

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS CONTÁBEIS
NÍVEL DOUTORADO**

REDVÂNIA VIEIRA XAVIER

**CRIAÇÃO DE VALOR PÚBLICO NO PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO
DA ACREDITAÇÃO INTERNACIONAL EM HOSPITAL PÚBLICO: UM ESTUDO
DE CASO**

**Porto Alegre
2020**

REDVÂNIA VIEIRA XAVIER

**CRIAÇÃO DE VALOR PÚBLICO NO PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO
DA ACREDITAÇÃO INTERNACIONAL EM HOSPITAL PÚBLICO: UM ESTUDO
DE CASO**

Tese de Doutorado apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Ciências Contábeis, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Orientador: Prof. Dr. Norberto Hoppen

Porto Alegre
2020

X3c

Xavier, Redvânia Vieira.

Criação de valor público no processo de institucionalização da acreditação internacional em hospital público : um estudo de caso / por Redvânia Vieira Xavier. – 2020.

271 f. : il. ; 30 cm.

Tese (doutorado) — Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis, Porto Alegre, RS, 2020.

“Orientador: Dr. Norberto Hoppen”.

1. Valor público. 2. Teoria institucional. 3. Legitimidade. 4. Acreditação hospitalar. I. Título.

CDU: 351:64.024.8

REDVÂNIA VIEIRA XAVIER

**CRIAÇÃO DE VALOR PÚBLICO NO PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO
DA ACREDITAÇÃO INTERNACIONAL EM HOSPITAL PÚBLICO: UM ESTUDO
DE CASO**

Tese apresentada como requisito parcial à
obtenção do título de Doutora em Ciências
Contábeis, pelo Programa de Pós-Graduação
em Ciências contábeis da Universidade do Vale
do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Aprovado em 30 de abril de 2020.

BANCA EXAMINADORA

Norberto Hoppen – Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS

Clóvis Antonio Kronbauer – Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Amarolinda Zanela Klein – Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Ariel Behr – Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS

Pedro Garrido-Vega – Universidade de Sevilha - Sevilha (Espanha)

Dedico este trabalho às pessoas que dependem do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e necessitam de tratamento com qualidade e segurança.

AGRADECIMENTOS

Agradeço principalmente ao Prof. Dr. Norberto Hoppen, meu querido orientador, por todo esforço, pela confiança, pelo apoio e todos os seus ensinamentos ao longo dos últimos 4 anos.

Agradeço aos professores do Programa de Pós-Graduação da Unisinos, em especial, aos Prof. Dr. Clóvis Antônio Konbauer e Dra. Amarolinda Zanela Klein, que tenho como exemplos e inspiração de profissionais da área de docência.

Agradeço ao Prof. Pedro Garrido-Vega pela oportunidade, orientações e pelo apoio quando estive em Sevilha.

Agradeço à Dra. Helena Santos por todo carinho, apoio e confiança durante todo o processo de coleta de dados da minha pesquisa.

Agradeço à minha família, que sempre acreditou em mim, em especial ao meu marido Mcllyndon Saint-Christie de Lima Xavier por todo amor, o apoio, investimento e auxílio durante toda a minha jornada de estudo. Ao meu filho Lucas Vinícius Vieira Teles pelo companheirismo, e às minhas irmãs Cintia Passos e Redenilda Vieira por cuidarem dos meus pais, principalmente da minha mãe, no momento que estive longe devido ao afastamento para concluir o doutorado.

Agradeço aos amigos da minha turma de mestrado, Jonathan Alves Galdino, Carla Macedo Velloso dos Santos e Roberta Maia Said, por todo apoio e incentivo desde a época do mestrado. Também aos meus amigos da turma do doutorado, Taciana Rodrigues, Fernando Ramos e Davi Simon, pela amizade (que levarei para minha vida) e pelos bate-papos fora de sala de aula que me fazia sempre aprender mais um pouco. Agradeço também aos demais amigos do PPGCC, em especial a Clari Schuh, Mauricius Munhoz de Medeiros e a Letícia Medeiros da Silva.

Agradeço à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM) e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo auxílio financeiro recebido.

E por fim, agradeço a todos que contribuíram para que este trabalho fosse realizado, especialmente aos entrevistados que sempre me receberam, mesmo sem me conhecer, de braços abertos.

“Você não sabe o quanto eu caminhei
para chegar até aqui...”

Bino Farias, Da Gama, Lazão e Toni Garrido.

RESUMO

O valor público pode ser compreendido como os benefícios concedidos aos cidadãos oriundos do resultado de políticas governamentais específicas por área de interesse. Como área de interesse estudou-se a saúde, que é de grande impacto orçamentário e social para o país. A tese propõe que para que o valor público criado com a estratégia de acreditação internacional institucionalizada seja efetivamente legitimado é necessário existir um processo de criação, mensuração e divulgação dos indicadores de elementos de valor público para a sociedade interna e externa. Sendo assim, objetivou-se analisar como ocorre a mensuração e a divulgação da criação de valor público no processo de institucionalização da acreditação internacional em hospital público. A estratégia de pesquisa escolhida nesta tese foi o estudo de caso único, com finalidade descritiva e abordagem indutiva, por meio de observações diretas, análise documental e entrevistas. Na análise dos resultados, em relação aos fatores determinantes para a busca da estratégia de acreditação hospitalar internacional na instituição hospitalar pública investigada, constatou-se que a busca foi fundamentalmente para adquirir mais qualidade e mais segurança para os pacientes. Nas discussões da pesquisa foi apontado que as mudanças institucionais sofridas pela busca da acreditação internacional no hospital público investigado foram influenciadas pelas pressões isomórficas mimética e normativa. Além disso, constatou-se que o processo de institucionalização da acreditação hospitalar internacional, transcorreu nas três etapas de habitualização, objetificação e sedimentação sugeridas por Tolbert e Zucker (1999). No que se refere ao valor público, na instituição investigada foram identificadas 42 (quarenta e dois) elementos de valor público que foram criados com o processo de acreditação hospitalar internacional. Em relação à mensuração e à divulgação do valor público, verificou-se que os elementos tangíveis de valor público criados pelo processo de institucionalização da acreditação hospitalar são mensurados e evidenciados somente para a sociedade interna, por intermédio de indicadores hospitalares, porém os elementos de valor público intangíveis, ainda são somente percebidos pelos gestores e demais colaboradores da instituição investigada. E por fim, para a sociedade externa foi constatado que, nos relatórios de gestão, ainda não foram divulgados quais foram os elementos de valor público criados com a estratégia de acreditação internacional no hospital público investigado, nem para o governo e nem para as partes interessadas, sendo assim, os elementos de valor público criados com o processo de acreditação internacional ainda não foram efetivamente legitimados, sendo que a divulgação do valor público possivelmente beneficiaria a *accountability* e a transparência pública. Estes achados corroboram com a tese defendida.

Palavras-chave: Valor público. Teoria institucional. Legitimidade. Acreditação hospitalar.

ABSTRACT

Public value can be understood as the benefits granted to citizens resulting from the result of specific government policies by area of interest. As our area of interest, health was studied, which has a great budgetary and social impact for the country. The thesis proposes that for the public value created with the institutionalized international accreditation strategy to be effectively legitimized, there is a need to create, measure and disseminate the indicators of elements of public value to the internal and external society. Thus, the objective was to analyze how measurement and dissemination of the creation of public value occurs in the process of institutionalizing international hospital accreditation in public hospital. The research strategy chosen in this research was a single case study, with a descriptive purpose and an inductive approach, through direct observations, document analysis and interviews. In the analysis of the results, in relation to the determining factors for the search for the international hospital accreditation strategy in the investigated public hospital, it was found that the search was fundamentally to acquire more quality and more safety for patients. In the research discussions, it was pointed out that the institutional changes, resulting from the search for international hospital accreditation in the investigated public hospital, were influenced by mimetic and normative isomorphic pressures. In addition, it was found that the institutionalization process of international hospital accreditation went through the three stages of habitualization, objectification and sedimentation suggested by Tolbert and Zucker (1999). With regard to public value, 42 (forty-two) elements of public value were identified in the investigated institution that were created with the international hospital accreditation process. Regarding the measurement and dissemination of public value, it was found that tangible elements of public value created by the institutionalization process of international hospital accreditation are measured and evidenced to the internal society through hospital indicators, but intangible elements of value are still only perceived by managers and other employees of the investigated institution. Finally, for the external society, it was found that in management reports, the elements of public value created with the international accreditation strategy in the investigated public hospital have not yet been disclosed, neither for the government nor for the interested parties, thus, the international accreditation process has not yet been effectively legitimized, and the disclosure of public value possibly benefits accountability and public transparency. These, our findings corroborate the thesis defended.

Keywords: Public value. Institutional theory. Legitimacy. Hospital accreditation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Processo de conscientização da busca pela estratégia de acreditação	31
Figura 2 – Acreditação hospitalar no Brasil.....	33
Figura 3 - Componentes do processo de institucionalização	48
Figura 4 – Triângulo estratégico de Moore.....	50
Figura 5 – Mapeamento de valor público	53
Figura 6 – Processo de organização para a busca do valor público	58
Figura 7 – Ferramentas de identificação e mensuração do valor público	64
Figura 8 – Criação de valor público no processo de institucionalização da acreditação internacional.....	68
Figura 9 – Resumo da classificação da pesquisa	78
Figura 10 – Desenho da pesquisa.....	79
Figura 11 - Linha do tempo do processo longitudinal de coleta de dados.....	90
Figura 12 – Estrutura de governança e compliance do HCPA	99
Figura 13 – Organograma operacional do HCPA	100
Figura 14 – Linha do tempo da conquista da certificação internacional da JCI pelo HCPA .	102
Figura 15 – Fatores determinantes da acreditação internacional	106
Figura 16 – Relações entre o investimento alocado e a mudança institucional.....	109
Figura 17 – Fluxograma do processo de profissionalização da acreditação hospitalar internacional.....	131
Figura 18 – Pressões isomórficas sofridas pela busca acreditação hospitalar internacional..	134
Figura 19 – Resumo dos impactos organizacionais da acreditação internacional	138
Figura 20 – Fluxo das políticas, planos e POP's.....	143
Figura 21 – Etapa de habitualização no processo de acreditação hospitalar internacional....	146
Figura 22 – Organogramas da instituição dos períodos de 2012, 2013 e 2018	149
Figura 23 – Monitoramento organizacional.....	156
Figura 24 – Custos dos serviços assistenciais do HCPA	162
Figura 25 – Custos dos serviços hospitalares do período de 2010 a 2018.....	163
Figura 26 – Custos versus internações e procedimentos de média e alta complexidade	164
Figura 27 – Custos versus quantidade total dos atendimentos do HCPA.....	165
Figura 28 – Etapa de objetificação no processo de acreditação hospitalar internacional	166
Figura 29 - Etapa de sedimentação no processo de acreditação hospitalar internacional.....	173
Figura 30 – Criação de valor público no processo de institucionalização da acreditação internacional.....	184
Figura 31– A evolução dos planejamentos estratégicos do HCPA.....	198
Figura 32 – Controle de infecções hospitalares do HCPA.....	201
Figura 33 – Adesão à higienização das mãos	202
Figura 34 – Eventos adversos com dano grave ao paciente.....	202
Figura 35 – Indicador de infecções versus custos dos serviços	203
Figura 36 – Indicador de adesão à higiene de mãos versus custos dos serviços.....	204
Figura 37 – Eventos adversos com dano grave ao paciente versus os custos dos serviços ...	204
Figura 38 – Custos versus satisfação do cliente/paciente do HCPA.....	205
Figura 39 – Processo de mensuração de valor público no hospital público acreditado internacionalmente	221
Figura 40 – Framework da proposta de tese	227
Figura 41 – Resultado da união das duas teorias de base	228

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Padrões de acreditação internacional da JCI.....	34
Quadro 2 – Níveis de acreditação nacional.....	36
Quadro 3 – Particularidades dos serviços e a interação com os serviços hospitalares	39
Quadro 4 - O pilar institucional e as dimensões de legitimidade.....	46
Quadro 5 – Tipos de estruturas de governança pública	54
Quadro 6 - Estudos empíricos sobre valor público na área da saúde.....	60
Quadro 7 – Valor público da área da saúde	60
Quadro 8 – Componentes do grupo A do HCPA.....	87
Quadro 9 – Componentes do grupo B do HCPA	88
Quadro 10 – Componentes do grupo C do HCPA	89
Quadro 11 – Validação do Instrumento de pesquisa.....	91
Quadro 12 – Técnicas de confiabilidade.....	92
Quadro 13 – Serviços médicos prestados do HCPA.....	97
Quadro 14 – Fatores determinantes da estratégia de acreditação hospitalar internacional ...	104
Quadro 15 – Investimento alocado na implantação da acreditação internacional	107
Quadro 16 – Resumo dos relatórios de gestão sobre os investimentos no HCPA.....	111
Quadro 17 – Ambiente externo.....	112
Quadro 18 – Ambiente interno.....	113
Quadro 19 – Pressões formais e informais.....	117
Quadro 20 – Expectativas da sociedade.....	119
Quadro 21 – Reconhecimento institucional na percepção do grupo “A”	121
Quadro 22 – Reconhecimento institucional na percepção do grupo “B”	122
Quadro 23 – Reconhecimento institucional na percepção do grupo “C”	124
Quadro 24 – Legitimidade na percepção do grupo “A”.....	125
Quadro 25 – Comparação competitiva.....	127
Quadro 26 – Tecnologias organizacionais	128
Quadro 27 – Profissionalização dos padrões da acreditação internacional	130
Quadro 28 – Qualificação e desenvolvimento	132
Quadro 29 – Impactos organizacionais pela percepção do grupo “A”	136
Quadro 30 – Impactos organizacionais pela percepção do grupo “B”	139
Quadro 31 – Políticas institucionais na percepção do grupo “A”.....	141
Quadro 32 – Políticas institucionais na percepção do grupo “B”	144
Quadro 33 – Mudança na estrutura organizacional	147
Quadro 34 – Fatores críticos nas percepções do grupo “A”	151
Quadro 35 – Fatores críticos nas percepções do grupo “B”	152
Quadro 36 – Monitoramento organizacional	155
Quadro 37 – Custos hospitalares.....	158
Quadro 38 – Continuidade e manutenção do processo de acreditação internacional	167
Quadro 39 – Percepções do grupo “A” sobre as resistências operacionais	170
Quadro 40 – Percepções do grupo “B” sobre as resistências operacionais.....	171
Quadro 41 – Percepções do grupo A sobre a criação de valor público no hospital público acreditado.....	176
Quadro 42 – Percepções do grupo “B” sobre a criação de valor público no hospital público acreditado.....	178
Quadro 43 – Percepções do grupo C sobre a criação de valor público no hospital público acreditado.....	180
Quadro 44 – Categoria de valor público na saúde	182
Quadro 45 – Categoria e tipo de valor público na saúde	183

Quadro 46 – Mensuração do valor público percepções do grupo “A”	185
Quadro 47 – Mensuração do valor público percepções do grupo “B”	187
Quadro 48 – Indicadores de valor público percepções do grupo “A”	189
Quadro 49 – Indicadores de valor público percepções do grupo “B”	192
Quadro 50 – Divulgação do valor público nas percepções do grupo “A”	193
Quadro 51 – Divulgação do valor público nas percepções do grupo “C”	195
Quadro 52 – Resumo das informações do relatório de gestão de 2011	199
Quadro 53 – Checklist da divulgação dos indicadores de valor público do HCPA.....	200
Quadro 54 – Transparência e credibilidade na percepção do grupo “A”	206
Quadro 55 – Transparência e credibilidade na percepção do grupo C	208

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Comparativo dos trabalhos relacionados	75
Tabela 2 – Critérios de inclusão e exclusão	81
Tabela 3 – Resumo dos tipos de abordagem das pesquisas	81
Tabela 4 – Fases da revisão sistemática.....	82
Tabela 5 – Hospitais públicos brasileiros acreditados internacionalmente pela JCI	83
Tabela 6 – Resumo do tratamento dos dados realizados na pesquisa por temas	93
Tabela 7 – Documentos coletados e analisados	94
Tabela 8 – Números de atendimentos do HCPA	98
Tabela 9 – Investimentos com a implantação da acreditação internacional	110
Tabela 10 – Diferenciais para o hospital e para o paciente na percepção dos entrevistados .	115
Tabela 11 – Produção assistencial do HCPA do período de 2010 a 2018.....	164

LISTA DE ABREVIATURAS

ACB	Análise de Custo-Benefício
AGHU	Aplicativos para Gestão dos Hospitais Universitários
AGH	Apoio à Gestão Hospitalar
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CCHSA	<i>Canadian Council on Health Services Accreditation</i>
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CBA	Consórcio Brasileiro de Acreditação
CE	Critérios de Exclusão
CGU	Controladoria Geral da União
CI	Critérios de Inclusão
DALYs	<i>Disability-Adjusted Life Years</i>
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
IDSUS	Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
IQG	Instituto Qualisa de Gestão
ISQua	<i>International Society for Quality in Healthcare</i>
JCI	<i>Joint Commission International</i>
MVP	Mapeamento de Valor Público
MS	Ministério da Saúde
NPM	<i>New Public Management</i>
NEI	Nova Economia Institucional
NSI	Nova Sociologia Institucional
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
Qualis	Programa de Gestão da Qualidade e da Informação em Saúde
Equalização	Programa de Monitoramento da Qualidade
PVA	<i>Public Value Accounting</i>
PVSC	<i>Public Value Scorecard</i>
QALYs	<i>Quality-Adjusted Life Years</i>
SROI	Retorno sobre o investimento social
SAC	Serviço de Atendimento ao Cliente
FHS	Serviço de Saúde das Ilhas Faroé
SBA	Sistema Brasileiro de Acreditação
SI	Sistema de Informação
SUS	Sistema Único de Saúde
sCOMSEQ	Subcomissões de Qualidade e Segurança
TI	Tecnologia da Informação
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
VEI	Velha Economia Institucional

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA E QUESTÃO DE PESQUISA.....	20
1.2 OBJETIVOS DA PESQUISA.....	22
1.3 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO	23
1.4 DELIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	25
1.5 TESE PROPOSTA	26
1.6 ORGANIZAÇÃO DA TESE	26
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	28
2.1 GESTÃO HOSPITALAR E ACREDITAÇÃO NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES.....	28
2.1.1 A acreditação hospitalar no Brasil e nos hospitais públicos	32
2.1.2 Custos hospitalares e a acreditação hospitalar	38
2.2 A TEORIA INSTITUCIONAL.....	42
2.2.1 Nova Economia Institucional (NEI)	42
2.2.2 Velha Economia Institucional (VEI)	43
2.2.3 Nova Sociologia Institucional (NSI)	44
2.2.4 Mudança institucional	47
2.2.5 O processo de institucionalização	48
2.3 VALOR PÚBLICO	49
2.3.1 Governança pública, legitimidade e benefícios do valor público	54
2.3.2 Valor público na saúde	58
2.3.3 Ferramentas de identificação, mensuração e divulgação do valor público na saúde	62
2.3.4 As divulgações do valor público nas entidades públicas hospitalares	64
2.3.5 A discussão sobre o valor público	67
2.4 MODELO CONCEITUAL E PROPOSIÇÕES DA PESQUISA	68
2.5 ESTUDOS RELACIONADOS.....	69
2.5.1 Resumos dos estudos relacionados	69
2.5.2 Análise comparativa dos estudos relacionados	74
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	77
3.1 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA.....	77
3.2 PROCESSO DE COLETA DE DADOS	78
3.2.1 Métodos de Coleta de Dados	79
3.2.1.1 Revisão sistemática da literatura	79
3.2.1.2 Seleção e preparação do estudo de caso único	83
3.2.1.3 Levantamento dos dados primários	85
3.2.1.3.1 Perfil dos participantes do HCPA	86
3.2.1.4 Levantamento dos dados secundários	89
3.2.2 Instrumentos, confiabilidade e validade da pesquisa	91
3.3 TRATAMENTO, ANÁLISE DOS DADOS E A DESCRIÇÃO DO CASO HCPA	93
3.3.1 Tratamento e análise dos dados	93
3.3.2 Descrição do caso HCPA	96
3.3.2.1 Breve histórico do caso: o hospital “HCPA”	96
3.3.2.2 Composição da estrutura física e funcional do HCPA	96
3.3.2.2.1 Serviços prestados e números de atendimentos do HCPA	97
3.3.2.2.2 Estrutura organizacional do HCPA	98
3.3.2.3 Certificações de creditações hospitalares do HCPA	100
4 ANÁLISE DO CASO HCPA	104
4.1 PROCESSO DE BUSCA PELA ESTRATÉGIA DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR INTERNACIONAL	104
4.1.1 Decisão estratégica	104
4.1.1.1 Fatores determinantes da busca pela estratégia de acreditação internacional	104
4.1.1.2 Investimento alocado	107
4.1.2 Estratégia competitiva	111

4.1.2.1 Ambiente externo e interno.....	112
4.1.2.2 Diferenciais para o paciente e para o hospital.....	114
4.2 MUDANÇAS INSTITUCIONAIS.....	117
4.2.1 Isomorfismo coercitivo.....	117
4.2.1.1 Pressões formais e informais.....	117
4.2.1.2 Expectativas da sociedade.....	118
4.2.1.3 Reconhecimento institucional.....	121
4.2.1.4 Legitimidade organizacional.....	125
4.2.2 Isomorfismo mimético.....	126
4.2.2.1 Comparação competitiva.....	126
4.2.2.2 Tecnologias organizacionais.....	128
4.2.3 Isomorfismo normativo.....	129
4.2.3.1 Profissionalização.....	129
4.2.3.2 Qualificação e desenvolvimento.....	132
4.3 PROCESSOS INSTITUCIONAIS.....	135
4.3.1 Habitualização.....	136
4.3.1.1 Impactos organizacionais.....	136
4.3.1.2 Políticas institucionais.....	141
4.3.2 Objetificação.....	147
4.3.2.1 Mudança na estrutura organizacional.....	147
4.3.2.2 Fatores críticos.....	151
4.3.2.3 Monitoramento organizacional.....	154
4.3.2.4 Custos hospitalares.....	157
4.3.3 Sedimentação.....	167
4.3.3.1 Continuidade e manutenção.....	167
4.3.3.2 Resistências operacionais.....	169
4.4 VALOR PÚBLICO.....	175
4.4.1 Valor público na saúde.....	175
4.4.1.1 Criação de valor público.....	176
4.4.1.2 Mensuração do valor público.....	184
4.4.1.3 Indicadores de valor público.....	189
4.4.2 Legitimidade.....	193
4.4.2.1 Divulgação do valor público.....	193
4.4.2.2 Transparência e credibilidade.....	206
5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	212
5.1 ESTRATÉGIA DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR INTERNACIONAL, MUDANÇAS E PROCESSOS INSTITUCIONAIS.....	212
5.2 CRIAÇÃO DE VALOR PÚBLICO NA SAÚDE.....	217
5.3 MENSURAÇÃO E DIVULGAÇÃO DO VALOR PÚBLICO.....	220
5.4 LEGITIMIDADE DO VALOR PÚBLICO CRIADO.....	224
5.5 MODELO CONCEITUAL DA PESQUISA.....	226
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	232
REFERÊNCIAS.....	238
APÊNDICE A.....	258
APÊNDICE B.....	259
APÊNDICE C.....	260
APÊNDICE D.....	261
APÊNDICE E.....	263
APÊNDICE F.....	265
ANEXO A.....	266
ANEXO B.....	268
ANEXO C.....	269
ANEXO D.....	270
ANEXO E.....	271

1 INTRODUÇÃO

O valor público está cada vez mais presente na literatura de política e administração pública e, mais especificamente, nos programas de melhoria do setor público (WILLIAMS & SHEARER, 2011). Apesar disso, de acordo com Williams, Kang & Johnson (2016), as definições de valor público e dos seus elementos constituintes ainda não estão consolidadas e pesquisas sobre o tema continuam importantes (JØRGENSEN & VRANGBÆK, 2011).

Estudos sobre o conceito de valor público surgiram na literatura há cerca de vinte anos (CORCORAN, ROWLING, & WISE, 2015) e o conceito emergiu numa perspectiva bem teórica (MOORE, 1995; BOZEMAN, 2007). Só mais recentemente as pesquisas para compreender o valor público privilegiaram uma visão mais empírica (JØRGENSEN & VRANGBÆK, 2011).

Moore (1995), para explicar valor público, concentrou-se principalmente nos gestores públicos. Nos seus estudos ele coloca que o valor da gestão pública deveria ser o equivalente ao valor da gestão privada para os acionistas, e que o valor público resulta principalmente do desempenho do governo. Por isso o valor público pode ser entendido como o valor ou a importância que os cidadãos atribuem ao resultado de políticas governamentais e à manutenção da segurança e legitimidade do estado (MOORE, 1995).

Bozeman (2007), partindo da esfera social e política, definiu que o valor público de uma sociedade é aquele que representa consenso normativo sobre: a) os direitos, benefícios e prerrogativas aos quais os cidadãos devem e não ter direito; b) as obrigações dos cidadãos para com a sociedade, o estado e uns aos outros; e c) os princípios sobre os quais governos e políticas deveriam se basear.

Jørgensen & Vrangbæk (2011) e Bozeman (2007) consideram o valor público importante para a sociedade, porque este é capaz de evidenciar percepções da realidade, dar identidade a indivíduos e organizações e dar significado ao serviço público. Além disso, é necessário para a manutenção de comunidades e sociedades, porque o valor público pode guiar comportamentos nas organizações, mesmo aqueles difíceis de serem mudados.

Na área de saúde o valor público tem sido o centro das discussões normativas (WILLIAMS ET AL. 2007; WILLIAMS & SHEARER, 2011). O valor público na saúde não é a soma das preferências individuais, mas a combinação de metas politicamente mediadas e definidas coletivamente por uma variedade de partes interessadas, incluindo pagadores, profissionais da área médica e os sindicatos (SIMONET 2017a).

O valor público na saúde está relacionado às reformas oriundas da *New Public Management (NPM)* (SCHLICHTER, SVEJVIG & ANDERSEN 2014; KUMARASIRI, 2015;

SIMONET 2017a). Como consequência dessas reformas há uma ênfase crescente na prestação de contas nas organizações de saúde pública, por causa do valor público.

Os gestores públicos da área de saúde devem se concentrar nos resultados dos serviços de saúde e buscar argumentos para satisfazer a necessidade das partes interessadas, como por exemplo, o governo, por causa da preocupação com o déficit orçamentário e principalmente com o público, devido a preocupação com o acesso à assistência (SIMONET, 2017a; SIMONET, 2017b).

A contabilidade das organizações do setor de saúde necessita adotar um sistema mais abrangente de responsabilidade devido às mudanças oriundas da *NPM*, por exemplo, uma sistemática que não sirva somente para relatar valores financeiros ou econômicos nos relatórios anuais. O valor público na área da saúde tem uma finalidade bem mais ampla do que a simples explanação de valores financeiros (SCHLICHTER, SVEJVIG & ANDERSEN 2014), portanto, as instituições de saúde deveriam utilizar a contabilidade como um mecanismo efetivo na sua prestação de contas sociais (KUMARASIRI 2015; SIMONET, 2017a).

O valor criado nos hospitais é compreendido como os benefícios clínicos alcançados pelo capital investido, ou seja, são os resultados clínicos efetivos adquiridos por cada valor gasto na entidade (PORTER, 2010; MCGINNIS, OLSEN E YONG, 2010). Nesta mesma linha, Thomaz (2006) afirma que a criação de valor público nos hospitais é o resultado entre custos e benefícios percebidos.

Para Thomaz (2006), o tipo de serviço que os hospitais fornecem pode representar, na maioria das vezes, a vida do cliente. Logo, segundo o autor, a criação de valor nos hospitais está diretamente ligada com a solução de um problema em um grau elevado de qualidade, sem erros que comprometam a saúde do cliente. Ou seja, a agregação de valor nos hospitais deve estar próxima da qualidade total (THOMAZ, 2006).

No século XX, a partir da década de 50, com o propósito de buscar a melhoria da qualidade nos hospitais, surgiu a acreditação hospitalar (SANCHEZ, 2003). E de acordo com a Organização Nacional de Acreditação – ONA (2014), a acreditação hospitalar é um sistema de avaliação e de certificação da qualidade de serviços de saúde, que é voluntário, periódico e reservado.

Nos hospitais, assim como em diversas áreas de negócios, são exigidas adoções de sistemas de gestão que viabilizem um atendimento amplo e satisfatório para a sociedade (SCHNEIDER ET AL., 2008; XAVIER ET AL. 2018). Nesse cenário, as organizações e gestores de hospitais buscam a acreditação hospitalar com o intuito de melhoria de gestão dos recursos e serviços com maior qualidade (ROGGENKAMP; WHITE; BAZZOLI, 2005).

Para Novaes (2007), a acreditação é um processo dinâmico que está em constante desenvolvimento. Para o autor, a acreditação hospitalar é um mecanismo que aprimora artefatos de avaliação para o aperfeiçoamento contínuo da qualidade do atendimento ao paciente e do desempenho organizacional (NOVAES, 2007).

Quando a instituição hospitalar implanta uma inovação como a acreditação, ela cria novas estruturas organizacionais e novos processos para melhorar a qualidade da assistência dada paciente (POMEY ET AL., 2004). De acordo com Araujo, Figueiredo e Figueiredo (2015) existem quatro grandes motivadores para a implantação da acreditação nos hospitais: melhoria dos processos, imagem do hospital, avaliação objetiva da qualidade e pressões competitivas. Para Xavier et al. (2015), os diferenciais de ser um hospital acreditado são: segurança aos pacientes, qualidade do serviço, padronização dos processos, transparência e credibilidade junto ao mercado. Porém, para adquirir estes benefícios da acreditação, os hospitais fazem grandes investimentos, pois a acreditação tem um custo bastante alto (XAVIER, et al. 2015).

Os hospitais sofrem diversas pressões, mudanças e dificuldades para institucionalizar a acreditação internacional (SOUSA, MACHADO-TAYLOR E ROCHA, 2016). Para conseguir institucionalizar esta inovação, o hospital público precisa realizar diversas mudanças para adequar-se às normas e as exigências internacionais (CAMARGO ET AL., 2014). Além disso, a institucionalização da acreditação hospitalar tem um custo oneroso e é um processo lento (JUNQUEIRA, 2015; XAVIER, et al. 2015).

As informações que são divulgadas pelos hospitais sobre o processo de acreditação hospitalar internacional geralmente são evidenciadas por indicadores. Estes indicadores possivelmente podem ser uma espécie de intermediador da transparência sobre os investimentos alocados no hospital para a sociedade, governo e para as partes interessadas.

Greenfield e Braithwaite (2008) realizaram uma revisão sistemática em 66 estudos empíricos no Reino Unido. O estudo investigou o impacto e a eficácia da acreditação. Os resultados apontaram um número significativo de hospitais que divulgaram a acreditação hospitalar em seus relatórios e perceberam que a divulgação trouxe incentivos para a melhoria do atendimento e que aumentou a credibilidade dos hospitais com a sua comunidade.

Baseado neste contexto e seguindo uma linha de pensamento de Schlichter, Svejvig & Andersen (2014), que realizaram uma pesquisa ação aplicada para identificar a criação de valor de saúde pública após a implantação de um sistema de TI, esta pesquisa propôs investigar e analisar a criação de valor no processo de institucionalização da estratégia de acreditação hospitalar internacional, com o foco específico em hospital público brasileiro, pois como trata-se de recursos oriundos do orçamento público do país, possivelmente o valor público desse

processo precisa ser mensurado e divulgado para obter legitimação perante a sociedade brasileira, pois de acordo com Moore (1995) os objetivos e resultados essenciais de programas públicos devem ser mensurados e divulgados para serem legitimados perante o governo e as partes interessadas.

1.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA E QUESTÃO DE PESQUISA

Nas discussões sobre valor público ainda existem dúvidas, como por exemplo, determinar qual é o valor público e seus diferentes tipos, estabelecer quais os ambientes em que o valor público pode ser abordado, definir quem deve ser responsável pela criação do valor público e apontar quem tem autoridade legítima para se comprometer em buscar o valor público para as sociedades (WILLIAMS & SHEARER, 2011; WILLIAMS, KANG & JOHNSON, 2016). Para sanar essas dúvidas e para a compreensão dos processos que produzem e sustentam o valor público ainda há necessidade de bastante investigação empírica e, principalmente, de muitos debates (WILLIAMS & SHEARER 2011; BRYSON, CROSBY & BLOOMBERG, 2014; CONNOLLY, 2016).

O valor econômico de uma empresa é resultado da soma dos seus ativos tangíveis e intangíveis. Os ativos intangíveis em particular têm crescido significativamente na formação da criação de valor (KAYO ET AL., 2006). A mensuração dos intangíveis relacionados a criação de valor nas entidades governamentais ainda deixam a desejar, pois atualmente são apresentadas apenas por alguns indicadores (CATELLI E SANTOS, 2004). A mensuração é fundamental para gestores e para pesquisadores (KAPLAN, 2009), se não consegue medir, não vai conseguir melhorar (PORTULHAK, ESPEJO E PACHECO, 2018).

No sistema de contabilidade tem-se recomendado algumas alterações para que siga a economia moderna e fundamentada no conhecimento, onde entenda que os intangíveis são recursos críticos e determinantes no sucesso da economia, na vantagem competitiva e na criação de valor para as organizações. Os ativos intangíveis são relevantes fontes de desempenho, mesmo sendo geralmente aceitos, ainda se esbarram com normas ou regras contábeis limitadas que impedem, dependendo do caso, desses ativos serem inseridos no balanço patrimonial das organizações (LISZBINSKI ET AL., 2014).

No Brasil, os serviços públicos de saúde têm recebido atenção especial da sociedade nos últimos anos, destacando-se como sua principal preocupação nos anos de 2012 e 2013 (IBOPE, 2012; DATAFOLHA, 2013; PORTULHAK, ESPEJO E PACHECO, 2018). Cabe ressaltar, que o desempenho insatisfatório dos serviços público de saúde também foi comprovado por meio do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS), desenvolvido pelo Ministério

da Saúde (MS) do país (PORTAL DA SAÚDE, 2012; PORTULHAK, ESPEJO E PACHECO, 2018).

A maioria dos hospitais públicos brasileiros apresentam deficiências, possuem recursos financeiros e de infraestrutura insuficientes ao serviço prestado ao qual se destinam. Além disso, os hospitais públicos brasileiros geralmente não conseguem buscar resultados que sejam efetivos, pois além da falta de profissionais no ambiente de trabalho, os profissionais são mal remunerados (MENDES, 2013; CARVALHO, 2015; BERTO, 2018).

Para reduzir os riscos empresariais, conseguir sucesso e a melhoria contínua nos processos e na qualidade dos serviços prestados, os hospitais estão buscando selos de qualidade e padronização dos seus processos (OLIVEIRA, 2017).

Em 1989, a Organização Mundial da Saúde (OMS) afirmou que a acreditação hospitalar passou a ser elemento estratégico para o desenvolvimento da qualidade na América Latina (Pereira e Pereira, 2015). Apesar dessa informação dada pela OMS, no Brasil, um país que possui 6.702 hospitais cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde-CNES (CNSAÚDE, 2020), existem somente 600 hospitais acreditados (ONA; JCI; IQG; 2018), ou seja, somente 8,95% dos hospitais no país buscam, voluntariamente, um processo estratégico de melhoria contínua.

De acordo com Alyahya, Hijazi e Harvey (2016) a acreditação revela ser um mecanismo eficaz para a mudança organizacional, pois promove uma nova cultura de qualidade e segurança dos pacientes em todas as extremidades organizacionais. A certificação hospitalar internacional possibilita evidenciar aos pacientes que os serviços de assistência médica que estão sendo oferecidos no hospital acreditado, além de serem de confiança, podem ser comparados os serviços de excelência dos hospitais de países de primeiro mundo (CAMARGO ET AL., 2014). Porém, devido a acreditação ter iniciado predominantemente na iniciativa privada, para os hospitais públicos a acreditação ainda é um assunto relativamente novo, logo as respostas aos programas de acreditação ainda não foram claramente compreendidas e absorvidas neste ambiente (ALYAHYA, HIJAZI E HARVEY, 2016).

Além disso, apesar da ocorrência de algumas chamadas de publicações na literatura internacional para a investigação de acreditação hospitalar, a base de evidência empírica para programas de acreditação é subdesenvolvida na área de saúde. Existe pouco material publicado sobre os resultados com a implantação da acreditação hospitalar ao longo do tempo (GREENFIELD; BRAITHWAITE, 2009; BERTO, 2018).

Para alcançar a institucionalização da acreditação internacional, o hospital público precisa realizar um conjunto de mudanças estratégicas para adequar-se às normas e exigências

internacionais (CAMARGO ET AL., 2014). Como a institucionalização da acreditação hospitalar tem um custo bastante alto (XAVIER, ET AL. 2015) e é um processo bastante lento (Junqueira, 2015), principalmente na certificação internacional (JAAFARIPOOYAN, 2014), para a legitimidade da criação de valor após a implantação da acreditação, nos hospitais públicos, precisa ser autorizada perante a sociedade (SUCHMAN, 1995), ou seja, a criação de valor precisa ser divulgada para a sociedade interna e externa, especialmente porquê quando se trata de serviços, os valores criados são por natureza intangíveis (JUNQUEIRA, 2015).

A legitimidade nesta tese foi abordada a partir de duas visões: a legitimidade organizacional e a legitimidade do valor público. A legitimidade organizacional trata de legitimar a organização propriamente dita para a sociedade. A legitimidade do valor público contempla seu reconhecimento pela sociedade interna e externa e a autorização do valor público criado pelos gestores públicos, ou seja, trata-se da sociedade legitimar a estratégia ou o investimento adquirido pelo gestor público com o intuito de gerar benefícios coletivos para a sociedade.

Dessas colocações, com destaque as dúvidas ainda existentes nas discussões sobre o valor público para diferentes ambientes públicos. Dada a importância da área de saúde para a sociedade. Dada a relevância da acreditação para o desenvolvimento da qualidade e segurança nos hospitais. E dada a lacuna existente na literatura sobre como são mensurados e divulgados o valor público criado, seja tangível ou intangível, no processo de acreditação hospitalar internacional, a pesquisa propõe-se em responder a seguinte questão de pesquisa: **Como ocorre a mensuração e a divulgação da criação de valor público no processo de institucionalização da acreditação hospitalar internacional em hospital público?**

1.2 OBJETIVOS DA PESQUISA

Diante da questão de pesquisa proposta, a presente tese tem como objetivo geral, **analisar como ocorre a mensuração e a divulgação da criação de valor público no processo de institucionalização da acreditação hospitalar internacional em hospital público.**

Para obtenção da resposta perante a questão abordada e para alcançar o objetivo geral da pesquisa, foram elaborados os seguintes objetivos específicos:

- a) Verificar quais foram os fatores determinantes para a busca da institucionalização da acreditação internacional na organização hospitalar pública investigada;
- b) Identificar os elementos de valor público criado no âmbito da saúde pelo hospital público investigado com a institucionalização da acreditação hospitalar internacional;

- c) Analisar como foram mensurados e divulgados os valores públicos criados com a institucionalização da acreditação hospitalar internacional.; e
- d) Apontar como o valor público criado a partir do processo de acreditação hospitalar internacional foi efetivamente legitimado para as partes interessadas.

1.3 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO

De acordo com Bozeman (2007), este tipo de estudo se justifica, pois, para encontrar o valor público é necessário mapear e analisar como as atividades podem criar valor público. Além disso, as pesquisas sobre valor público também necessitam desenvolver ferramentas para mensurá-lo, identificando as partes interessadas e analisando fontes de distribuição do valor público e exercício de poder (DE JONG ET AL. 2017).

O valor público possui multiplicidade de conceituações e diversidade de valor público para diferentes ambientes públicos. Destaca-se a importância do valor público para a área de saúde para a sociedade, pois o gasto público em saúde comparando em porcentagem com o gasto público total, em 2014 (último ano analisado pela OMS) no Reino Unido o gasto em saúde foi de 16,5%, na França 15,7%, na Espanha 14,5%, na Itália 13,7%, em Portugal 11,9% e no Brasil foi de 6,8% (FIGUEIREDO ET AL., 2018). Cabe ressaltar que, no Brasil, a saúde pública é a terceira maior despesa pública no orçamento do país, perdendo apenas para os encargos especiais e previdência social (BRASIL, 2019).

Para Machado (2014) e Mauss, Bleil e Vanti (2009), no que se refere à área pública, a discussão em relação à necessidade de transparência informacional é permanente e tem como finalidade buscar uma gestão mais eficiente dos recursos públicos e tentar evitar ou reduzir os casos de corrupção.

A divulgação das informações pode ser definida como a qualidade da apresentação de informações a respeito das organizações (SAW, 2003; MACHADO, 2014). As informações podem ser divulgadas sob duas formas: (a) evidenciação obrigatória; e (b) evidenciação voluntária (MACHADO, 2014). Logo, se as instituições hospitalares realizarem na divulgação dos seus relatórios de gestão, de forma voluntária, informações sobre o valor criado no processo de acreditação hospitalar internacional, possivelmente aumentará sua credibilidade e a transparência com a sociedade.

Para Oliveira (2017) os benefícios com a implantação da acreditação nos hospitais são: padronização e mapeamento de processos assistenciais; incremento da estrutura física e da organização do trabalho; melhorias na gestão dos custos hospitalares; posicionamento de visão estratégica no mercado; inclusão de liderança participativa, dentre outros benefícios que

promovem a gestão pela qualidade.

Na mesma linha, Manzo, Brito e Corrêa (2012), informam que a oportunidade de crescimento do profissional, o desenvolvimento da capacidade crítica dos autores envolvidos no processo, o aumento da autoestima profissional, os treinamentos, os investimentos em educação permanente e o melhor preparo para atender o paciente, são os benefícios criados com a institucionalização da acreditação nos hospitais. Porém, percebe-se que na institucionalização da acreditação hospitalar, existem benefícios gerados que são intangíveis, sendo assim, os valores criados, possivelmente, são difíceis de serem mensurados.

Esta pesquisa justifica-se, pois propôs relacionar o processo de criação de valor público com a institucionalização da acreditação hospitalar internacional, para identificar os elementos de valor público criados com o processo de acreditação hospitalar internacional em um hospital público geral, pois o hospital público geral possui a particularidade de dispor de diversos tipos de serviços, desde os mais simples aos mais complexos, sendo assim, representa um papel importante para a sociedade. Ademais, o hospital público geral é uma espécie de ramificação de instituição que abrange diversos tipos de especialidades de serviços médicos hospitalares dentro de uma única instituição.

Além disso, esta pesquisa tem como finalidade compreender e analisar como é mensurado e divulgado o valor público oriundo do processo de institucionalização da acreditação hospitalar internacional para a sociedade, ou seja, pretende-se aplicar o exemplo da estratégia de acreditação hospitalar internacional com o intuito de tentar explicar para as instituições de saúde públicas no Brasil como são prestadas as contas para a sociedade dos benefícios coletivos adquiridos com o investimento numa determinada inovação. Resumindo, a pesquisa propõe explorar como funciona o processo de institucionalização e legitimidade da criação de valor público em um hospital público do Brasil.

A teoria institucional tem sido utilizada para explicar como as organizações adotam as inovações, as intervenções e o crescimento ao longo do tempo (ALYAHYA, HIJAZI E HARVEY, 2016). A teoria institucional proporciona uma lente teórica aceitável para compreender o surgimento e implementação de programas de acreditação em centros de saúde pública (DIMAGGIO E POWELL, 1983; SCOTT, 2000; SCOTT, 2013). Por exemplo, Alyahya, Hijazi e Harvey (2016) usaram o isomorfismo institucional para compreender como a acreditação é percebida entre os centros de saúde públicos primários da Jordânia. O estudo de Currie (2012) utilizou o isomorfismo institucional para explicar a introdução de um sistema nacional de registros eletrônicos de saúde no setor de saúde do Reino Unido.

Neste estudo utilizou-se a teoria institucional para explicar o processo de acreditação hospitalar internacional em um hospital público e a teoria de valor público para explicar o processo de criação de valor. Muitas pesquisas já foram realizadas sobre acreditação hospitalar (SOUSA, MACHADO-TAYLOR E ROCHA, 2016), porém a criação de valor no processo de adoção da acreditação ainda não foi explicada com base em duas lentes teóricas simultaneamente.

O estudo empírico contribuirá para a literatura com a lacuna existente sobre a relação da teoria institucional com a criação de valor no processo de acreditação internacional em hospitais públicos. E em relação a sociedade o estudo empírico contribuirá para divulgar como funciona a criação de valor oriundo do processo de acreditação internacional em hospitais públicos para os gestores dos hospitais, para os gestores do sistema de saúde, para o governo e para a sociedade.

1.4 DELIMITAÇÕES DO ESTUDO

A utilização dos pressupostos da teoria institucional para explicar o processo investigado, são de extrema relevância, porém este estudo delimita-se em investigar com profundidade as mudanças e os processos institucionais da estratégia de acreditação hospitalar internacional.

Em relação a criação de valor, os processos podem ser categorizados em três unidades de análise: indivíduo, organização e sociedade (LEPAK, 2007; LEE E PARK, 2015). Nesta pesquisa delimitou-se investigar a unidade “organização”, restringindo-se de investigar a unidade “indivíduo e a sociedade”.

No que tange à mensuração e divulgação da criação de valor, cabe ressaltar que esta pesquisa não tem como objetivo principal criar ou propor mecanismos para mensurar a criação de valores do processo de acreditação, mas investigar e evidenciar como atualmente são mensurados e divulgados os valores criados com o processo de acreditação tanto na literatura, quanto nas organizações investigadas, ou seja, o foco da pesquisa é apurar como as organizações estão mensurando e divulgando os valores criados com a implantação da acreditação internacional. A pesquisa focou investigar como os elementos de valor público estão sendo mensurados e divulgados internamente para a administração da instituição e para seus colaboradores, e externamente para o governo e para a sociedade, como orienta a teoria do valor público de Moore (1995).

1.5 TESE PROPOSTA

A tese oferece uma possível explicação da importância da mensuração e divulgação do valor público criado com a institucionalização do processo de acreditação hospitalar internacional ou qualquer outro processo implantado por uma entidade pública, para o governo e as partes interessadas, ou seja, para a sociedade. A explicação indicada provém da teoria do valor público, que aponta como o valor público deve ser efetivamente mensurado e divulgado para as partes interessadas (MOORE, 1995).

Porém, para compreender como o valor público é criado, deve-se compreender primeiramente todo o processo de institucionalização da inovação adotada, ou seja, deve-se entender o processo desde a busca pela estratégia de acreditação hospitalar internacional até o processo final de criação do valor público. E para compreender este processo, esta tese adotou a teoria institucional como base para explicar todo o percurso transcorrido pela instituição investigada, como as pressões sofridas pela busca da estratégia, as mudanças estruturais ocorridas e as etapas existentes do processo propriamente dito.

DiMaggio e Powell (1991), apontam que as mudanças institucionais, ou seja, as mudanças com a adoção de novas estratégias, ocorrem devido as organizações sofrerem diversos tipos de pressões e essas pressões são decorrentes de três impulsionadores: o isomorfismo coercitivo, o isomorfismo mimético e isomorfismo normativo. Além disso, o processo institucional geralmente ocorre em três etapas institucionais, ou seja, em habitualização, objetificação e sedimentação (TOLBERT E ZUCKER, 1999). Os benefícios coletivos criados para a sociedade derivados de uma estratégia institucionalizada, são reconhecidos como valor público. Para que o valor público criado seja efetivamente legitimado, os gestores públicos devem mensurar e divulgar os benefícios para as partes interessadas (MOORE, 1995). Portanto, com base neste exposto esta pesquisa defende a seguinte proposta:

“Para que o valor público criado com a estratégia de acreditação internacional institucionalizada seja efetivamente legitimado é necessário existir um processo de criação, mensuração e divulgação dos indicadores de elementos de valor público para a sociedade interna e externa.”

1.6 ORGANIZAÇÃO DA TESE

Esta tese está estruturada em seis capítulos, além das referências, apresentados a seguir.

Capítulo 1 - Caracteriza-se pela introdução do tema abordado, que é composta pela definição do problema e questão de pesquisa, na sequência são apresentados os objetivos da pesquisa, seguidos pela justificativa e pela proposta da tese, e por fim, a organização da tese.

Capítulo 2 - Fornece a fundamentação teórica para o estudo. Primeiramente, inicia-se abordando a gestão hospitalar e a estratégia de acreditação nas instituições hospitalares. Depois descreve sobre a acreditação hospitalar no Brasil e nos hospitais públicos, e na sequência sobre os custos hospitalares. Em seguida, explora a teoria institucional, tratando das mudanças institucionais e do processo institucional. E, por fim, apresenta-se a teoria do valor público, a segunda teoria que embasa a tese proposta por este estudo.

Capítulo 3 - Apresenta a classificação da pesquisa, seguida do processo de coleta de dados, os métodos de coleta de dados, os instrumentos, a confiabilidade e a validade da pesquisa. E, por fim, aborda o tratamento e a análise dos dados, e evidencia a descrição do estudo de caso único investigado.

Capítulo 4 - Apresenta as análises e resultados do estudo de caso único, que foi desenvolvido com uma abordagem indutiva, envolvendo os quatro principais temas da pesquisa, como o processo de busca pela acreditação hospitalar internacional, as mudanças institucionais, os processos institucionais e o valor público.

Capítulo 5 - Apresenta as discussões resultantes do estudo de caso relacionado com a criação de valor público criado no processo de institucionalização da acreditação hospitalar internacional. Primeiramente aborda a questão de pesquisa, seguida dos objetivos e as proposições da pesquisa que são discutidas e revisadas. E por fim, apresenta-se o modelo conceitual de pesquisa que foi revisado e discutido.

Capítulo 6 - Tece as considerações finais e oferece recomendações para pesquisas futuras.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo é apresentada a fundamentação teórica da pesquisa. O levantamento da literatura para a fundamentação teórica foi feito com base nas palavras-chave “acreditação hospitalar internacional”, “teoria institucional”, “saúde pública”, “hospital público” e “valor público”, com a finalidade de consolidar a base teórica do estudo. Este capítulo foi dividido em cinco partes: gestão hospitalar e acreditação nas instituições hospitalares; teoria institucional; valor público; modelo conceitual e proposições da pesquisa; e estudos relacionados.

2.1 GESTÃO HOSPITALAR E ACREDITAÇÃO NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES

A organização hospitalar é uma instituição complexa que possui determinados serviços que contemplam processos bastante complexos, por esse motivo necessita sempre dispor de uma gestão especializada. Além disso, esse tipo de instituição possui inúmeros atributos que se diferencia das demais instituições, como por exemplo, a habilidade de possuir grupos de trabalhos multidisciplinar, capaz de prestar assistência à saúde nos seus diversificados níveis. Ademais, essa instituição também é capaz de possuir local de ensino-aprendizagem para os profissionais aprenderem automaticamente com a prática. (XAVIER E CARMO FILHO, 2015; (EMÍDIO ET AL., 2013; SILVA, DANI E SANTOS, 2018).

Devido as incertezas peculiares aos processos complexos que abrangem doenças, as atividades da instituição de saúde exigem a adoção de artefatos de gestão e inovações tecnológicas, que se habitue aceleradamente as novas situações que possam acontecer. Trabalhos que contemplam ambiente mutável e incerto, como as atividades hospitalares, o controle de gestão deve proporcionar que a instituição desenvolva seus procedimentos de maneira mais eficaz e viável com a finalidade de controlar o futuro da organização (SILVA, DANI E SANTOS, 2018).

Nas entidades hospitalares a diferenciação entre as demais instituições é a melhor estratégia para conseguir benefícios, para isso a entidade precisa conhecer qual de suas atividades é o seu ponto forte no que se refere à qualidade dos atendimentos prestados. Entretanto, existem outras estratégias que a aplicabilidade vai depender do controle adotado por cada gestor hospitalar, pois existe a necessidade ter a compreensão do quê é o melhor para a instituição e a para a sociedade (ARTMANN; RIVERA, 2003; XAVIER E CARMO FILHO, 2015).

A gestão da qualidade em saúde visa ser um diferencial competitivo nas organizações hospitalares, isso vem tornando-se algo fundamental para a continuação dessas instituições. A gestão da qualidade estabelece um conjunto de normas, avaliações e controles fundamentais

que fortalecem as entidades de saúde como um todo (NEVES JUNIOR, 2004; XAVIER E CARMO FILHO, 2015). Porém, cabe enfatizar, que cada instituição hospitalar possui uma realidade com peculiaridades diferenciadas e sempre necessita de apoio para melhorar a gestão de seus processos. Esse apoio pode ser alcançado através de instrumentos ou ferramentas pertencentes ao controle da gestão operacional (GREENFIELD E BRAITHWAITE 2009; BERTO, 2018).

Para a melhorar a prestação dos serviços de saúde, foi criada a gestão da qualidade nas instituições hospitalares, com o foco nos processos ligados em diretamente ao paciente (XAVIER E CARMO FILHO, 2015). Porém, definir qualidade em saúde ainda é um desafio, pois os serviços assistenciais são sempre prestados e absorvidos simultaneamente no momento do consumo. Por este motivo, as tomadas de decisões estratégicas que buscam melhorias no âmbito de saúde, ligadas a gestão da qualidade, estão concentrando-se em procurar ações gerenciais baseadas em processos de avaliação (OLIVEIRA; MATSUDA, 2016; CERVILHERI, ET AL. 2018).

Para contribuir nos processos do controle interno e na melhor forma de utilização dos recursos, as instituições hospitalares e seus gestores são levados a efetivar práticas de gestão e tomar diversas decisões organizacionais justificadas no interesse de buscar melhores resultados. Sendo assim, as instituições de saúde buscam como processos de avaliação a estratégica acreditação hospitalar (ROGGENKAMP; WHITE; BAZZOLI, 2005).

Precursora em avaliação externa e provenientes das estratégias essenciais em serviços de saúde, a acreditação hospitalar tem sido pautada internacionalmente como recurso à promoção de melhorias da qualidade na saúde (SCHIESARI, 2014, BERSANETTI, 2016 E CERVILHERI, ET AL. 2018).

A estratégia de acreditação hospitalar é um processo formal obtido por intermédio de um órgão acreditador reconhecido, geralmente uma organização não-governamental, que de forma sistemática, periódica, reservada e voluntária (na maior parte dos países), qualifica, avalia e reconhece que uma instituição de saúde está em conformidade com padrões preestabelecidos, aceitáveis e publicados. Os padrões de acreditação são fundamentados no melhor desempenho possível e são elaborados para promover esforços para a melhoria contínua da qualidade assistencial nas instituições certificadas (ALÁSTICO, 2013, SOUSA, MACHADO-TAYLOR E ROCHA, 2016, XAVIER ET AL. 2018, CERVILHERI, ET AL. 2018).

O processo de acreditação hospitalar é um sistema de avaliação realizado por profissionais externos e independentes que avaliam o funcionamento e as práticas das

organizações como um todo (POMEY ET AL. 2004). A acreditação é um processo que tenta assegurar as condições de segurança e de qualidade nos cuidados com o paciente. O ideal é que este processo possa ser adquirido juntamente com a saúde da organização, ou seja, para a acreditação um hospital com saúde é um hospital seguro e de qualidade. Mas, para que a acreditação possa contribuir para que os hospitais promovam a melhoria na qualidade e da segurança do atendimento ao paciente, é exigida a mudança na cultura das instituições e a qualificação dos processos internos (POMEY ET AL., 2004; ALONSO ET AL., 2014; XAVIER; CARMO FILHO, 2015; SILVA, DANI E SANTOS, 2018).

A acreditação hospitalar abrange toda a instituição, desde a estrutura física ao processo de controle do planejamento estratégico. Então, visando conseguir a certificação de acreditação hospitalar, as instituições hospitalares estão gerando cada vez mais novas práticas gerenciais, que contribuem para a melhoria da qualidade de seus processos internos e de seus resultados, (ROGGENKAMP, WHITE E BAZZOLI 2005; NOVAES, 2007; SILVA, DANI E SANTOS, 2018; XAVIER; CARMO FILHO, 2015).

No contexto mundial hospitalar, a acreditação tem sido listada como apoio de ferramentas estratégicas para melhorias no cuidado, aos padrões positivos de indicadores relacionados a eventos adversos, ao melhor atendimento ao paciente, principalmente o paciente que sofreu acidente vascular encefálico (AVE) e na redução da mortalidade (FALSTIE-JANSEN ET AL. 2015; OLIVEIRA; MATSUDA, 2016; CERVILHERI, ET AL. 2018).

Além de ser considerada como apoio de ferramentas estratégicas nas instituições hospitalares, internacionalmente a acreditação hospitalar também foi relacionada a qualificação dos profissionais, o acesso e ampliação do mercado, a eficiência dos serviços prestados, o reconhecimento da organização pela comunidade, benefícios ao hospital relacionados ao *status*, a segurança da estrutura física, a imagem positiva do hospital e a credibilidade ao mercado (SHAW, 2004; SEABRA, 2007, MANZO, 2009; SEGOUIN; HODGES, BRECHAT, 2005; MILNER, 2007; SEABRA, 2007; LANDAU, 2010; LIU; YANG; OU, 2010; SACK et al., 2011; TURNER, 2011).

Geralmente as influências das práticas de acreditação no desempenho da instituição somente ganham visibilidade e credibilidade a partir do terceiro ano de certificação, ou seja, quanto maior a longevidade da institucionalização da acreditação, melhor será o desempenho da instituição, melhores serão qualificadas as práticas utilizadas pelo hospital e conseqüentemente o hospital será mais sustentável (CARMAN ET AL. 1996; LAI, 2003; SCHMALTZ ET AL. 2011; ALÁSTICO, 2013; XAVIER ET AL., 2018).

Para alguns gestores de hospitais privados do Brasil, certificados com a acreditação

nacional e internacional, existem vários diferenciais para o hospital por possuir a certificação de acreditação hospitalar. Os principais diferenciais, de acordo com os gestores são: a segurança dos pacientes, a qualidade do serviço, a padronização dos processos, a credibilidade junto ao mercado e a transparência (XAVIER ET AL., 2015).

Apesar dos supostos benefícios, diferenciais ou vantagens imputadas à acreditação, este sistema ou modelo de gestão é considerado oneroso, complexo e de difícil implementação. Além disso, requer investimentos significativos para sua implantação e também necessita de uma alta rotatividade de profissionais de enfermagem, e dependendo da instituição, às vezes a cultura organizacional diverge dos princípios e exigências impostos, aumentando ainda mais a complexidade da continuidade e manutenção da certificação (MUMFORD ET AL. 2013; XAVIER, ET AL. 2015; SOUSA, MACHADO-TAYLOR E ROCHA, 2016; OLIVEIRA; MATSUDA, 2016; CERVILHERI, ET AL. 2018).

Sousa, Machado-Taylor e Rocha (2016) identificaram que existem várias dificuldades na implantação do processo de acreditação. Os autores realizaram uma revisão sistemática integrativa para avaliar o impacto dos processos de acreditação e certificação de qualidade dos serviços de saúde nos hospitais do Brasil e do mundo. Os resultados da pesquisa encontraram que as principais dificuldades para a implantação da acreditação se relacionavam a falta de conhecimento teórico e prático dos gerentes, a cultura organizacional e a resistência às mudanças. As dificuldades também foram atribuídas ao acúmulo de tarefas do gerente dentro das entidades e à falta de acompanhamento da alta diretoria e ao pouco envolvimento da equipe.

A literatura (SILVA, DANI E SANTOS, 2018; VIANA ET AL., 2011; ALONSO ET AL., 2014) aborda a necessidade de desenvolver mais estudos sobre a gestão e os controles das organizações hospitalares, assim como, pesquisas que evidenciem a significância da acreditação hospitalar e sua intervenção no processo organizacional das instituições de saúde.

A Figura 1 ilustra como supostamente funciona o processo que a instituição percorre para se conscientizar e buscar a estratégia da acreditação hospitalar, de acordo com contexto da fundamentação teórica desta tese.

Figura 1 – Processo de conscientização da busca pela estratégia de acreditação



Fonte: Elaborada pela autora (2019).

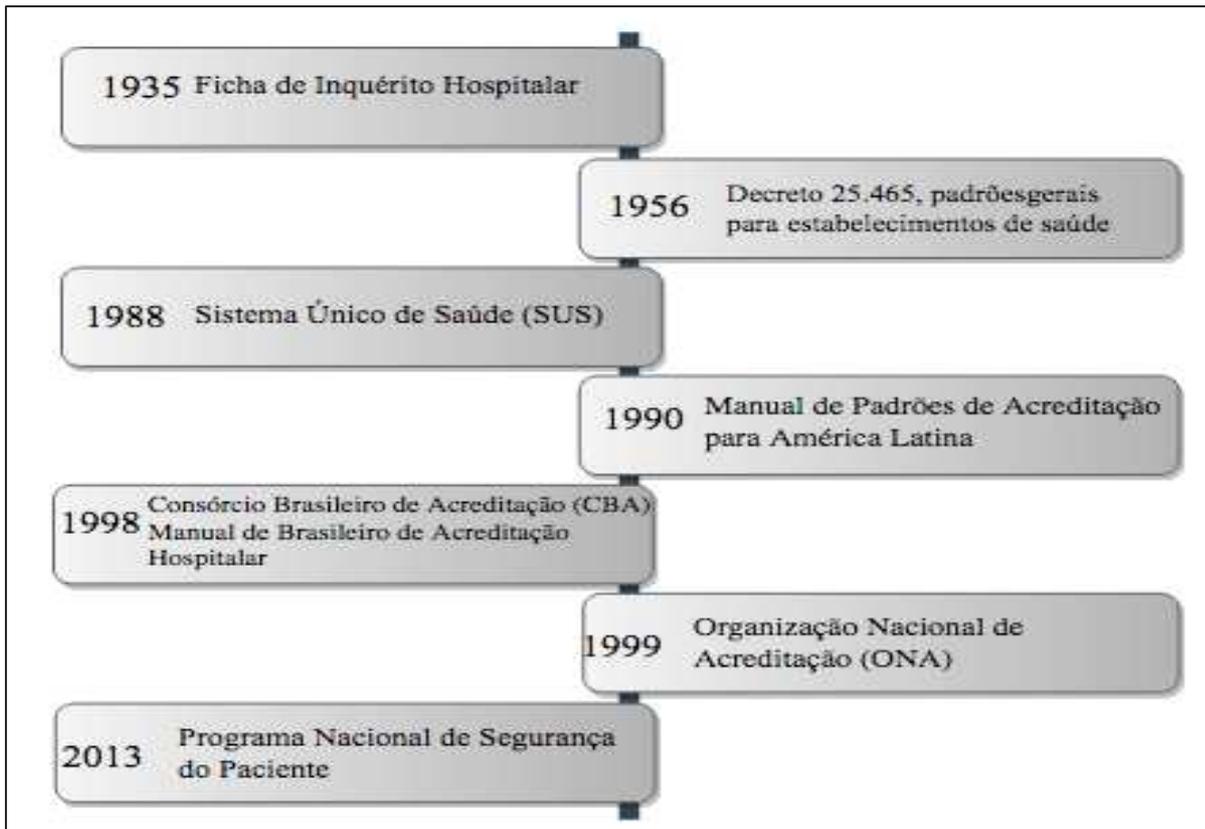
De acordo com a Figura 1, a alta administração do hospital implementa a gestão de qualidade na instituição que, visualizando a necessidade de mais controles de gestão na organização, busca a estratégia de acreditação hospitalar como apoio e como ferramenta de gestão para atender sua necessidade da busca da qualidade e segurança na organização. Para compreendermos sobre como funciona a sistemática da acreditação hospitalar no Brasil, o tópico a seguir aborda sobre o tema demonstrando a linha do tempo da acreditação e os modelos existentes no país.

2.1.1 A acreditação hospitalar no Brasil e nos hospitais públicos

No Brasil, o primeiro estudo que tinha o objetivo de melhorar a qualidade nas entidades hospitalares, elaborado por Odair Pedroso, em 1935, ficou conhecido como a “Ficha de Inquérito Hospitalar” (QUINTO NETO, 2000; BERTO 2018). Em 1956, por intermédio do Decreto 25.465, foram propostos os padrões gerais iniciais, para classificação dos estabelecimentos de saúde (FELDMAN, GATTO E CUNHA, 2005). Em 1988, pelo artigo 198 da Constituição Federal do Brasileira, foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS). A partir de 1989, a OMS passou a considerar publicamente a acreditação hospitalar como elemento estratégico para a promoção da qualidade na saúde da América Latina, por este motivo em 1990 foi realizado um acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a Federação Latino Americana de Hospitais e o Ministério da Saúde para produzir o Manual de Padrões de Acreditação para América Latina (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Na sequência, dando continuidade ao relato da acreditação no Brasil, em 1998 foi criada a fundação do Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) para a produção de um consenso entre os padrões de avaliação comuns a todos os programas. Neste mesmo ano, foi lançado o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar e o Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA). Em 1999, foi constituída a Organização Nacional de Acreditação (ONA) que também ficou responsável por coordenar o SBA (FELDMAN, GATTO E CUNHA, 2005; BERTO, 2018). E finalmente, em abril de 2013, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente, que colaborou muito com os princípios já anteriormente abordados pelas acreditadoras hospitalares nos programas de acreditação, pois a maioria dos programas de acreditações hospitalares tem por objetivo apoiar e promover iniciativas direcionadas à segurança do paciente em diversos âmbitos da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por intermédio da implantação da gestão de risco e de núcleos de segurança do paciente nas instituições de saúde (CALDANA, 2015; BERTO, 2018). A Figura 2 resume os principais acontecimentos que nortearam à acreditação hospitalar no Brasil.

Figura 2 – Acreditação hospitalar no Brasil



Fonte: Elaborada pela autora com base em Quinto Neto (2000), Feldman, Gatto e Cunha (2005), Caldana (2015) e Berto (2018), CBA (2019).

Existem diversos modelos de programas de avaliação da qualidade em saúde, como no Brasil a adesão à acreditação hospitalar não possui interferência governamental, os sistemas de acreditação têm sido intermediados por diversos órgãos. Os programas de acreditação hospitalar mais procurados e disponíveis no Brasil são: *Joint Commission International* (JCI), *Canadian Council on Health Services Accreditation* (CCHSA) e a Organização Nacional de Acreditação (ONA) (CERVILHERI, ET AL. 2018; XAVIER E CARMO FILHO, 2018).

A JCI é uma instituição sem fins lucrativos que foi fundada em 1994 e tem cerca de 1.100 instituições acreditadas em 72 países. No Brasil a JCI tem como parceiro o CBA que é o único no país associado à JCI. Esse acordo de cooperação entre as duas instituições já existe há mais de 20 anos. Tanto a JCI como a CBA são membros da *International Society for Quality in Healthcare* (ISQua). Esta certificação hospitalar tem validade de 3 anos e representa a adequação aos padrões internacionais de atendimento ao paciente, gestão, infraestrutura e qualificação profissional, focada na qualidade e segurança de pacientes e profissionais (JCI, 2019; CBA, 2019).

Cada instituição acreditadora adota um manual de padrões específico de acreditação hospitalar. O manual da JCI tem seus conjuntos de normas aprovado e apoiado pela ISQua. Este manual da JCI que é específico para os hospitais, está dividido em quatro seções: 1. Requisitos para participação na acreditação; 2. Padrões centrados nos pacientes; 3. Padrões de gestão das organizações de saúde; e 4. Padrões de hospitais centros médicos acadêmicos. A última seção foi incluída especificamente para os hospitais que, além de serem instituições de saúde, também são centros médicos acadêmicos (JCI, 2017). O Quadro 1 ilustra um resumo dos dezesseis capítulos das seções de padrões que são utilizados para acreditação hospitalar.

Quadro 1 – Padrões de acreditação internacional da JCI

Resumo dos capítulos relacionados aos padrões de acreditação internacional da JCI	
Padrões para o “Programa Hospital”	
Seção II - Padrões centrados nos pacientes	Seção III - Padrões de gestão das organizações de saúde
Metas internacionais de segurança ao paciente	Melhoria da qualidade e segurança do paciente
Acesso e continuidade do cuidado	Prevenção e controle de infecções
Direitos dos pacientes e familiares	Governança, liderança e direção
Avaliação dos pacientes	Gerenciamento e segurança das instalações
Cuidados ao paciente	Educação e qualificação de profissionais
Anestesia e cuidados cirúrgicos	
Gerenciamento e uso de medicamentos	Gerenciamento da informação
Educação dos pacientes e familiares	
Seção IV - Padrões adicionais para o “Programa Hospital Centro Médico Acadêmico”	
Educação médica profissional	Programas de pesquisas envolvendo seres humanos

Fonte: Elabora pela autora com base nas informações do manual da JCI (2017).

A seção de padrões centrados nos pacientes, conforme o Quadro 1, é aberta com o capítulo das metas internacionais de segurança ao paciente. Neste capítulo são abordadas as seis metas internacionais de segurança, que são aquelas relacionadas à identificação correta do paciente, a comunicação dos prestadores de cuidado, a segurança de medicamentos de alta vigilância, a cirurgia segura, a redução do risco de infecções e o risco de danos resultante de quedas. No último capítulo dessa seção é abordada a educação do paciente e de seus familiares. Neste capítulo são relacionados aos processos de educação do paciente e da família para uma melhor compreensão e participação em seus cuidados e nas decisões sobre seu tratamento. (JCI, 2017).

Na seção três, que trata sobre os padrões de gestão das organizações de saúde inicia-se pelo capítulo da melhoria da qualidade e segurança do paciente. Neste capítulo são abordados a gestão da qualidade e atividades de segurança dos pacientes, medidas e coletas de dados,

análise e validação dos dados de medidas e o alcance e sustento das melhorias. Em relação ao capítulo de governança, liderança e direção são explanados os padrões sobre a estrutura de governança da organização, assim como as responsabilidades dos diretores e das lideranças do hospital. Posteriormente, o manual aborda também o capítulo sobre a educação e qualificação dos profissionais. Neste capítulo são apresentados padrões relacionados ao planejamento dos líderes sobre diversos assuntos e principalmente sobre os processos de recrutamento de funcionários, sobre as credenciais do corpo médico, corpo de enfermagem e outros profissionais de saúde. E no final desta seção é explanado o gerenciamento da informação. Neste capítulo são apresentados assuntos relativos à gestão das informações direcionadas para atender as necessidades de informação internas e externas, comenta sobre a privacidade, confidencialidade e a segurança da informação, aborda também sobre a gestão e implementação de documentos, prontuário do paciente e a tecnologia da informação em saúde (JCI, 2017).

Na seção de programa hospital centro médico acadêmico, logo no primeiro capítulo é apresentado os padrões de educação médica profissional, que visam integrar e assegurar a educação sobre a segurança e qualidade nos cuidados do paciente para os estudantes de medicina e para os estagiários do hospital. E por fim, no capítulo final desta seção são evidenciados os padrões de programas de pesquisa envolvendo seres humanos. Neste capítulo é argumentado sobre a responsabilidade da liderança hospitalar em relação à proteção dos sujeitos de pesquisa envolvendo seres humanos, sobre o estabelecimento do escopo do programa de pesquisa, conflitos de interesse e processo de consentimento (JCI, 2017).

Em todos os capítulos do manual da JCI (2017) são explanadas uma visão geral sobre os padrões com recomendações, propósitos e os elementos de mensuração, ou seja, o manual explica detalhadamente como os hospitais devem implantar o processo de acreditação em conformidade com a exigência da acreditadora. Além disso, na seção de requisitos para a participação na acreditação, o manual da JCI sugere que os hospitais apresentem um plano estratégico de melhoria e os relatórios eletrônicos ou impressos sobre o hospital. Ademais, o manual apresenta as principais políticas de acreditação hospitalar e incentiva a implementação dessas políticas nas instituições hospitalares interessadas pela certificação (JCI, 2017).

O sistema de acreditação canadense está no mercado hospitalar há mais de 50 anos, foi desenvolvido pelo *Canadian Council on Health Services Accreditation* (CCHSA) e ficou conhecido como *Accreditation Canada International*. Este sistema é um dos líderes mundiais de acreditação. Representada pelo *Instituto Qualisa de Gestão* (IQG), a acreditação canadense atua no Brasil desde o ano de 2000. O modelo de acreditação canadense pode ser comparado ao modelo ISO, porém o sistema foca especificamente na área da saúde. O modelo canadense

defende o uso de indicadores de desempenho, incorporado no aspecto de melhoria, como ferramenta para monitorar, avaliar e melhorar a qualidade do cuidado ao paciente. Porém, o foco do modelo canadense não são os indicadores, mas no resultado das informações produzidas pelos indicadores para melhorar o atendimento dos serviços prestados aos pacientes (XAVIER E CARMO FILHO, 2015).

Como já foi comentado anteriormente, em 1998 com o aval do Ministério da Saúde, foi criado o primeiro Manual Brasileiro de Acreditação e no ano seguinte, em 1999 foi constituída a ONA, a primeira acreditadora brasileira no país. O manual de acreditação adotado pela ONA fornece os procedimentos para obter a acreditação hospitalar e avalia todos os serviços de um hospital geral e outros serviços em saúde. A metodologia da ONA é a única no Brasil que acredita em três níveis (XAVIER E CARMO FILHO, 2015; ONA, 2019).

O primeiro nível da ONA é conhecido como “acreditado”, onde são esperados que os hospitais atendam as “exigências mínimas”, ou seja, a organização de saúde deve cumprir ou superar, em torno de 70% ou mais, os padrões de qualidade e segurança exigidos pelo manual da ONA. Neste nível a acreditadora avalia todas as áreas de atividades da instituição (estruturais e assistenciais). O segundo nível, chamado de “acreditado pleno” é esperado que a organização além de superar as exigências do nível 1, atenda os padrões ONA de gestão integrada nos processos e na organização. E, por fim, no terceiro nível, o nível de acreditado com excelência, são exigidos a superação de todos os padrões anteriores e mais os padrões de excelência em gestão, que visam a prática da cultura organização de melhoria contínua na instituição (XAVIER E CARMO FILHO, 2015; ONA, 2019). Os três níveis de atenção, práticas ou métodos esperados da ONA foram relacionados e resumidos no Quadro 2.

Quadro 2 – Níveis de acreditação nacional

Níveis de acreditação	Certificação	Padrão	Validade
Nível 1	Acreditado	Qualidade e segurança	2 anos
Nível 2	Acreditado pleno	Gestão integrada	2 anos
Nível 3	Acreditado com excelência	Excelência em gestão	3 anos

Fonte: Adaptado pelo autor com base nas informações de Xavier e Carmo Filho (2015) e ONA (2019).

A metodologia de acreditação da ONA, por não ter caráter prescritivo, não traz recomendações específicas sobre ferramentas, processos, técnicas ou linhas metodológicas a serem seguidas pelas instituições hospitalares que se submetem à avaliação. Como a ONA é responsável pelo desenvolvimento e gestão dos padrões brasileiros de qualidade e segurança em saúde, trabalha para que no Brasil as instituições de saúde adotem práticas de gestão assistenciais que levem à melhoria do cuidado para o paciente (ONA, 2019).

A literatura (XAVIER, ET AL., 2018; JCI, 2019; ONA, 2019) insinua que as instituições que possuem a certificação de acreditação no nível de excelência e internacional, possivelmente, na prática seriam organizações mais sustentáveis, pois são motivadas a adotar melhores práticas de melhorias sustentáveis. Além disso, fatores como tamanho da entidade e tempo de constituição da organização, geralmente influenciam na adoção de prática sustentáveis pelas entidades acreditadas e conseqüentemente no nível de sustentabilidade demonstrada pelas instituições hospitalares (XAVIER, ET AL. 2018).

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

Alguns gestores hospitalares buscam a acreditação por confiar que a certificação seja capaz de transmitir padrões de excelência aos clientes e aos demais *stakeholders*, como governo, no caso dos hospitais públicos, e aos planos de saúde, no caso dos hospitais particulares (MIHALIK; SCHERER, 2000; NEVES, 2004; LIU; YANG; OU, 2010). (BERTO, 2018).

No Brasil, para reforçar o SUS, seria interessante implementar uma rede de serviços capacitada, comprometida, produtiva e estruturada com sistemas e processos eficientes que aperfeiçoem o desempenho. Nesta percepção, a acreditação como processo de certificação e avaliação, torna-se fundamental, pois exerce papel na fomentação da prática do planejamento, avaliação e controle, contribuindo com um metódico e organizado processo de melhoria contínua. Além disso, a acreditação intervém na qualificação da gestão, transformando-a mais comprometida, eficiente e criativa nas tomadas de decisão (RODRIGUES, 2004; BERTO, 2018).

A acreditação hospitalar no Brasil ainda é uma iniciativa predominante em instituições hospitalares privadas (CAMILO ET AL., 2016). O estudo Sobrinho et al. (2015) apontou que, do total de 345 instituições acreditadas pela ONA, apenas 46, ou seja, 13,3% eram instituições do setor público. Para Camilo et al, (2016) além do número reduzido de hospitais públicos que são acreditados no Brasil, a quantidade de pesquisas que abordam essa temática também é escassa.

A realidade brasileira sobre a acreditação, é bem diferente da realidade de países mais desenvolvidos socioeconomicamente, como Estados Unidos da América, Austrália, Alemanha e Canadá, onde a acreditação hospitalar está cada vez mais próxima das ações governamentais

e, por causa disso, se expande às instituições de saúde administradas pelo poder público (SHAW ET AL., 2013; CAMILO ET AL. 2016).

Alshmemri et al. (2017), elaboraram um estudo aplicado entre enfermeiros em três principais hospitais públicos da Arábia Saudita, usando a teoria de Herzberg como referencial teórico. O estudo constatou que a presença de fatores de motivação levava ao aumento da satisfação no trabalho dos enfermeiros.

Mansour (2018), realizou um *survey*, na Árabia Saudita, que tinha o objetivo de medir o impacto da acreditação da JCI na qualidade da saúde, comparando as percepções de funcionários que trabalham em hospitais públicos acreditados e não acreditados. Os resultados da pesquisa mostraram que os funcionários dos hospitais públicos apoiam um efeito positivo nas instituições hospitalares públicas com a implantação da acreditação hospitalar.

Camilo et al., (2016) realizam uma pesquisa qualitativa para analisar as percepções da equipe multiprofissional sobre a acreditação em um hospital público, acreditado com excelência pela ONA. Participaram da pesquisa 28 colaboradores. A pesquisa encontrou que os participantes percebiam a acreditação como um processo favorável à gestão da qualidade no serviço público, porque promove o desenvolvimento de competências profissionais e melhora a gestão de custos, o gerenciamento da assistência, a estrutura da organização, e a percepção de orgulho/satisfação no trabalho.

Para justificar a implantação de um sistema de qualidade complexo e de alto custo como a acreditação hospitalar, principalmente nos hospitais públicos, o programa tem por obrigatoriedade trazer retorno de investimento para a instituição hospitalar (GUIMARÃES JÚNIOR, 2005; XAVIER E CARMO FILHO, 2015).

2.1.2 Custos hospitalares e a acreditação hospitalar

Para compreender os custos nas instituições hospitalares é preciso compreender seu vínculo com as características e particularidades do setor de serviços que, geralmente, impactam na gestão dos custos (SANTOS, 2017). Os hospitais, assim como as demais organizações de serviços, são movidos pelas características de heterogeneidade, inseparabilidade, intangibilidade e perecibilidade dos serviços executados (HANSEN E MOWEN 2001; SILVA, 2006; SANTOS, 2017). O Quadro 3 resume as particularidades dos serviços hospitalares.

Quadro 3 – Particularidades dos serviços e a interação com os serviços hospitalares

Características	Relacionamento com os negócios	Impacto no sistema de gestão de custos	Nos serviços hospitalares
Heterogeneidade	Padronização e controle de qualidade são difíceis.	É necessária uma sólida abordagem de sistemas; Medidas de produtividade contínua são indispensáveis.	Hospitais são instituições altamente profissionalizadas; Em vários hospitais ainda existe dupla linha de autoridade: administração e médicos; Não existe tolerância a erros.
Inseparabilidade	O consumidor está envolvido na produtividade;	Os custos podem ser contabilizados por tipo de cliente;	Não há como separar o paciente do profissional da saúde durante o processo de execução do serviço;
	Outros consumidores estão envolvidos na produção;	-	A participação da família no processo de produção do serviço é, na maioria das vezes, imprescindível e inevitável;
	É difícil a produção em massa centralizada dos serviços.	Deve-se estimular o desenvolvimento de um sistema para encorajar a consistência na qualidade;	Mesmo sendo possível a padronização de procedimentos e atividades, é necessário prestar atenção às particularidades de cada paciente.
Intangibilidade	Serviços não podem ser estocados;	Não existem contas de estoque de serviços acabados;	Tratamentos prolongados podem ser considerados como serviços em execução, no caso em que o objeto de custeio seja o paciente;
	Serviços não podem ser protegidos por meio de patentes;	Existe um robusto código de ética;	Os pacientes normalmente criam vínculos com os profissionais que lhes atendem;
	Serviços não podem ser prontamente mostrados ou divulgados;	-	O tratamento depende muito da reação individual de cada paciente;
	É complicado estabelecer um preço.	Os custos devem manter-se relacionados com toda a organização.	A remuneração por procedimento estabelecida pelo SUS, geralmente não é sensível a este fator.
Percibilidade	Os benefícios dos serviços vencem rapidamente;	Não existem estoques;	Ampla necessidade de preenchimento e controle dos prontuários por atendimento.
	Os serviços podem ser repetidos frequentemente para um cliente.	É preciso um sistema padronizado para lidar com clientes que retornam.	-

Fonte: Adaptado de Hansen e Mowen (2001), Silva (2006) e Santos (2017).

Percebe-se pelo Quadro 3 que no setor de saúde é bem complicado e difícil de aplicar a gestão de custos nas organizações hospitalares devido as diversas particularidades, principalmente no que se refere as características de inseparabilidade e intangibilidade. Porém, nos hospitais, principalmente nos hospitais públicos, a gestão de custos é uma ferramenta fundamental, pois tem a função de aperfeiçoar o desempenho da organização e de redirecionar prioridades na aplicação de seus recursos, que na maioria das vezes são escassos, para atender com qualidade a crescente demanda das necessidades de saúde da população (MARTINS, PORTULHAK & VOESE, 2015; SANTOS, 2017).

No Brasil, o setor de saúde pública requer que a gestão de custos hospitalar seja uma ferramenta indispensável para os gestores, pois os recursos destinados à saúde são bem limitados, principalmente devido a inclusão de gastos no orçamento público da saúde que, antes não faziam parte dele, como por exemplo, o programas de combate à fome, saneamento básico e programas especiais (ABBAS E LEONCINE, 2014; SANTOS, 2017).

Em relação a acreditação hospitalar, o manual de acreditação internacional da JCI (2017) recomenda fortemente que sejam apurados e monitorados os custos de melhorias, de forma sistematicamente e periódica, principalmente pela questão da avaliação da eficiência dos serviços prestados pelo hospital (JCI, 2017). Neste manual, na seção do padrão de melhoria da qualidade e segurança do paciente, no item de análise e validação dos dados e medidas, é sugerido que a equipe do programa de qualidade e segurança do paciente da instituição, adote ferramentas para avaliar o uso dos recursos humanos e tecnológicos do processo e depois reavaliar o processo melhorado, e que essa avaliação ocorra pelo menos anualmente. Essa análise visa fornecer informações do impacto das melhorias prioritárias gerais da instituição de saúde, no custo e eficiência dos serviços prestados (JCI, 2017).

Outro destaque no padrão do manual da JCI (2017), que também enfatiza a medição do impacto das melhorias, é o padrão de “governança, liderança e direção”, especificamente no item “liderança do hospital para qualidade e segurança do paciente”. Neste padrão é sugerido que o diretor geral e a liderança do hospital também avaliem o impacto das melhorias, sempre focando na eficiência do processo, na identificação da redução do custo e no uso dos recursos após a melhoria de um processo. Esse padrão destaca para os envolvidos que, medir o impacto da melhoria de um processo ajuda a compreender os custos relacionados ao investimento em qualidade e todos os retornos sobre esse investimento.

Mamedio (2014) discorre na sua pesquisa que, a gestora da acreditação do hospital que estava sendo investigado afirmou que o processo de certificação influencia diretamente na operação do hospital, principalmente no custo, por exemplo, para garantir que todos os itens avaliados pela *Joint Commission* fossem validados, houve adaptação do quadro funcional. Por causa dessa atitude, devido a necessidade do aumento no quadro de funcionários, houve um aumento significativo de custo de pessoal.

Oliveira et al. (2019) encontraram que mesmo que o foco central da acreditação seja voltado à dimensão clínico-assistencial, este sistema de gestão da qualidade tende a repercutir positivamente nos serviços hospitalares em diversos âmbitos organizacionais, como por exemplo, as mudanças na alta liderança, o *marketing* empresarial e a gestão de custos.

Camilo et al. (2016) encontraram sinalização de que a acreditação hospitalar traz benefícios para a organização, principalmente no que se refere à gestão de recursos financeiros. Para o autor, a acreditação parece ser um aporte e/ou um guia para monitorar os custos hospitalares, colaborando com a responsabilidade social que essa prática de gestão exerce nos serviços públicos.

No estudo de Seabra (2007) o autor comenta que, inicialmente a implantação da acreditação hospitalar pode causar um aumento nos custos do hospital, mas que depois, pode ocorrer a contenção ou diminuição desses custos. Porém, para o autor ainda existe muita dificuldade na mensuração objetiva dos custos na saúde, independentemente da acreditação. O autor acredita que o desafio das organizações hospitalares é verificar quanto a qualidade dos processos realmente diminui os custos do hospital, incluindo, por exemplo a diminuição da morbidade ou da média de permanência ou das infecções hospitalares. Seabra (2007) sugere para as futuras pesquisas, um estudo aprofundado sobre o impacto da acreditação sobre os custos da organização hospitalar, devido o custo da qualidade ou da falta de qualidade estende-se a toda cadeia da saúde.

Pensando nessa mesma linha, Mumford et al. (2013) realizaram um levantamento sistemático aplicado em sete base de dados, com o objetivo de identificar e analisar pesquisas sobre o uso da avaliação econômica, principalmente o custo-benefício da inovação, nos serviços de saúde acreditados. O estudo revelou que não há evidência clara de que a acreditação melhora a segurança e qualidade de assistência ao paciente. Ademais, a pesquisa aponta que a falta de avaliação econômica formal e a falta de uma relação clara entre os resultados medidos nos estudos dos benefícios, dificulta a projeção e condução de avaliações do credenciamento e a compreensão mais robusta e explícita dos custos e benefícios envolvidos.

Desta forma, supõe-se que, aparentemente a relevância as vantagens e os benefícios adquiridos em relação à acreditação, ainda não foram explicitamente demonstrados e sustentados pela literatura atual, logo percebe-se que existe realmente uma lacuna e justificativa para se investigar mais sobre o processo de acreditação hospitalar, uma vez que a ampliação das pesquisas podem contribuir com àqueles que pretendem iniciar a estratégia de busca por um certificado de qualidade hospitalar, como a acreditação, visando a sustentabilidade da instituição.

Além das motivações internas dos colaboradores, ou seja, dos profissionais da área de saúde, existem as pressões externas, exercidas pelo mercado, pelo governo, por planos de saúde, pacientes e familiares que aparentemente podem ser uma forte inspiração para a busca da acreditação. Por exemplo, nos hospitais particulares, a pressão externa pode ser dos planos de

saúde e nos hospitais públicos, a pressão externa pode ser do governo, se enxergasse a acreditação como um importante mecanismo de controle da qualidade dos hospitais (FRANKO, 2002; CHASSIN, 2008; LANDAU, 2010; BERTO, 2018). Para explicar com mais profundidade sobre as pressões internas e externas, o tópico a seguir vai abordar a teoria institucional.

2.2 A TEORIA INSTITUCIONAL

Uma instituição é uma estrutura social que fornece às organizações e indivíduos vertentes de ação e orientações. Ao mesmo tempo, essa estrutura social restringe e controla as organizações (SCOTT, 2000). A teoria institucional é uma teoria que trata do comportamento do indivíduo a partir de óticas da racionalidade (FREZATTI ET AL., 2009).

O avanço dos estudos sobre a aplicabilidade da teoria institucional no campo das ciências sociais, ocorreu no período posterior à década de 1970. Desde então, a concepção institucional vem sendo sinalizada como um dos arranjos teóricos mais favoráveis para o esclarecimento do desenvolvimento e funcionamento da sociedade organizacional (CARVALHO; VIEIRA; SILVA, 2012; LISZBINSKI ET AL. 2014).

A teoria institucional tem sido a tendência principal nas pesquisas alternativas em contabilidade e gestão, sendo adotada para explicar o processo de legitimação nas organizações e no entendimento dos padrões e processos de mudança organizacional, por destacar o papel das regras e condutas que influenciam na forma como as organizações e sociedade se comportam ((ZUCCOLOTTO; SILVA; EMMENDOERFER, 2010; COOPER; PARKES; BLEWITT, 2014; SOEIRO E WANDERLEY, 2019).

A teoria institucional inclui diversas abordagens, cada qual com seus procedimentos metodológicos e categoria próprias, ou seja, não representa somente um corpo de conhecimento homogêneo (MORAES, 2001). A Teoria Institucional é subdividida em três linhas: Nova Economia Institucional (NEI); Velha Economia Institucional (VEI); e Nova Sociologia Institucional (NSI) (SANTOS, 2017; SOEIRO E WANDERLEY, 2019). As principais particularidades dessas linhas são apresentadas nos próximos tópicos.

2.2.1 Nova Economia Institucional (NEI)

A NEI apresenta Coase (1937), North (1990) e Williamson (1991) como os principais teóricos dessa linha. Os instrumentos dessa abordagem são os arranjos institucionais de contratos e organizações em ambiente competitivo (GUERREIRO, FREZATTI, LOPES E PEREIRA 2005; SANTOS 2017). Além disso, esta linha valoriza o cognitivo, enfatizando a

legitimidade e coesão de um conjunto de organizações, ou seja, a NIE é a vertente que mantém a base da economia neoclássica resguardada (FACHIN & MENDONÇA, 2003; SANTOS, 2017; SOEIRO E WANDERLEY, 2019).

Na NEI o ambiente institucional é como um conjunto de regras sociais, legais e políticas (GUERREIRO ET AL., 2005). As regras podem ser classificadas como formais e informais, sendo que as regras informais podem ser compreendidas como as sanções, os costumes, os tabus, as tradições e os códigos de conduta, e as regras formais podem ser as constituições, as leis e os direitos de propriedade (NORTH, 1990). As unidades de análises dessa linha são as transações e o ambiente institucional, que são definidos como elementos centrais para o entendimento do desenvolvimento de uma organização e de suas estratégias implantadas (SANTOS, 2017).

A NEI possui os princípios base da modelização econômica: agentes racionais com funções e objetivos definidos. Na visão da NEI o indivíduo é um ser racional que atua em instituições econômicas e que sistematizam o seu comportamento (FREZATTI ET AL. 2009; SOEIRO E WANDERLEY, 2019).

2.2.2 Velha Economia Institucional (VEI)

A VEI é a vertente que questiona alguns argumentos da economia neoclássica, como por exemplo, a racionalidade individual e o individualismo metodológico, quando se examina o desenvolvimento e a mudança ocorridos nos sistemas sociais (MAJOR; RIBEIRO, 2009; SOEIRO E WANDERLEY, 2019). Essa linha argumenta que o indivíduo é o centro da análise, pois ele afeta a criação das instituições e no decorrer do caminho é adaptado por ela. Sendo assim, questões como crenças, hábitos, poder, políticas e valores são fundamentais para a análise desta linha (FREZATTI ET AL., 2009; SANTOS, 2017).

A VEI não concorda com o legado da economia neoclássica de que o indivíduo é um ser provido de racionalidade extrema, separado de valores, perspectivas culturais e aspectos históricos (FREZATTI ET AL., 2009; SANTOS, 2017).

Para a VEI as instituições e organizações existem em ambientes complexos, onde a reflexão coletiva sempre necessita estar envolvida em análise, ou seja, resguarda o holismo metodológico (SOEIRO E WANDERLEY, 2019). Nesta linha também é considerada a ação dos agentes econômicos que atuam num contexto social, em que as normas e valores sociais adaptam os comportamentos individuais (MAJOR; RIBEIRO, 2009; SOEIRO E WANDERLEY, 2019). Os estudos baseados na VEI geralmente reprovam a abordagem "comparativa-estática" da análise da mudança, os estudos desta linha buscam quebrar os

paradigmas dos processos de mudança organizacional e resistência à mudança, pretendendo ir mais adiante de um foco exclusivo nos resultados de processos de mudanças, característico da tradição neoclássica (RIBEIRO & SCAPENS, 2006; SOEIRO E WANDERLEY, 2019).

Segundo Ribeiro e Scapens (2006), a inquietação dos estudos da VEI, não é somente analisar o papel das instituições predominantes nos processos de mudança, mas investigar a mudança das instituições com o passar do tempo. A VEI acata as coligações, influências e valores competitivos como aspectos centrais, com destaque em estruturas informais e de poder das organizações individuais (SANTOS, 2017).

No âmbito da contabilidade, especificamente na contabilidade gerencial, a aplicação da VEI foi utilizada inicialmente por Macintosh e Scapens (1990) e Burns e Scapens (2000). Mesmo que a VEI seja capaz de esclarecer os processos de mudança, principalmente na contabilidade gerencial, esta linha teórica ainda não conseguiu explicar com profundidade sobre as razões e sobre os processos que levam à implantação de inovações nas organizações (RIBEIRO E SCAPENS, 2006; SANTOS, 2017).

2.2.3 Nova Sociologia Institucional (NSI)

As bases da NSI foram estabelecidas pelo estudo de Meyer e Rowan (1977). Esta linha estuda como o ambiente institucional, sendo um conjunto de normas, tradições crenças e a necessidade de legitimidade, influencia o comportamento das organizações (FREZATTI ET AL. 2009; SANTOS, 2017).

A NSI destaca as organizações dentro de uma ampla rede de relacionamentos entre as instituições e os sistemas culturais. Além disso, nessa vertente, o ambiente institucional não apenas instiga o relacionamento das organizações com o mercado, mas também suas normas, crenças e tradições (DIMAGGIO; POWELL, 1983; MEYER; ROWAN, 1977). Para essa linha, o ambiente institucional é particularizado pela elaboração de regras, práticas, crenças, símbolos e requerimentos normativos aos quais as organizações e os indivíduos precisam se aceitar ou se adaptar para receber apoio e legitimidade (SOEIRO E WANDERLEY, 2019).

A NSI reconhece que o isomorfismo organizacional é representado como o evento que estrutura as organizações a partir das exigências ou pressões do ambiente (REIS, 2008; SANTOS, 2017). Uma das premissas básicas da NSI é que a estrutura organizacional é o resultado das pressões exercidas pelo meio circulante em que as instituições atuam (SOEIRO E WANDERLEY, 2019).

No isomorfismo organizacional uma organização para se manter sustentável precisará, obrigatoriamente, que sobreviver às pressões externas e internas que foi submetida. Com isso,

manifesta-se a necessidade de se legitimar para que as suas ações sejam apropriadas ou desejadas dentro de um sistema socialmente fundamentado de normas, valores e crenças (SUCHMAN, 1995). Para se legitimarem, as organizações procuram ganhar aceitação e credibilidade por parte dos seus pares (CORREIA, CARRAPATO, BILHIM, 2016).

Na visão da NSI a institucionalização trata-se de um processo de adaptação das expectativas sociais, da forma mais apropriada de se comportar e se organizar, sem deixar de levar em consideração determinadas regras vigentes, ou seja, o ambiente institucional, inclui as normas sociais e as regras culturais que se constituem em estruturas e procedimentos formais e organizacionais. Nesse sentido, as organizações que são institucionalizadas propendem a adotar procedimentos e estruturas que são valorizados em seu ambiente cultural e social, elaborando isso em legitimidade para assegurar os recursos que são essenciais para a sua sobrevivência (GUERREIRO, FREZATTI, LOPES E PEREIRA, 2005; RIBEIRO & SCAPENS, 2006; SANTOS, 2017).

A legitimidade é um dos conceitos centrais do institucionalismo organizacional. A legitimidade é oriunda da premissa de que as organizações necessitam fundamentalmente de aceitação e credibilidade junto ao sistema social (MACHADO, 2014; ROSSONI, 2016; CORREIA, CARRAPATO, BILHIM, 2016).

O argumento sobre legitimidade no contexto organizacional iniciou-se com Weber (1947;1991). De acordo com Weber (1991), as práticas sociais são instruídas por regras aceitas como obrigatórias, que são consideradas como socialmente válidas pelos agentes que atuam dentro de uma realidade social. Segundo Parsons (1956), as organizações devem ser compreendidas por sua adequação com o processo de valores do ambiente, assim como seu conjunto de crenças, leis e normas. Para Pfeffer e Salancik (1978), a legitimidade é resultante da interpretação das ações a partir de sua comparação com valores socialmente legítimos.

A legitimidade organizacional é a visão ou suposição generalizada de que as ações de uma entidade são interessantes, oportunas ou desejáveis dentro de algum sistema socialmente construído de normas, valores, crenças e definições (SUCHMAN, 1995; ROSSONI, 2016).

Suchman (1995) aponta que a “comunicação” é um componente crucial do processo de legitimação e que a sociedade deve ser informada sobre as ações ou atividades praticadas pela organização. Scott (1995) aponta a existência de três dimensões da legitimidade entre a relação da organização, instituições e sociedade: a) regulatória; b) normativa; e c) cognitiva. As três dimensões são demonstradas no Quadro 4.

Quadro 4 - O pilar institucional e as dimensões de legitimidade

Característica	Regulatória	Normativa	Cognitiva
Base da submissão	Utilidade	Obrigação social	Pressuposição
Indicadores	Regras, leis e sanções	Certificação e aceitação	Predomínio e isomorfismo
Base da legitimação	Legalmente sancionada	Moralmente governada	Culturalmente sustentada

Fonte: Adaptado de Scott (1995) e Silva (2014).

A primeira dimensão, a regulatória está baseada nas regras (leis, regimentos, padrões, etc.), monitoramentos e sanções legalmente estabelecidos pelos governos, agências reguladoras, associações profissionais e organizações influentes (SCOTT, 1995; ROSSONI, 2016).

A dimensão normativa, deriva da junção das normas e valores da sociedade ou do ambiente social imprescindíveis para o negócio. O papel das normas nesta dimensão é especificar como as coisas devem ser executadas, descrevendo quais meios são genuínos para atingir os fins. Já os valores idealizam quais os critérios que são aplicados para contrastar e conectar as estruturas e práticas já existentes (ROSSONI, 2016). Para esta dimensão, uma organização é validada quando atende tanto as normas quanto os valores, obtendo um parecer positivo da sociedade e de seus *stakeholders* (ROSSONI, 2016). A dimensão normativa pode ser facilmente diferenciada da dimensão regulatória, pois a primeira não está ligada a comportamento que surge da busca do interesse próprio dos atores das instituições (SCOTT, 1995 E SILVA, 2014).

E por fim, a terceira dimensão, a cognitiva (ALDRICH; FIOLETTI, 1994; ALDRICH E RUEF, 2006; SUCHMAN, 1995; ZIMMERMAN E ZEITZ, 2002) origina-se da harmonia com modelos e padrões socialmente aceitos no ambiente organizacional (ROSSONI, 2016), ou seja, na dimensão cognitiva, as organizações são legitimadas quando seguem os modelos e padrões aceitos internamente pelos colaboradores, torna-se culturais dentro da organização. Esta dimensão estabelece qual é o jogo, nela a maior parte dos participantes define qual é a realidade social e cultural reconhecida pela organização.

Em relação ao setor público, Machado (2014) informa que a legitimidade dos gestores públicos está relacionada a execução do *contrato social* fixado entre estes e a sociedade. Para o autor, a fomentação da transparência pública, por intermédio das evidenciações contábeis, seria uma maneira de evidenciar e o cumprimento deste contrato para a sociedade (MACHADO, 2014).

Para os estudos sobre controle de gestão e contabilidade gerencial, os conceitos que mais se sustentam na NSI é o isomorfismo e a legitimidade (FREZATTI ET AL. 2009; SANTOS, 2017; SOEIRO E WANDERLEY, 2019). Portanto, para esta tese, esta linha parece

ser a mais adequada para o tema deste estudo, pois foi investigado se o valor criado com a estratégia do processo de acreditação internacional foi legitimado perante a sociedade. Para isso, a pesquisa necessitou buscar e compreender quais foram os valores criados pela estratégia de acreditação internacional e quais valores foram percebidos, reconhecidos e legitimados perante a sociedade interna e externa.

2.2.4 Mudança institucional

O processo de adaptação às estruturas do ambiente é reconhecido como institucionalização, que ocorre a partir de uma mudança na organização e esta mudança ocorre sempre de forma incremental, ou seja, a mudança institucional acontece de maneira lenta, contínua e gradativa (NORTH, 1990). Para North (1990), o processo de mudança institucional também implica em alterações nas regras formais e informais.

As mudanças institucionais são determinadas pelas oportunidades percebidas nas organizações, ou seja, pode acontecer pelas mudanças externas ou pelo conhecimento e habilidade dos líderes das organizações. Além disso, a mudança institucional pode se originar da influência de agentes políticos ou econômicos, com capacidade e poder de decisão (NORTH, 1990).

A mudança institucional é uma alteração da matriz já institucionalizada e exigida pela interação humana, em um extensivo contexto, com a intenção de fabricar resultados benéficos e inovadores para a sociedade (PIAIA, 2013). A procura por inovação em uma organização pode ocorrer devido a vários motivos, como por exemplo, as mudanças tecnológicas, mudança na legislação (regras formais), imposição do mercado, investimento no conhecimento, custos de transação e a negociação entre agentes políticos ou econômicos (NORTH, 1990).

Na visão de DiMaggio e Powell (1991), as mudanças institucionais ocorrem devido as organizações sofrerem diversos tipos de pressões e essas pressões são decorrentes de três fatores: o isomorfismo coercitivo, o isomorfismo mimético e isomorfismo normativo.

De acordo com DiMaggio e Powell (2005), o isomorfismo coercitivo é oriundo das influências políticas, da necessidade de legitimação, de pressões formais e informais sobre as organizações, pelas exigências das demais organizações das quais dependem e pelas perspectivas culturais da sociedade. O governo, agências de regulação e as organizações concorrentes são exemplos de fontes de forças e pressões que tendem a influenciar os comportamentos das organizações em adotar técnicas, estruturas e comportamentos semelhantes. O isomorfismo coercivo geralmente surge na organização quando existem fatores

legais envolvidos ou quando uma organização depende de outras (DUARTE E TAVARES, 2012; BILHIM, 2013; CORREIA, CARRAPATO, BILHIM, 2016).

No que se refere ao isomorfismo mimético, este resulta de respostas padronizadas às incertezas da organização (DIMAGGIO E POWELL, 2005). A incerteza geralmente impulsiona a imitação de outras organizações similares, que podem ocorrer principalmente devido a falta de compreensão de novas tecnologias organizacionais ou quando as metas das organizações são problemáticas (DIMAGGIO E POWELL, 2005).

Por fim, o isomorfismo normativo geralmente provém da profissionalização, por exemplo, esta pressão pode origina-se de uma luta coletiva dos integrantes de uma profissão, que se juntam para estabelecer as condições e os métodos de seu trabalho (LARSON e LARSON, 1979, apud DIMAGGIO e POWELL, 2005). O isomorfismo normativo é estabelecido por técnicas consideradas como as mais modernas e pelos padrões profissionais. Para conseguir dar resposta às exigências e expetativas das partes envolvidas, a regulamentação da formação e a facilidade de delegação de conhecimentos impõe as organizações a enfrentar aos problemas de maneira semelhante (DUARTE E TAVARES, 2012; BILHIM, 2013; CORREIA, CARRAPATO, BILHIM, 2016).

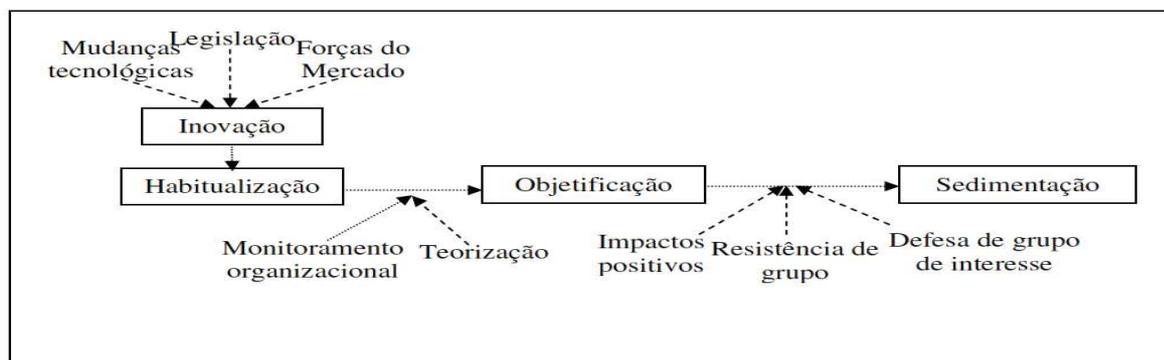
A partir do contexto sobre mudança institucional explanado acima, foi elaborada a primeira proposição da pesquisa:

P₁: As mudanças institucionais da estratégia de acreditação hospitalar internacional são influenciadas pelas pressões isomórficas coercitiva, mimética e normativa.

2.2.5 O processo de institucionalização

De acordo com Tolbert e Zucker (1999) o processo de institucionalização está dividido em fluxos institucionais. Estes fluxos podem ocorrer de forma sequencial ou simultânea conforme demonstrado da Figura 3:

Figura 3 - Componentes do processo de institucionalização



Fonte: Tolbert e Zucker (1999) apud Guerreiro et al. (2005).

Observa-se na Figura 3 que para Tolbert e Zucker (1999) as etapas dos processos de institucionalização ocorrem em 3 fases: habitualização, objetificação e sedimentação. A habitualização (estágio de pré-institucionalização), está relacionado a geração de arranjos estruturais como solução aos problemas organizacionais específicos, nesta fase pode ocorrer de diferentes organizações adotarem o mesmo processo, de forma simultânea, ou seja, a imitação entre as instituições das mesmas áreas e com características semelhantes podem ocorrer, se for tecnicamente e economicamente viável (TOLBERT; ZUCKER, 1999). Na Objetificação ocorre o desenvolvimento de um consenso social entre os tomadores de decisões para a adoção da nova estrutura organizacional. Nesta fase são monitorados os resultados e observados os riscos com adoção da inovação, assim como é verificado se ocorre o equilíbrio relacionado aos custos e os benefícios adquiridos.

Na última fase, na sedimentação, ocorre quando o processo de institucionalização está totalmente finalizado e os envolvidos darão continuidade a inovação. Nesta fase é disseminada completamente a nova estrutura organizacional. Nesta fase ainda pode ocorrer as resistências operacionais em relação as mudanças das novas estruturas organizacionais. Além disso, podem surgir alguns interesses interorganizacionais que podem causar conflitos entre as organizações (TOLBERT; ZUCKER, 1999).

Analisando o processo institucional de Tolbert e Zucker (1999) e relacionando com o processo de implantação da acreditação internacional em hospitais públicos foi elaborada a segunda proposição a seguir:

P₂: O processo de institucionalização da acreditação hospitalar internacional, transcorre por meio de um processo que contempla as etapas de habitualização, objetificação e sedimentação sugeridas por Tolbert e Zucker (1999).

Esta tese acredita que a mensuração e a divulgação do processo de institucionalização de criação de valor, nas instituições públicas acreditadas internacionalmente, são etapas importantes neste processo e podem ser explicadas a partir da teoria institucional e da teoria do valor público. Portanto, o tópico a seguir aborda sobre a segunda linha teórica adotada nesta pesquisa.

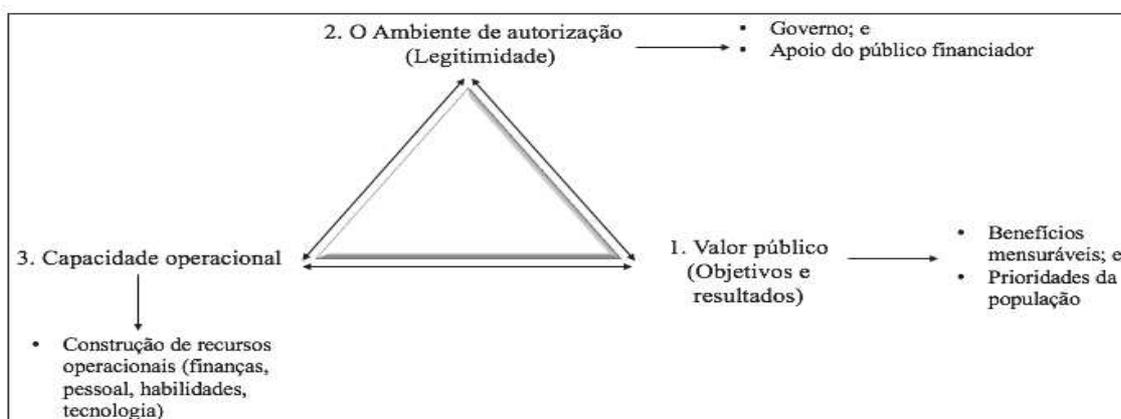
2.3 VALOR PÚBLICO

A teoria do valor público e sua definição foram criadas por Moore (1995) em meados de 1995. Desde então, o conceito de Moore (1995) foi adotado internacionalmente por várias organizações do setor público (ZHANG & WANG, 2010). Para Moore, a criação de valor público correspondia à criação de valor para o acionista na gestão privada, ou seja, a percepção

dos cidadãos sobre o desempenho do governo para sociedade era semelhante à visão dos acionistas sobre o retorno do investimento (WILLIAMS & SHEARER, 2011; SIMONET, 2017a). Além disso, fazer a contabilidade do valor público é uma alternativa que retrata os valores para os cidadãos identificarem o que foi produzido (MOORE, 2014; KEARNEY & MEYNHARDT, 2016). A definição de Moore foca o contexto de que cada funcionário público é livre para buscar e propor novas ideias sobre como aperfeiçoar o trabalho da organização, em forma de eficiência ou serviços (ZHANG & WANG, 2010), e o valor público poderia capacitar alguém a fazer algo ou estimular uma organização a contribuir para a sociedade, oferecendo serviços eficientes e transparentes (SADIQUI, 2018). Nas discussões realizadas por Moore, o foco era sempre sobre o papel do administrador ou gestor público, do tomador de decisões estratégicas, sobre o responsável pelas estruturas institucionais e políticas e também sobre como orientar os gestores para desenvolver inovações e ideias empreendedoras (WILLIAMS & SHEARER, 2011; KEARNEY & MEYNHARDT, 2016; SADIQUI, 2018).

Para ajudar os gestores públicos a criar valor público, Moore elaborou o que ficou conhecido como o “triângulo estratégico” (WILLIAMS & SHEARER, 2011; CORDELLA & WILLCOCKS, 2012; CORCORAN, ROWLING & WISE, 2015; KEARNEY & MEYNHARDT, 2016; FARR & CRESSEY, 2018). O triângulo estratégico é um arcabouço teórico multidimensional que alinha três processos distintos, e é formado por três dimensões (BENINGTON & MOORE, 2011): 1. Objetivos e resultados do valor público; 2. Ambiente de autorização; e 3. Capacidade operacional. Essas dimensões tanto podem limitar quanto ajudar na procura do valor público (WILLIAMS & SHEARER, 2011). A figura 4 ilustra o triângulo estratégico de Moore (1995).

Figura 4 – Triângulo estratégico de Moore



Fonte: Adaptada de Moore (1995), Benington e Moore (2011) e Williams & Shearer (2011).

A primeira dimensão destaca a relevância de buscar objetivos e resultados que produzam benefícios mensuráveis no ambiente público e que abordem as prioridades declaradas pela população, ou seja, os objetivos e resultados essenciais de programas públicos devem ser medidos (WILLIAMS & SHEARER, 2011; CORDELLA & WILLCOCKS, 2012). A segunda dimensão admite que os objetivos e resultados de valor público devem ser legitimados, ou seja, os gestores devem procurar estratégias disponíveis para criar uma plataforma de legitimidade, pois o impacto e o desempenho dos objetivos e resultados devem ser divulgados. Além disso, cabe ressaltar que os objetivos e resultados só podem ser buscados com autorização prévia do governo e o apoio contínuo dos principais interessados externos, incluindo o governo, grupos de interesse e doadores (WILLIAMS & SHEARER, 2011; BENINGTON & MOORE 2011; CORDELLA & WILLCOCKS, 2012). E a terceira dimensão, refere-se aos recursos (incluindo finanças, pessoal, habilidades e tecnologia), empregados para perseguir o valor público, ou seja, o reconhecimento de que os objetivos e resultados do valor público devem ser alcançados com o apoio da capacidade operacional. Sendo assim, o dirigente da instituição deverá se organizar para atingir os objetivos declarados, pois todos os recursos serão disponibilizados para esse fim (BENINGTON & MOORE 2011; WILLIAMS & SHEARER, 2011). As dimensões da teoria do valor público de Moore foram adaptadas por Kelly, Mulgan & Muers (2002), os quais colocaram que o valor público pode ser resumido em três níveis: serviços (qualidade e eficiência), resultados e confiança ou legitimidade (entre cidadãos e governo) (WILLIAMS & SHEARER, 2011; SADIQI, 2018).

Além de Moore, por volta de 2007, Bozeman também ganhou destaque na literatura sobre valor público, porém, com uma visão diferente de Moore sobre a definição do tema (WILLIAMS & SHEARER, 2011; JØRGENSEN & VRANGBÆK, 2011; CONNOLLY 2016; KEARNEY & MEYNHARDT, 2016; SIMONET, 2017A; FARR & CRESSEY 2018). Para Bozeman (2007), valor público é aquele que inclui os direitos, benefícios e prerrogativas que os cidadãos devem ou não ter, são as obrigações dos cidadãos para com a sociedade e os princípios sobre os quais os governos e as políticas devem se basear (BEZEMAN, 2007; KEARNEY & MEYNHARDT 2016; FARR & CRESSEY, 2018). Na definição de Bozeman (2007) o valor público constitui o objetivo que deve ser seguido no setor público, que se manifesta através de códigos, ética, normas ou princípios (JØRGENSEN & VRANGBÆK, 2011). De acordo com Bozeman, pesquisas sobre valor público não devem ser sobre criar valor público, como proposto por Moore (1995), mas sobre a análise teórica e empírica de manifestações normativas no setor público (JØRGENSEN & VRANGBÆK, 2011).

Alford e Hughes (2008), Meynhardt (2009) e Alford & O'Flynn (2009) apresentam novas propostas e perspectivas sobre o valor público. Meynhardt (2009) propõe um vínculo entre a perspectiva de processo de Moore com a perspectiva institucional de Bozeman. Para Meynhardt (2009), o desempenho no setor público seria uma espécie de contribuição para o valor público, seria o impacto percebido e qualificado pelo próprio público. Para o autor, o valor público deve ser baseado na percepção das pessoas e no “fazer sentido, ou seja, a percepção das pessoas seria a realidade, seria realmente o valor que indivíduo conseguiu perceber. Além disso, para Meynhardt (2009) o valor público é encontrado nas relações entre o indivíduo e a sociedade, ou seja, o indivíduo subjetivamente com sua experiência e prática emocionais e motivacionais percebe as necessidades básicas da sociedade e utiliza como parâmetro para avaliar o valor público.

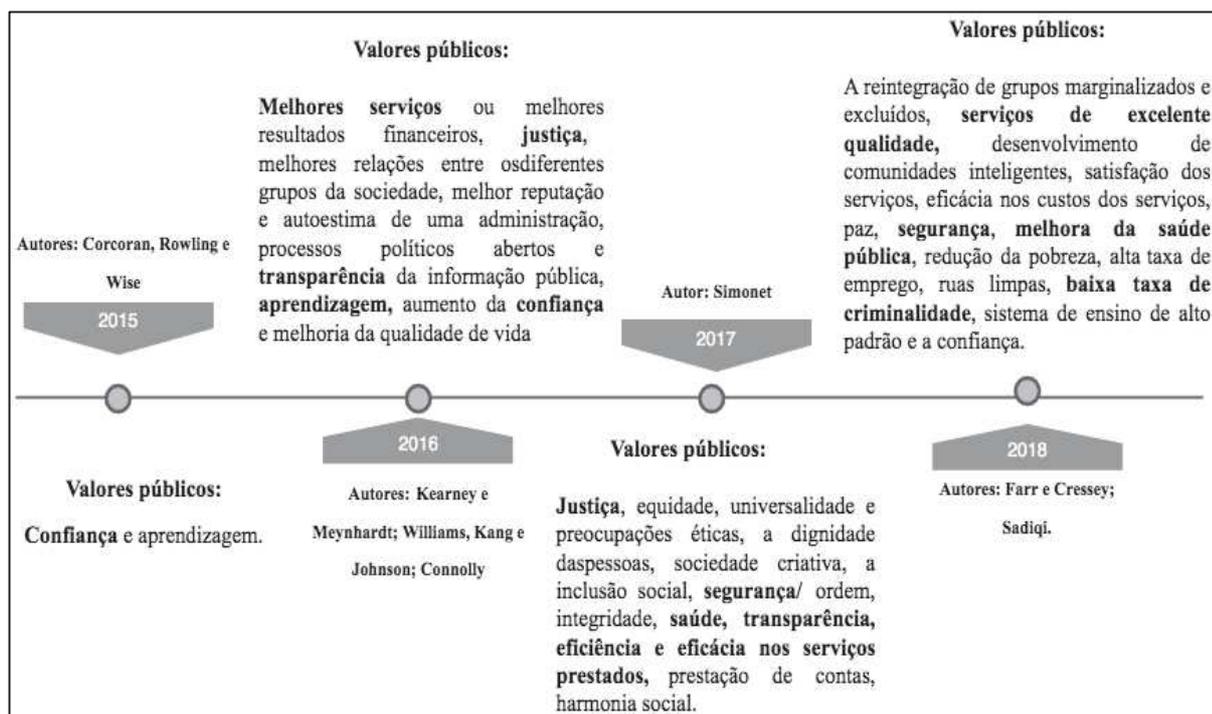
Já os autores Alford & Hughes (2008) e Alford & O'Flynn (2009) acreditam que o valor público representa uma nova fase para a administração pública. Os autores sugerem que as três dimensões do triângulo estratégico de Moore deveriam ser implantadas em conjunto com pesquisas empíricas para evidenciar o que realmente está sendo realizado, com a teoria normativa para fornecer orientação práticas sobre o que deve ser aplicado, e com uma estrutura para avaliar o desempenho gerencial (CORCORAN, ROWLING & WISE, 2015). Os autores também argumentam sobre o pragmatismo do valor público e distinguem uma ideia de aplicação do pragmatismo em três níveis (programas, organizações e setores públicos inteiros). Posteriormente, os autores também abordam o “fazer sentido” como valor para a sociedade e entram com o debate sobre a coprodução ou cocriação do valor público, pois a coprodução do valor público (com os cidadãos e usuários) aumentaria o comprometimento com questões morais e sociais (ALFORD & HUGHES 2008; ALFORD & O'FLYNN, 2009).

A literatura (principalmente MOORE, 1995; ALFORD & O'FLYNN, 2009; CONNOLLY, 2016) sugere que o valor público e os processos de criação de valor estão diretamente ligados às questões de coprodução e participação dos cidadãos, autonomia gerencial e *accountability*, ênfase nos resultados, pragmatismo e pureza ideológica metodológica, cultura organizacional avaliativa e responsiva, devolução da autoridade, trabalho em parceria, aprendizado organizacional, inovação contínua, gerenciamento de rede e colaboração (CONNOLLY, 2016). Outros aspectos também são abordados sobre a definição de valor público, discussões sobre o valor público ser ainda um conceito confuso (RHODES E WANNA, 2007), um refinamento de paradigma do *New Public Management (NPM)*, explanando suas semelhanças, relações e diferenças (SIMONET, 2017a), uma análise de contribuição do processo que pode ser usado para contemplar as complexidades da governança

da rede (HAYNES, 2015; CONNOLLY, 2016) e a relação entre a satisfação da necessidade e os recursos usados para alcançar essa satisfação (SCHLICHTER, SVEJVIG, & ANDERSEN, 2014).

A Figura 5 ilustra alguns exemplos de valor público de forma geral, mapeados na literatura internacional durante a revisão sistemática.

Figura 5 – Mapeamento de valor público



Fonte: Elaborada pela autora (2019).

Na Figura 5 percebe-se que os elementos de valor público mais abordados entre os autores foram: confiança, serviços de qualidade (incluindo termos como eficiência, excelência e eficácia na prestação de serviço), aprendizagem, transparência, justiça e segurança. Percebe-se também a escassez de autores que apontam os exemplos de valor público de forma geral na prática. Talvez o motivo da ausência dessa informação seja que esses diferentes valores sociais e públicos demonstram a necessidade da criação de modelos ou estruturas mais favoráveis de contabilidade pública, social e de valor (GRIECO, 2015; FARR & CRESSEY, 2018). Para estes autores existe, ainda, uma série de questões problemáticas para a mensuração do valor público, tais como: a) os valores e impactos públicos e sociais são altamente diversificados e dependentes do seu propósito; b) o valor público inclui aspecto intangível e resultado que não possui equivalente de mensuração ou proxies; c) o valor público é executado em diferentes níveis, como por exemplo, nível internacional ou nível nacional, para um grupo pequeno ou individual; e d) o quê ou quem cria o valor público pode ser politicamente contestado.

Como muitos assuntos foram abordados na literatura sobre o valor público, a revisão sistemática desta pesquisa permitiu resumir os três temas que mais se destacaram - governança pública, legitimidade e benefícios do valor público - e que estão apresentados a seguir.

2.3.1 Governança pública, legitimidade e benefícios do valor público

A teoria do valor público e do novo serviço público é baseada em ideias sobre a cidadania democrática, comunidade e sociedade civil, e fundamenta-se na governança exercida por cidadãos, comunidades de interesses ou populações (MURPHY, 2013). O valor público sempre vai necessitar de ajustes institucionais e as vezes poderá ficar limitado devido aos problemas sociais (SADIQI, 2018). Na busca do valor público, é fundamental que os gestores públicos reconheçam que os resultados sociais serão influenciados por forças econômicas, sociais e políticas (CORCORAN, ROWLING & WISE, 2015). Portanto, é preciso criar valor público e inovar a governança pública incessantemente, pois estes dois alinhados desempenham um papel fundamental para ajudar nas amplas necessidades sociais, na pressão econômica e nas condições deficientes da prestação de serviços públicos (SADIQI, 2018).

As estruturas de governança pública tornaram-se o produto de competição e de compromisso contínuo entre as instituições (Murphy, 2013). Autores com Haynes (2015), Corcoran, Rowling & Wise (2015) e Connolly (2016) apoiam a estrutura da governança em rede para a busca e evidenciação do valor público na administração pública. Mas, além da governança em rede, existem outros tipos específicos de estruturas organizacionais de governança pública, como a governança por hierarquia, por clã e por mercado (JØRGENSEN & VRANGBÆK, 2011). Porém, estes autores recomendam cautela na escolha da governança pública pela organização, pois, dependendo do tipo, pode ser que fomente algum valor público considerado importante e suprima outros. Os tipos de estrutura de governança estão resumidos no Quadro 5.

Quadro 5 – Tipos de estruturas de governança pública

Tipos de governança	Papel das OGN públicas	Papel dos cidadãos	Contexto organizacional	Forma de controles	Valores centrais
Hierarquia	Implementação de decisões políticas	Eleitor e sujeito	Órgãos políticos, departamentos centrais, gabinete de auditoria geral e o provedor de justiça	“Controle”, hierarquia, regras	Lealdade política, neutralidade,
Clã	Salvaguardar propósitos, princípios, padrões e valores específicos	Legalmente protegido, guiado e socializado individual	Associações profissionais, universidades, centros de conhecimento e grupos de interesse não econômico	Controle de grupo de pares, socialização, rivalidade institucional	Legalidade, padrões profissionais independentes, defesa de direitos

Rede	Mediador em estruturas e redes corporativas	Membro de organizações de interesse, conselhos e redes	Organizações de interesse industrial e do mercado de trabalho, conselhos, redes, grupos de utilizadores	Negociações, poderes de compensação	Consenso, compromisso, equilíbrio de interesses, estabilidade política
Mercado	Agir como empresa de negócios	Consumidor	Concorrentes	Concorrência	Eficiência na orientação do usuário

Fonte: Adaptado de Jørgensen e Vrangbæk (2011).

A Quadro 5 demonstra os tipos de estruturas de governança, resumindo o papel geral do estado e dos cidadãos, explanando os diferentes contextos organizacionais, as formas de controle e os valores particulares de cada tipo de governança.

Bryson, Crosby & Bloomberg (2014) e Sadiqi (2018) colocam que os objetivos da governança pública, a partir da perspectiva do valor público, são resumidos em: a) prestar serviços de alta qualidade ao cidadão, adaptando os serviços aos cidadãos para criar valor; b) fornecimento de compreensão completa e uma concepção dos cidadãos como clientes através da integração de um sistema entre os departamentos; c) compartilhar informações disponíveis nos governos centrais com os governos locais e outros parceiros, a fim de desenvolver cidades e comunidades inteligentes; e d) transformar o conhecimento e a experiência do serviço público, tornando os serviços mais acessíveis, responsivos, econômicos e mais convenientes para a comunidade em geral.

Para Williams & Shearer (2011) um dos assuntos fundamentais da teoria do valor público são as regras de comprometimento e legitimidade relativa de agentes públicos (representantes e executivos democraticamente eleitos e gerentes locais). Os autores levantaram questões como: Quem realmente deve criar valor público? Quem deve ser responsável pela criação de valor público? Quem tem autoridade legítima para se comprometer em buscar o valor para as sociedades? A resolução dessas questões e a compreensão dos processos que produzem e sustentam o valor público necessitará ainda de bastante investigação empírica e, principalmente, muitos debates (WILLIAMS & SHEARER 2011; BRYSON, CROSBY & BLOOMBERG, 2014; CONNOLLY, 2016).

A ideia de Moore da busca dos gestores públicos pela legitimidade do valor público através de autorização prévia do governo e do apoio contínuo dos principais interessados externos, incluindo o governo, grupos de interesse e doadores (BENINGTON E MOORE, 2011) que foi explanada no triângulo estratégico e foi bem aceita tanto por acadêmicos quanto por profissionais do setor público (SADIQI, 2018). Moore (1995) trouxe desafios relevantes para o setor público, aplicou a noção de atenção ascendente, ou seja, a busca constante por

legitimidade e autoridade do ambiente político (KEARNEY & MEYNHARDT, 2016). A estrutura de legitimidade sugerida de Moore no triângulo estratégico foi bastante criticada por Rhodes e Wanna (2007). Porém, essas críticas foram refutadas por Alford (2008) que apontou ausência de robustez na abordagem de Rhodes & Wanna em relação ao ambiente de autorização do triângulo estratégico de Moore.

A definição de valor público de Moore emergiu como um meio de reconstruir a legitimidade das instituições públicas, validando seu valor e reconhecendo que as instituições públicas necessitam ganhar, persuadir, consentir, explicar e compartilhar responsabilidades (BEEBEEJAUN, ET AL., 2015). O equilíbrio e a distribuição da responsabilidade pela criação de valor também são assuntos bastante discutidos por Alford & Hughes (2008), Alford & O'Flynn (2009) e Gains & Stoker (2009). Williams & Shearer (2011), por sua vez, colocaram que o valor público para a governança pública está relacionado com a história e a cultura do governo local.

Além de garantir capacidade operacional, os gerentes públicos necessitam atentar à obtenção de legitimidade e apoio às políticas públicas. É importante que os gerentes dediquem tempo e concentração à compreensão do ambiente político em que estão operando, visto que isso terá um grande impacto na conquista de valor público. Os gerentes que buscam valor público devem se preocupar em obter a estrutura, o pessoal, as finanças, sistemas e o gerenciamento de informações corretas em suas organizações, pois esses são os elementos fundamentais para garantir sua capacidade operacional (GAINS E STOKER, 2009).

Os gerentes públicos precisam mensurar o valor que suas organizações produzem, pois, todos os dias, as operações de suas organizações consomem recursos públicos, logo, dia a dia essas operações produzem resultados para a sociedade. Se os gerentes públicos não souberem explicar e demonstrar o valor das operações produzidas, a legitimidade de sua organização será prejudicada e, dessa forma, prejudicará também sua capacidade de liderar (MOORE, 1995; ALFORD E O'FLYNN 2009).

Para Moore (1995) não é suficiente que órgãos públicos simplesmente produzam resultados, uma parte principal de seu papel também é demonstrar como esses resultados contribuem para obtenção de benefícios significativos para a sociedade (SAM 2011). Tais demonstrações devem ser direcionadas as partes interessadas internas e externas, ou seja, dirigidas para os “autorizadores” para garantir que políticas ou programas prepostos sejam executados com autoridade e com apoio fundamentado (MOORE, 1995; SAM 2011).

Os gerentes públicos têm a função de aumentar a legitimidade da organização e seus resultados. Portanto, existe a necessidade de *accountability* mais abrangente para as atividades

dos gestores públicos. A *accountability* pode ser gerenciada e demonstrada através de objetivos, metas de desempenho e gestão financeira, por intermédio de informações mais robustas, responsabilidade e transparência (GAINS E STOKER, 2009).

Para Jacobs (2014), Moore difundiu a política pública como uma ferramenta para agregar benefícios para a sociedade, ou seja, um instrumento para criar e distribuir, de forma abrangente, oportunidades econômicas, civis e sociais para servir às comunidades e aos cidadãos. Na percepção de Kearney & Meynhardt (2016) o valor público vai além de resultados monetários, incluindo todos os benefícios que são reconhecidos pelos cidadãos.

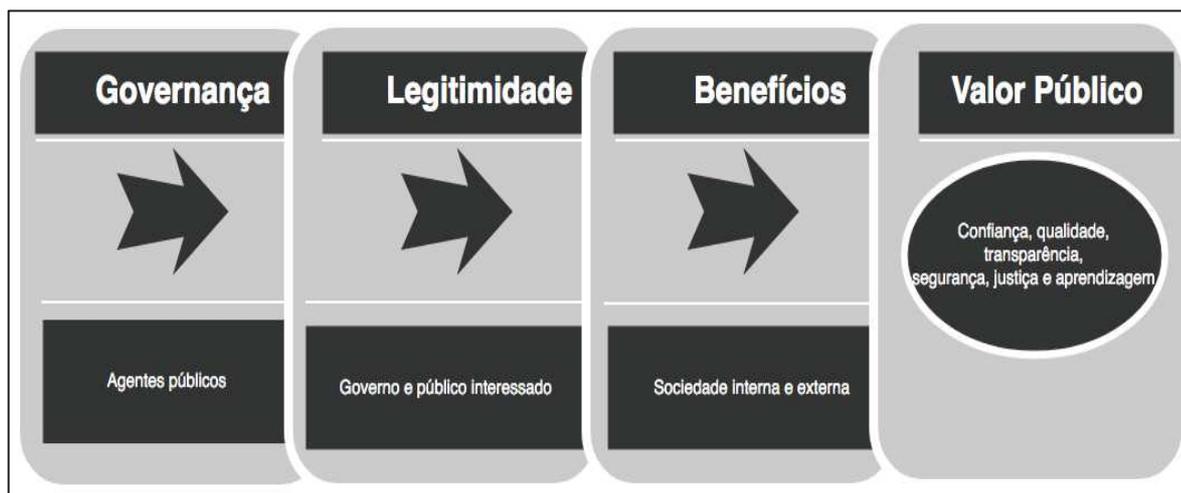
De acordo com Schlichter, Svejvig & Andersen (2014), a terminologia e as noções para definir valor público variam muito, principalmente quando valor, resultado e benefício estão ligados ao gerenciamento de valor público e à gestão de benefícios. Segundo os autores, diversas percepções são discutidas sobre valor público, alguns temas se concentram em medidas financeiras e de produtividade, enquanto outras focam em medidas não financeiras e em intangíveis, como capacidades organizacionais ou impacto estratégico.

O valor público é um valor relativo, ou seja, dependendo dos benefícios ou das desvantagens, o valor pode variar entre ser positivo ou negativo para as diferentes partes interessadas (SCHLICHTER, SVEJVIG & ANDERSEN, 2014). O valor público é uma tentativa de mensuração dos benefícios totais oriundos da ação do governo (KELLY, MULGAN & MUERS, 2002).

Para Moore (1995) os gestores públicos são os responsáveis por buscar o valor público nas organizações e legitimá-los perante o governo e a sociedade, mas para que isso ocorra é necessário em primeiro lugar, direcionar dentro da organização um novo processo de governança (RHODES, 1997).

Para finalizar, pode-se presumir que a governança, a legitimidade e os benefícios coletivos estão relacionados com o valor público, o produto final do processo. Dessa forma, na Figura 6 apresenta-se um esquema que resume as opiniões dos autores analisados.

Figura 6 – Processo de organização para a busca do valor público



Fonte: Elaborada pela autora (2019).

Percebe-se nos discursos da maioria dos autores como por exemplo, Murphy (2013), Connolly (2016) e Sadiqi (2018) que para o processo de criação de valor público, as instituições necessitam organizar uma estrutura de governança composta por agentes públicos. Para a legitimidade do valor público com o governo e com as partes interessadas, os agentes públicos devem mensurar e divulgar os benefícios coletivos (valor público) tanto para o público interno quanto ao público externo, ou seja, mensurar e divulgar as ações públicas, oriundas dos recursos públicos, transformando-as em valor público para os cidadãos.

Na sequência, como o setor de saúde é um dos mais significativos para os estudos empíricos, pois tem grande impacto nos orçamentos dos governos e nas avaliações de políticas públicas, será abordado o tema “valor público na saúde”.

2.3.2 Valor público na saúde

A literatura (SCHLICHTER, SVEJVIG & ANDERSEN 2014; KUMARASIRI, 2015; SIMONET 2017a) sobre valor público na saúde coloca que o valor público neste âmbito está relacionado às reformas oriundas da *New Public Management (NPM)*. Como consequência dessas reformas há uma ênfase crescente na prestação de contas nas organizações de saúde pública, por causa do valor público.

Informações de interesse do público, como os projetos implementados para melhorar a saúde pública, o número de operações bem-sucedidas realizadas e as instalações e serviços fornecidos pelos hospitais devem ser relatados nos relatórios de prestações de contas dos hospitais (KUMARASIRI, 2015). A contabilidade das organizações do setor de saúde precisa adotar um sistema mais abrangente de responsabilidade devido às mudanças oriundas da *NPM*, tal como uma sistemática que não sirva somente para relatar valores financeiros ou econômicos

nos relatórios anuais. As instituições de saúde, por exemplo, devem utilizar a contabilidade como um mecanismo efetivo na sua prestação de contas sociais (KUMARASIRI 2015; SIMONET, 2017a), pois o valor público na área da saúde tem uma finalidade bem mais ampla do que a simples explanação de valores financeiros (SCHLICHTER, SVEJVIG & ANDERSEN, 2014).

A área de saúde tem sido o centro das discussões normativas de valor público (WILLIAMS ET AL. 2007; WILLIAMS & SHEARER, 2011). O valor público sugere institucionalismo centrado no ator e na autonomia das instituições do sistema de saúde, porém, não se sabe se isso é satisfatório para combater o problema da fraude nos serviços de saúde e melhorar a transparência e a prestação de contas para o público (SIMONET, 2017a). Esse autor argumenta que na área da saúde o valor público não é a soma das preferências individuais, mas a combinação de metas politicamente mediadas e definidas coletivamente por uma variedade de partes interessadas, incluindo pagadores, profissionais da área médica e sindicatos.

Os gestores públicos da área de saúde devem se concentrar nos resultados dos serviços de saúde e encontrar argumentos para satisfazer a variedade de partes interessadas, como por exemplo, o governo, por causa da preocupação com o déficit orçamentário e com o público, devido a preocupação com o acesso à assistência (SIMONET, 2017a; SIMONET, 2017b).

Em relação aos estudos teóricos mais recentes sobre valor público na área de saúde, pode-se citar o estudo de Hausman (2015) e os debates que se seguiram (NORD, 2016; KINGMA, 2017; WILSON, 2017a E 2017b). O livro intitulado “Valorizando a Saúde” (HAUSMAN, 2015) teve como foco principal medições do valor público na saúde. Porém, esta obra foi bastante criticada por autores como Wilson (2017 a e 2017b), Kingma (2017) e Nord (2016), que não concordaram com a forma de sua abordagem sobre o valor público na saúde. O principal objetivo de Hausman (2015) era determinar como a saúde deveria ser valorizada para fins de política pública. O autor argumenta que os formuladores de políticas devem medir o valor público da saúde, sem esperar que os economistas de saúde possam estimar o efeito das políticas de saúde (WILSON, 2017b). Além disso, para Hausman (2015) as medições de saúde podem medir apenas o valor da saúde e não a saúde propriamente dita, e saúde e doença são conceitos naturalistas e não avaliativos (WILSON, 2017a; KINGMA, 2017).

Hausman (2015) elaborou uma conta positiva do valor público da saúde que se assemelhasse ao cálculo dos indicadores da saúde QALYs (*quality-adjusted life years*) que é mensurado a partir do cálculo acumulado dos anos com qualidade de vida não-vividos por motivo de doença, incapacidade ou morte e o DALYs (*Disability-Adjusted Life Year*) que é definido como uma medida do tempo vivido com incapacidade e do tempo perdido devido à

mortalidade prematura (NORD 2016; KINGMA, 2017). Hausman (2015) criou uma tabela de valor público da saúde, que tenta mensurar e quantificar numericamente o valor social de diferentes tipos e níveis de melhoria da saúde (NORD, 2016).

No que se refere a pesquisas empíricas na área da saúde sobre o valor público, pode-se citar estudos como os de Slade (2011), Singh et al. (2012), Schlichter, Svejvig & Andersen (2014), Connolly (2016) e Farr e Cressey (2018). A Quadro 6 resume esses estudos.

Quadro 6 - Estudos empíricos sobre valor público na área da saúde

Autor/Ano	Objetivo	Metodologia	Principais achados
Slade (2011)	Identificar as evidências adicionais de possíveis falha de valor público, usando o modelo de Mapeamento de Valor Público (MVP).	O método utilizado para este estudo foi o estudo de caso e levantamento documental com análise de conteúdo.	Os autores encontraram que mapeamento de valor público é promissor, mas ainda precisa de mais testes e desenvolvimento metodológico.
Singh et al. (2012)	Investigar se o público valoriza mais as melhorias na área da saúde relacionadas à segurança do que as mesmas melhorias em contextos onde o sistema de saúde não é responsável.	Survey realizado <i>on-line</i> com o uso da análise multivariada.	Os resultados sugerem que as pessoas não atribuem um prêmio fixo simples às intervenções relacionadas ao valor público "segurança", mas que as preferências dependem mais do contexto.
Schlichter, Svejvig & Andersen (2014)	Identificar a criação de valor de saúde pública após a implementação de um sistema de Tecnologia da Informação (TI).	Pesquisa ação aplicada no período de 2010 a 2014, com observação participante e análise de conteúdo.	O resultado da pesquisa foi a criação de uma estrutura para medir valor, que consiste em indicadores de qualidades e categoria de valores.
Connolly (2016)	Identificar como os gestores podem criar valor público a partir de uma perspectiva metodológica.	Estudo de caso com uso de entrevistas, <i>workshops</i> e análise de contribuição.	O resultado evidenciou uma estrutura de apoio aos gestores públicos para criar valor público.
Farr & Cressey (2018)	Ilustrar como os serviços de consultoria de aconselhamento criam diversos elementos de valor público na reforma do bem-estar social.	Estudo de caso longitudinal com o uso de entrevistas e a aplicação da ferramenta de retorno sobre o investimento social (SROI).	Os autores desenvolveram uma estrutura de impacto social usando a literatura de valor público, realismo e complexidade.

Fonte: Elaborada pela autora (2019).

As pesquisas empíricas sobre saúde trouxeram, além de definições de valor público na área, novas categorias, dimensões, indicadores e ferramentas que facilitam, identificam e até mesmo ajudam a mensurar este valor público, os quais estão ilustrados na Quadro 7.

Quadro 7 – Valor público da área da saúde

Categoria de valor público	Dimensões/valor público	Indicador/observações	Autores
Valor estratégico	Qualidade Profissional	Tratamento de alta qualidade profissional	Schlichter, Svejvig & Andersen (2014)
Valor transacional	Qualidade Organizacional	Tempo de permanência no hospital	Schlichter, Svejvig & Andersen (2014)
Valor informacional	Qualidade Percebida pelo Paciente	Satisfação do paciente	Schlichter, Svejvig & Andersen (2014)

Valor emergente	Qualidade Percebida pelos Funcionários	Resultado de um processo de transformação ou mudança e capacidade de trabalhar em equipes multifuncionais	Schlichter, Svejvig & Andersen (2014)
Valor transformacional	Aprendizagem	Aprendizado ganho pelos colaboradores com implantação de novos projetos	Schlichter, Svejvig & Andersen (2014)
Valores legítimos	Transparência, prestação de contas e equidade	-	Simonet (2017a)
Valores instrumentais	Eficiência ou eficácia	-	Simonet (2017a)
Valores gerais	Qualidade, justiça, facilidade de acesso e acessibilidade	-	Simonet (2017a)
Valores gerais	Qualidade, acessibilidade e satisfação do paciente	-	Simonet (2017b)
-	Eficiência	Redução do custo dos cuidados	Simonet & Alkafaji (2017)
-	Qualidade	Melhora do acesso e a adequação dos serviços de saúde	Simonet & Alkafaji (2017)
-	Relevância e equidade	Reduz as iniquidades em saúde	Simonet & Alkafaji (2017)
-	Oportunidade, compaixão, justiça, solidariedade e respeito	-	Hausman (2015)
-	Segurança, aprendizagem e redução de custos	-	Williams, Kang & Johnson (2016); Wilson (2017)
Valor de uso	Conhecimento/aprendizagem	Os conhecimentos sobre o sistema de benefícios.	Farr & Cressey (2018)
Valor relacional	Conexões relacionais	Atenção dadas às pessoas e o reconhecimento das suas dificuldades, doenças ou deficiências.	Farr & Cressey (2018)
Valor como dignidade	Senso de identidade e o valor pessoal	Quando as pessoas podem ser reafirmadas e reintegradas pelo sistema.	Farr & Cressey (2018)

Fonte: Elaborada pelos autores (2019).

Percebe-se na Quadro 7, que alguns autores exemplificaram os elementos de valor público que foram encontrados na área da saúde em diferentes categorias, como por exemplo, o “valor estratégico”, o “valor transacional”, o “valor informacional”, o “valor emergente” e o “valor transformacional”. Schlichter, Svejvig & Andersen (2014), por sua vez, além de categorizar os elementos de valor público, apontaram cinco dimensões (qualidade profissional, qualidade organizacional, qualidade percebida pelo paciente, qualidade percebida pelos funcionários e aprendizagem) na pesquisa empírica por eles realizada. Além disso, estes autores também destacaram os indicadores para cada categoria e dimensão encontrada, por exemplo, na categoria “valor transacional” a dimensão dessa categoria é a “qualidade organizacional” e para encontrar o valor público o indicador é o “tempo de permanência no hospital”. Essas

categorias, dimensões e indicadores de valor público da área da saúde, possivelmente servirão de apoio para identificar a criação de valor público em pesquisas futuras.

Observa-se também na Quadro 7 que, os valores públicos mais citados entre os autores do âmbito da saúde foram: qualidade (incluindo termos como eficiência e eficácia na prestação de serviço), aprendizagem, justiça e equidade. Nota-se também que a maioria dos valores encontrados no âmbito da saúde são intangíveis, ou seja, difíceis de mensurar (DE GRAAF & PAANAKKER, 2015; SIMONET, 2017a). A partir dos achados explanados no Quadro 7 e relacionando os mesmos com o tema desta pesquisa foi elaborada a terceira proposição a seguir. *P₃: Os valores criados pelo processo de acreditação nos hospitais públicos derivam do aumento da qualidade, do aumento da segurança e da redução de custos.*

Ademais, para encontrar o valor público, os interessados no tema necessitam buscar as ferramentas de identificação e mensuração de valor público. Essas ferramentas serão abordadas no tópico a seguir.

2.3.3 Ferramentas de identificação, mensuração e divulgação do valor público na saúde

Existe valor público que é nitidamente prático, mensurável e quantificável em termos monetários, mas outros valores possuem resultados de longo prazo e são bem mais difíceis de mensurar e quantificar, como por exemplo, a dignidade das pessoas e a inclusão social, de caráter não tangível (DE GRAAF & PAANAKKER, 2015; SIMONET, 2017a). A colocação desses autores motivou a sistematização a seguir apresentada.

Bozeman, em 2007, criou uma estrutura de “mapeamento de valor público”. Em 2011, Slade adaptou uma estrutura equivalente ao mapeamento de Bozeman (2007), desenvolvida para identificar e avaliar a obtenção de valor público e aplicou para identificar as partes interessadas na nanomedicina emergente para o câncer e para fornecer evidências adicionais de possíveis falha de valor público. A unidade de análise foi a declarações de valor público, obtida de mais de 100 (cem) documentos públicos produzidos pelas partes interessadas.

Em 2010, Zhang & Wang adaptaram o modelo *Public Value Scorecard* (PVSC), de Moore (2003) para verificar se era possível a aplicabilidade da ferramenta nos serviços hospitalares públicos da China. As autoras concluíram que o PVSC pode ser considerada uma alternativa melhor em comparação ao *Balanced Scorecard*.

Em 2014, Moore elaborou uma abordagem de valor público como ferramenta para mensuração de desempenho para a administração pública, denominada *Public Value Accounting* (PVA). Esta contribui com os gerentes públicos para nomear, observar e contabilizar o valor que produzem para a sociedade, seja em saúde pública, educação pública,

segurança pública, moradia, prevenção ao crime e entre outros âmbitos (KEARNEY & MEYNHARDT 2016). Esta abordagem considerou três implicações centrais para a prática da contabilidade de valor público: análise de custo-benefício, avaliação de programas e pesquisas de satisfação do cliente. A versão de Moore (2014) da *Public Value Accounting* (PVA) é uma estrutura que determina os valores para os cidadãos identificarem o que é produzido e refletido nas instituições públicas (KEARNEY & MEYNHARDT 2016).

Bonacim & Araujo 2014, aplicaram o VECP (gasto do governo de um determinado período, que representa o quanto a sociedade “ganha” ou “perde” por terceirizar a prestação de um serviço para uma entidade isolada) e o VEAS (o valor devolvido para a sociedade por ela “deixar” o capital investido no Estado) para agregar valor num hospital público universitário. A proposta desta metodologia é aplicar o VECP e o VEAS como indicadores de desempenho da criação de valor econômico nas entidades públicas.

Schlichter, Svejvig & Andersen (2014) realizaram uma pesquisa-ação, longitudinal, no período de 2010 a 2014, para identificar a criação de valor de saúde pública após a implementação de um sistema integrado de Tecnologia de Informação (TI) no Serviço de Saúde das Ilhas Faroé (FHS). O resultado da pesquisa foi a criação de uma estrutura para medir valor, que consiste em indicadores de qualidades e categoria de valores específicos da área de saúde e de Sistema de Informação (SI).

Connolly (2016) utilizou a análise de contribuições para identificar como os gestores do Conselho de Saúde Nacional da Escócia poderiam criar valor público. O resultado mostrou uma estrutura de apoio que permitiu que gestores públicos, formuladores de políticas e pesquisadores entendessem até que ponto os resultados de programas ou políticas são o resultado de intervenções políticas, programas ou atividades de nível de serviço.

E, por fim, Farr & Cressey (2018) utilizaram a ferramenta SROI (retorno de investimento social) para evidenciar o valor público de um serviço de aconselhamentos. Essa ferramenta é derivada da análise de custo-benefício (ACB). O ACB é baseado em um modelo de economia do bem-estar neoclássico e uma abordagem de escolha racional, em que os cálculos econômicos são conduzidos para fornecer valores financeiros para aumentos no bem-estar humano (FARR & CRESSEY, 2018). O objetivo do estudo utilizando o SROI foi, analisar e evidenciar o impacto social e econômico do aconselhamento. O banco de dados SROI ilustrou os benefícios e retornos de cada cliente para a consultoria, por meio de um mapa de impacto, com base em dados financeiros reais.

A Figura 7 sintetiza as ferramentas que foram mapeadas e identificadas nas pesquisas empíricas e teóricas desta revisão sistemática para identificar, mapear ou mensurar o valor público.

Figura 7 – Ferramentas de identificação e mensuração do valor público

Ferramentas / Instrumentos de Valor Público						
 1. Mapa de valor público	 2. PVA	 3. PVSC	 4. SROI	 5. VECP E VEAS	 6. Análise de Contribuições	 7. Indicadores de desempenho de saúde
↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
Estrutura para mapear valores públicos (Bozeman, 2007; Slade, 2011).	Public Value Accounting (PVA) é uma estrutura que evidencia os valores para os cidadãos entenderem quais foram os valores produzidos pelas instituições (Moore, 2014).	Public Value Scorecard (PVSC) é uma estrutura para mensurar o tipo e a extensão em que o valor público é criado e sua dimensão (Moore, 2003; Zhang & Wang, 2010).	Retorno de investimento Social (SROI) é uma estrutura para medir o impacto e identificar os valores públicos e valores sociais (Farr & Cressey, 2018).	Valor Econômico Agregado de Curto Prazo (VECP) e Valor Econômico Agregado para a Sociedade (VEAS) é uma Metodologia de mensuração de valores públicos (Bonacim & Araujo (2014);	Estrutura de apoio aos gestores públicos para criar valor público (Connolly, 2016)	Estrutura de medição de valor público específica para a área da saúde (Schlichter, Svejvig & Andersen, 2014).

Fonte: Elaborada pela autora (2019).

Observa-se na Figura 7 que das 7 ferramentas encontradas nesta revisão sistemática, 5 foram aplicadas no âmbito da saúde (mapeamento de valor público, PVSC, VECP/VEAS, indicadores de desempenho de saúde e análise de contribuições). Essas ferramentas que foram mapeadas e identificadas das pesquisas empíricas e teóricas desta revisão sistemática, visam facilitar a busca do valor público em pesquisas futuras.

Com base neste contexto, foi elaborada a seguinte proposição de pesquisa:

P₄: A ausência da mensuração e divulgação dos indicadores de valor público criado com a institucionalização da acreditação internacional gera falta de legitimidade perante a sociedade.

2.3.4 As divulgações do valor público nas entidades públicas hospitalares

De acordo com Catelli e Santos (2004) os cidadãos estão cada vez mais preocupados com a forma de avaliação da gestão pública, pois estes são informados diariamente pelos diversos meios de comunicação, sobre os impactos das políticas, dos orçamentos, dos déficits e superávits dos governos (CATELLI E SANTOS, 2004).

Um dos principais meios de comunicação entre a empresa e os diversos usuários interessados na avaliação do desempenho é o *disclosure* (SANTOS, OHAYON E PIMENTA, 2017). A divulgação das informações econômicas e financeiras disponibilizada na internet para

diversos tipos de usuários, destaca-se como um meio de comunicação com alto potencial de tempestividade e transparência (SANTOS, OHAYON E PIMENTA, 2017).

O *disclosure* pode ser definido como a qualidade das demonstrações de informações a respeito das organizações (SAW, 2003; MACHADO, 2014). Para o Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (IBGC, 2009) o *disclosure*, além de ser considerado como um dos itens das boas práticas de governança, originou-se da necessidade de possibilitar a transparência dos resultados derivados das atividades executadas pelas organizações. As informações das organizações podem ser divulgadas sob duas formas: (a) evidenciação obrigatória; e (b) evidenciação voluntária (MACHADO, 2014).

Evidenciação obrigatória são informações que são divulgadas porque existe o amparo legal (MACHADO, 2014). Para estas informações, dependendo do ramo e do tipo da organização, são estabelecidos pelos dispositivos legais as peculiaridades obrigatórias de divulgação (MACHADO, 2014). No setor público, as informações de evidenciação de caráter obrigatório estão dispostas na Lei no 4.320/64, na Lei de Responsabilidade Fiscal, na Lei no 9.755/98, na Lei no 10.028/00, na Lei Complementar no 131 (Lei da Transparência) e na Lei no 12.527 (Lei de Acesso à Informação) (MACHADO, 2014).

No que tange a evidenciação voluntária, esta refere-se as informações que não são exigidas pelos dispositivos legais, porém estas geralmente dependem da vontade dos gestores e dos líderes públicos em divulgar para a sociedade estas informações (MACHADO, 2014). Para Verrecchia, (1983; 2001) os gerentes geralmente divulgam as informações voluntárias quando os benefícios excedem os custos. A organização quando amplia seu grau de divulgação de forma voluntária, demonstra ter um diferencial a mais do que as demais, pois divulga além do exigido por lei ou pelas diretrizes do mercado (JERMIAS E LINDAWATI, 2014).

Machado Junior, da Silva César e Souza (2017) comentam sobre o aumento da reputação das organizações quando divulgam voluntariamente seus indicadores, pois de acordo com os autores, quando a organização evidencia um maior e melhor grau de *disclosure* voluntário, ganham mais respeito no mercado. Além disso, os autores afirmam que os indicadores geralmente são evidenciados pelas organizações nos seus relatórios de gestão ou de sustentabilidade. O relatório de sustentabilidade é um mecanismo de divulgação do desempenho social, ambiental e econômico das organizações (BENITES E POLO, 2010). De acordo com Machado Junior, da Silva César e Souza (2017) no Brasil, a elaboração do relatório de sustentabilidade ou socioambientais não é obrigatória por lei. Portanto, para os autores, as organizações que divulgam publicamente seus relatórios de sustentabilidade, podem ser qualificadas como praticantes do *disclosure* voluntário.

As instituições hospitalares, por mais que desenvolvam para a sociedade uma relevante função social, que é de proporcionar saúde ao cidadão, eles também estão sujeitos às leis da concorrência do mercado (MACHADO JUNIOR, DA SILVA CÉSAR E SOUZA, 2017). Logo, para a atingir a qualidade do atendimento à sociedade e a mesmo tempo otimizar o valor da organização, os gestores e os acionistas destas entidades adotam um conjunto de boas práticas na sua governança corporativa. Estas instituições para divulgar seu desempenho social, ambiental e econômico de forma transparente, adotam os *disclosures* como parte fundamental das boas práticas da governança corporativa (MACHADO JUNIOR, DA SILVA CÉSAR E SOUZA, 2017).

Em relação ao processo de acreditação internacional, os *disclosures*, ou seja, as informações divulgadas pelos hospitais sobre o processo de acreditação internacional geralmente são evidenciadas por indicadores. Possivelmente estes indicadores podem ser uma espécie de intermediador da transparência da *accountability* sobre os investimentos alocados no hospital para a sociedade, governo e para as partes interessadas. A *accountability* inicia-se com a etapa da informação, quando o agente relata seu comportamento e sua conduta ao principal, na sequência a informação pode ser divulgada pelo principal ou também pelo próprio agente (STEETS, 2010; BRANDSMA; SCHILLEMANS, 2013). Esta etapa da informação está correlacionada com o atributo da transparência (SANTOS, 2018). Uma organização pública transparente disponibiliza acesso às suas informações aos cidadãos, grupos de interesse e outros *stakeholders*, incluindo a academia e a imprensa (KOPPELL, 2005), ou seja, uma entidade pública transparente divulga seus resultados, incluindo os elementos de valor público, para toda a sociedade, tanto a interna, quanto a externa.

A *accountability* nos serviços de saúde tem como finalidade controlar o uso indevido e abuso de recursos públicos e/ou autoridade, promover garantia de que os recursos são aplicados e a autoridade é desempenhada de acordo com procedimentos apropriados e legais, valores sociais e padrões profissionais, além de apoiar e fornecer a melhoria da gestão e da prestação de serviços (BRINKERHOFF, 2003; BRINKERHOFF, 2004).

Greenfield e Braithwaite (2008) realizaram um levantamento, ou seja, uma revisão sistemática em 66 estudos empíricos no Reino Unido. O estudo analisou o impacto e a eficácia da acreditação. Os autores encontraram um número significativo de hospitais que divulgaram a acreditação hospitalar em seus relatórios publicamente e perceberam que a divulgação trouxe incentivos para a melhoria do atendimento e que aumentou a credibilidade dos hospitais com a sua comunidade.

2.3.5 A discussão sobre o valor público

Os temas, as dimensões e outros elementos relacionados a valor público, encontrados na análise da literatura realizada e apresentados nesta seção, foram sintetizados em cinco constatações relevantes, que serão discutidas na sequência.

Constatação 1. Apesar dos múltiplos conceitos encontrados, as pesquisas ainda buscam uma melhor compreensão sobre o valor público, pois para alguns autores o conceito de valor público ainda é não está muito claro. Por isso, com base nesta revisão sistemática, sugere-se o seguinte conceito de caráter geral e mais atual: “o valor público pode ser compreendido como o conjunto de benefícios concedidos aos cidadãos, oriundos do resultado de políticas governamentais e do planejamento estratégico específico das organizações em cada área de interesse”.

Constatação 2. Percebe-se, a partir do mapeamento realizado, a existência de escassez de pesquisas empíricas sobre valor público. A maioria dos artigos desta revisão sistemática, assim como a literatura encontrada após a leitura dos artigos, possui uma abordagem teórica. Grande parte das pesquisas encontradas está buscando estruturas para medir o valor público e outras estão criticando estudos anteriores sobre o tema. Poucas pesquisas buscaram a criação de valor público ou aplicaram as estruturas de medição já existentes na prática.

Constatação 3. Os elementos de valor público abordados com maior frequência foram: confiança, serviços de qualidade, aprendizagem, transparência, justiça e segurança. Percebe-se também que são poucos os autores que estudaram exemplos de valor público na prática. Como na constatação 2, ainda há uma escassez de pesquisas empíricas elencando o valor público nas diversas áreas de interesse. Talvez a ausência dessa informação seja justificada pelas questões problemáticas existentes para a mensuração do valor público, como já apontado por Grieco, (2015) e Farr e Cressey (2018).

Constatação 4. Existe uma relação forte entre o tema valor público e temas como a governança pública, legitimidade e benefícios. Aparentemente, esses temas sempre estão alinhados entre si, ou seja, um depende do outro. Esses temas foram os mais abordados na literatura revisada e a maioria dos autores afirmam que, para conseguir criar valor público, as instituições necessitam ter uma boa estrutura de governança pública, que precisam legitimar com o governo e com o público interessado os objetivos e resultados do valor público. Além disso, a literatura aponta que o valor público é a soma dos benefícios coletivos originados de políticas públicas das organizações que integram uma área ou setor para os cidadãos em geral.

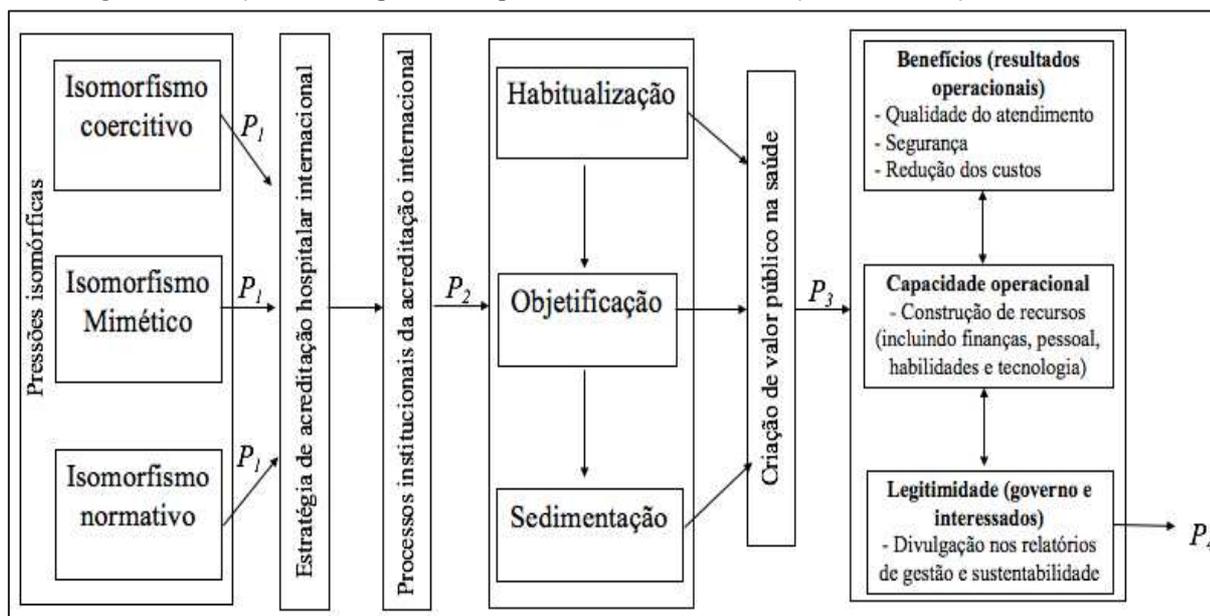
Constatação 5. Para criar o valor público é necessário que o gestor público organize uma estrutura de governança, elabore um planejamento estratégico com os objetivos e resultados

voltados para produzir valor público e, por fim, legitime o processo de criação de valor público perante o governo e a sociedade. Para os demais interessados em identificar o valor público, primeiramente é necessário buscar as ferramentas de mensuração adequadas ao âmbito e reconhecer, se possível, as categorias, dimensões e os indicadores de valor público.

2.4 MODELO CONCEITUAL E PROPOSIÇÕES DA PESQUISA

O *framework* de pesquisa foi definido tendo como base as duas teorias adotadas pela tese, ou seja, na teoria institucional e na teoria do valor público. A Figura 8 foi elaborada para demonstrar como funciona, de acordo com as teorias, a criação do valor público no processo institucionalização da acreditação internacional nos hospitais públicos. As proposições e os constructos estudados também estão resumidos na Figura 8.

Figura 8 – Criação de valor público no processo de institucionalização da acreditação internacional



Fonte: Elaborada pela autora.

A partir das explicações sobre o processo de institucional e sobre o valor público percebe-se que mesmo após a finalização do processo de institucionalização da acreditação internacional, ou seja, após a etapa de sedimentação, nos hospitais públicos ainda é preciso comunicar a sociedade, governo e as partes interessadas sobre a estratégia de acreditação e sobre o valor público criado a partir da implantação da inovação, para que por fim, o processo institucional seja realmente legitimado.

Com base no *framework*, por meio das relações teóricas entre os constructos desta pesquisa, foram sintetizadas as proposições a seguir:

P_1 : As mudanças institucionais da estratégia de acreditação hospitalar internacional são influenciadas pelas pressões isomórficas coercitiva, mimética e normativa.

P₂: O processo de institucionalização da acreditação hospitalar internacional, transcorre por meio de um processo que contempla as etapas de habitualização, objetificação e sedimentação sugeridas por Tolbert e Zucker (1999).

P₃: Os valores criados pelo processo de acreditação nos hospitais públicos derivam do aumento da qualidade, do aumento da segurança e da redução de custos.

P₄: A ausência da mensuração e divulgação dos indicadores de valor público criado com a institucionalização da acreditação internacional gera falta de legitimidade perante a sociedade.

2.5 ESTUDOS RELACIONADOS

Nesta seção são apresentados os resumos dos estudos que estão relacionados com esta pesquisa, ou seja, estudos sobre a acreditação hospitalar ou outra inovação correlacionada com a teoria institucional em hospitais, principalmente em hospitais públicos. Além disso, nesta seção também é apresentada uma análise comparativa entre esta pesquisa e os estudos relacionados.

2.5.1 Resumos dos estudos relacionados

Camargo et al. (2014) elaboraram um estudo de caso único num hospital público do interior paulista com acreditação internacional do Canadá. O objetivo deste estudo era identificar as dificuldades e as melhorias realizadas no setor público de saúde, ao ser adotado um conjunto de exigências de um padrão internacional. Os resultados da pesquisa revelaram que cada vez mais os hospitais públicos se deparam com um público mais exigente. Por conta desta situação, os hospitais procuram recursos que evidencie sua busca por melhores condições para melhor atendê-los. Cabe destacar que, para conquistar o título de certificação internacional, o hospital investigado precisou realizar um conjunto de mudanças estratégicas para adaptar-se às normas e exigências internacionais.

Mamedio (2014) realizou um estudo que buscou verificar se houve influência do processo de isomorfismo institucional, como um fenômeno organizacional, no processo de acreditação hospitalar internacional pela *JCI* em um hospital privado de média e alta complexidade da cidade de Curitiba (PR). A pesquisa qualitativa, utilizou-se de entrevistas e da análise documental para coletar os dados do estudo. Os resultados da pesquisa apresentaram que houve isomorfismo do tipo normativo, considerando a busca pela legitimidade através da profissionalização do hospital, com o objetivo de demonstrar qualidade, segurança e excelência no serviço prestado.

Silva (2014) produziu um estudo de caso múltiplos, com o objetivo de evidenciar quais são os mecanismos de mudança que concorrem para o isomorfismo em duas organizações hospitalares privadas do estado de São Paulo, assim como identificar as respostas estratégicas que são empreendidas pelas organizações frente às pressões institucionais, a partir dos construtos de DiMaggio e Powell (1983) e Oliver (1991). No estudo foram utilizados como técnica de coleta de dados questionários e entrevistas, ou seja, trata-se de uma pesquisa qualitativa e quantitativa. Nos resultados da pesquisa foram equacionados os mecanismos de isomorfismo, que se fizeram presentes em intensidades diferentes em ambas as organizações, principalmente o isomorfismo mimético, pois as organizações imitam as outras e agem por interesse tentando obter estabilidade e legitimidade. Além disso, identificou-se também a divergência entre elas relacionada às estratégias frente a essas práticas. Esta pesquisa apontou que embora não haja total homogeneidade na forma como ambas as organizações investigadas se comportam frente às mudanças, as práticas hospitalares apresentam-se semi-institucionalizadas.

Halasa et al. (2015) avaliaram o impacto econômico da acreditação hospitalar pela *Joint Commission International*, em cinco medidas estruturais e de desempenho hospitalar, na Jordânia. O estudo foi retrospectivo de quatro anos, comparando dois hospitais gerais privados, sendo que um deles é acreditado pela *JCI* e o outro não possui acreditação. Foram utilizadas as diferenças nas análises de covariância ajustadas para testar o impacto e o valor da acreditação nas medidas de desempenho hospitalar. Os resultados encontrados mostraram que das cinco medidas selecionadas, três apresentaram efeitos estatisticamente significativos associadas à acreditação: redução no retorno à unidade de terapia intensiva (UTI) nas 24 horas seguintes à alta da UTI (1,2%); redução na rotatividade de pessoal (8%); e melhoria na integridade dos registros médicos (20%). Por fim, o índice de melhoria da qualidade, composto pelos 5 indicadores, demonstrou uma melhoria significativamente maior no desempenho do hospital acreditado pela *JCI* em comparação com o hospital não acreditado.

Junqueira (2015) realizou um estudo de caso único no Hospital Geral de Caxias do Sul com o objetivo de verificar a percepção dos profissionais da área de saúde na implantação do processo de Acreditação Nível I – ONA, bem como identificar as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde para a manutenção do processo de acreditação e a organização dos processos assistenciais e administrativos do hospital. A metodologia utilizada foi documental, qualitativa e quantitativa. Para analisar os dados qualitativos utilizou a técnica de análise de conteúdo e para analisar os dados quantitativos estatística descritiva, teste *t de student* e análise de variância não paramétrica. Os resultados da pesquisa apontaram que, após o processo de

acreditação, os profissionais investigados perceberam a melhoria da qualidade da assistência no hospital. Além disso, na percepção desses profissionais, os fatores que mais contribuíram para a percepção de melhoria da qualidade da assistência prestada foram: o engajamento, o acesso a recursos materiais, a responsabilidade, o envolvimento, a motivação, a participação no planejamento, a facilidade para se adaptar ao processo e a mudança na cultura da instituição.

Araújo, Figueiredo e Figueiredo (2015) realizaram uma *survey* para identificar o que motiva os gestores hospitalares a buscar a certificação da acreditação hospitalar. O levantamento foi realizado em 101 hospitais que atuam no Brasil. Os autores procuraram investigar entidades que no momento da pesquisa já possuíam ou estavam em processo de acreditação com as seguintes acreditadoras: Organização Nacional de Acreditação (ONA), *Joint Commission International* (JCI) ou Certificação Canadense. A pesquisa empírica encontrou que os motivos dos hospitais do Brasil a buscar a acreditação é um construto multidimensional (a cultura da qualidade; as pressões competitivas; o atendimento ao paciente; a padronização dos processos; a imagem do hospital; e a avaliação objetiva da qualidade). Além disso, a pesquisa encontrou que a segurança do paciente é um dos principais motivadores da implantação da acreditação.

No Irã, Agrizzi, Agyemang e Jaafaripooyan (2016) produziram uma pesquisa com objetivo de entender as percepções dos membros da organização em relação ao sistema de acreditação e avaliar até que ponto eles consideram o sistema como transacional ou relacional. Os autores analisaram as opiniões de médicos clínicos e gerentes que trabalham em oito hospitais, onde seis destes são hospitais públicos, enquanto dois são hospitais privados. As análises dos resultados revelaram que os participantes do hospital cumprem os requisitos da acreditação e, ao mesmo tempo, resistem a alguns dos requisitos do processo. A principal descoberta, considerada pelos autores como “nova descoberta” é que a religião desempenha um papel importante nesse contexto, explicando e garantindo a conformidade com os controles externos. Em contrapartida, a resistência ocorre porque os participantes observam que os padrões de acreditação que são medidos, não refletem suas capacidades organizacionais ou nacionais. Além disso, os autores encontraram que o enquadramento teórico da pesquisa permitiu uma análise da natureza da acreditação como uma forma de regulação. Para os autores, no Irã, os hospitais cumprem os padrões de acreditação por causa da força da lei, das ramificações de financiamento associadas ao regulamento e por causa de valores religiosos compartilhados. Entretanto, os autores explicaram que as resistências veladas nos hospitais investigados ainda existem porque os padrões organizacionais desejados e contidos nos

manuais de acreditação são percebidos como inatingíveis, irrealistas e fora de sincronia com os valores organizacionais.

Alyahya, Hijazi e Harvey (2016) realizaram um estudo de casos múltiplos em sete centros de saúde na Jordânia. O objetivo da pesquisa foi compreender como a acreditação é percebida entre os principais centros públicos de saúde usando uma teoria institucional isomórfica. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, com 56 profissionais de saúde e funcionários administrativos. Os resultados encontrados revelaram que os três componentes da teoria institucional: pressão coercitiva, mimética e normativa, foram impulsionadores da mudança institucional na busca da acreditação nos centros de saúde investigados. A pesquisa também apontou que os participantes perceberam que os centros de saúde enfrentavam pressões formais e informais para obter a acreditação, porém os centros investigados estavam relutantes quanto ao tempo, quantidade de esforço e sua capacidade de obter a certificação. Por fim, os resultados revelaram que os valores normativos dos profissionais de saúde aumentaram o isomorfismo institucional e influenciaram o processo de acreditação.

Camilo et al. (2016) analisaram as percepções da equipe multiprofissional sobre a acreditação em um hospital público. A pesquisa de abordagem qualitativa realizou 28 entrevistas com os trabalhadores da equipe multidisciplinar do hospital público investigado e acreditado pela ONA com excelência. Os resultados da pesquisa apontaram três categorias temáticas: Vantagens proporcionadas pela acreditação; Hospital público acreditado assemelha-se com hospital privado e; Orgulho/satisfação por atuar em hospital público acreditado. Além disso, a pesquisa encontrou que os participantes percebiam a acreditação como sistema favorável à gestão da qualidade no serviço público, porque promove o desenvolvimento de competências profissionais e melhora a gestão de custos, a estrutura da organização, o gerenciamento da assistência e a percepção de orgulho/satisfação no trabalho.

Handayani et al. (2016) objetivando explicar a institucionalização do sistema de informações hospitalares (HIS) como um exemplo de iniciativas de e-saúde, na Indonésia, utilizaram no estudo a teoria institucional como lente analítica. Foram realizados nesta pesquisa estudos de casos múltiplos em quatro hospitais públicos e quatro hospitais particulares. Foram explorados os três conceitos da teoria institucional: isomorfismo institucional, lógica institucional, e empreendedorismo institucional. Os resultados do estudo revelaram que existem diferenças entre hospitais públicos e privados em relação ao processo de institucionalização, como por exemplo: a gestão de hospitais públicos está mais motivada a implementar o HIS para cumprir os regulamentos, enquanto a gestão de hospitais privados visa o HIS como um requisito urgente que deve ser alcançado. Além disso, os resultados também revelaram que vários

mecanismos institucionais de isomorfismo e formas de lógica institucional emergem durante o processo.

Mansour (2018) elaborou um estudo de casos múltiplos em três hospitais públicos, na Arábia Saudita, para explorar as percepções dos colaboradores de nível gerencial sobre o processo de acreditação da *Joint Commission International (JCI)* e seu impacto na qualidade dos atendimentos aos pacientes dos hospitais acreditados pela *JCI*. Foram realizadas 20 entrevistas semiestruturadas com os gerentes dos hospitais e foi realizada análise temática dos dados das entrevistas. Os seguintes temas inter-relacionados surgiram sobre o processo de acreditação da *JCI* e seu impacto na qualidade do atendimento ao paciente: fatores determinantes para a mudança; planejar a mudança; o processo da mudança; manutenção da mudança; implicações em andamento; e questões dos pacientes. Os desafios encontrados com a implantação foram: a resistência à mudança, escassez de mão-de-obra, falta de conhecimento dos funcionários sobre credenciamento, dificuldades financeiras e falta de comprometimento da alta gerência. As vantagens encontradas com a acreditação foram: mais segurança e satisfação do paciente, aumentos nos orçamentos dos hospitais, melhoria da documentação, menos documentação, infraestrutura, rastreabilidade e capacitação dos funcionários. Este estudo não demonstrou valor percebido no engajamento na acreditação nos hospitais investigados. Foram encontradas visões variadas e conflitantes, tanto a favor quanto contra os programas de acreditação pelos gerentes participantes das entrevistas. Houve críticas à pressão exercida pelo processo de acreditação sobre os funcionários e dificuldades em manter o nível de desempenho alcançado durante os processos de acreditação.

Owino (2018) procurou avaliar o efeito que a acreditação pela *JCI* teve na satisfação profissional dos enfermeiros que trabalham no *Hospital Universitário Aga Khan*, localizado na cidade de Nairobi (Quênia). Este estudo de caso foi uma pesquisa transversal de métodos mistos, combinando abordagens quantitativas e qualitativas. Os dados quantitativos foram coletados através de um questionário. Além disso, foram realizadas duas discussões em grupos focais para o componente qualitativo. Os resultados desta pesquisa encontraram que a acreditação hospitalar trouxe mudanças positivas e negativas no ambiente de trabalho. A análise descritiva da pesquisa apontou que 76% dos participantes concordaram que o departamento ficou mais equipado após a implantação da acreditação e também que o trabalho em equipe foi visto como melhorado a partir da acreditação. Porém, os níveis de pessoal foram considerados insatisfatórios, o que resultou em cargas de trabalho mais pesadas e trabalho extraordinário. Para os entrevistados a acreditação resultou em sentimentos de orgulho e conquista. No geral, a maioria dos enfermeiros tinha orgulho de trabalhar em um hospital acreditado, mas a

satisfação no trabalho era baixa, com 74% dos entrevistados dizendo que não estavam satisfeitos com o emprego.

Silva, Dani e Santos (2018) elaboraram um estudo que teve como objetivo verificar a relação da acreditação hospitalar (nacional e internacional) com o isomorfismo institucional e com os artefatos tradicionais e modernos de contabilidade gerencial em hospitais da região sul do Brasil. A *survey* foi realizado entre novembro e dezembro de 2015, e obteve 42 retornos de instituições privadas. Os resultados da pesquisa revelaram que as mudanças trazidas pelo isomorfismo normativo são causadas pela semelhança de objetivos entre as profissões e profissionais, procedimentos e resultados. Além disso, os resultados também encontraram que a adoção voluntária de um processo de certificação de acreditação hospitalar ocorre em virtude de um fator normativo externo e legitimado na visão dos profissionais da área, atrelada a uma necessidade interna e estratégica.

Percebe-se que nos estudos acima citados, a maioria das pesquisas investigaram assuntos que foram relacionados aos hospitais acreditados, porém nenhum visou analisar como ocorrer a mensuração e a divulgação dos elementos de valor público criados com a institucionalização do processo de acreditação. O próximo subtópico compara os estudos relacionados com mais detalhes.

2.5.2 Análise comparativa dos estudos relacionados

Nessa seção é apresentada uma comparação dos trabalhos relacionados para identificar os pontos em comum e divergentes desta pesquisa e para verificar os pontos fortes e as lacunas que ainda existiam antes da elaboração deste trabalho. Para iniciar a análise, abaixo são apresentados os critérios de comparação dos estudos relacionados.

- Estudo empírico (C1): O estudo é caracterizado como empírico, como por exemplo, estudo de caso, *survey*, pesquisa-ação, experimentos, dentre outros.

- Acreditação internacional (C2): O estudo investiga hospitais que implantaram a acreditação internacional.

- Hospitais públicos (C3): O estudo prioriza investigar hospitais públicos que possuem acreditação internacional.

- Teoria institucional (C4): O estudo adotou a teoria institucional como base para entender o processo institucional da acreditação hospitalar em hospitais públicos.

- Valor criado (C5): O estudo identifica ou aponta os elementos de valor público encontrados em hospitais públicos.

•Mensuração e divulgação (C6): O estudo apresenta como são mensurados e divulgados os valores públicos criados nos hospitais com o processo de acreditação.

•Legitimidade (C7): O estudo identifica como ocorreu a legitimidade do processo de criação de valor público nas instituições hospitalares acreditadas.

•Principais contribuições (C8): O estudo tem como contribuição encontrar as relações entre valor público, o processo de acreditação e a teoria institucional em hospitais públicos.

A Tabela 1 apresenta a comparação dos estudos considerando todos os critérios citados acima.

Tabela 1 – Comparativo dos trabalhos relacionados

Estudos relacionados	Comparação dos critérios							
	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8
Camargo et al. (2014)	●	●	●	○	○	○	○	○
Mamedio (2014)	●	●	○	●	○	●	●	∅
Silva (2014)	●	○	○	●	○	○	○	∅
Halasa et al. (2015)	●	●	○	○	●	○	○	○
Junqueira (2015)	●	○	∅	○	●	○	○	○
Araújo, Figueiredo e Figueiredo (2015)	●	●	●	○	●	○	○	○
Agrizzi, Agyemang e Jaafari-pooyan (2016)	●	○	∅	○	∅	○	○	○
Alyahya, Hijazi e Harvey (2016)	●	○	∅	●	○	○	○	∅
Camilo et al. (2016)	●	○	∅	○	●	○	○	○
Handayani et al. (2016)	●	○	∅	∅	○	○	○	∅
Mansour (2018)	●	●	●	○	●	○	○	○
Owino (2018)	●	●	●	○	●	○	○	○
Silva, Dani e Santos (2018)	●	●	○	●	○	○	○	∅

Legenda: ● = atende; ∅ = atende parcialmente; ○ = não atende.

Fonte: Elaborada pela autora.

Percebe-se na Tabela 1 que todas as 13 (treze) pesquisas que foram selecionadas como “estudos relacionados” são pesquisas empíricas e que apenas 6 (seis) estudos relacionados utilizaram a teoria institucional como base para entender o processo de institucionalização dos hospitais investigados. Percebe-se também que pouco foram os estudos que abordaram a questão da legitimidade e que somente 5 (seis) atenderam parcialmente o quesito “relações com a teoria de base”. Observe-se que com esta comparação, foi possível verificar que nenhuma das pesquisas conseguiu atender todos os critérios pré-estabelecidos desta pesquisa, sendo assim, a comparação facilitou a evidenciação das contribuições deste trabalho.

Esta tese propôs estudar e explorar o processo de acreditação internacional para identificar como são mensurados e divulgados os valores públicos criados a partir do processo de acreditação internacional nos hospitais públicos. Além disso, esta pesquisa visou examinar

como ocorreu a legitimidade do processo de criação de valor público para o governo e para as partes interessadas na entidade investigada, apontando as relações encontradas entre o valor público, o processo de acreditação e a teoria institucional.

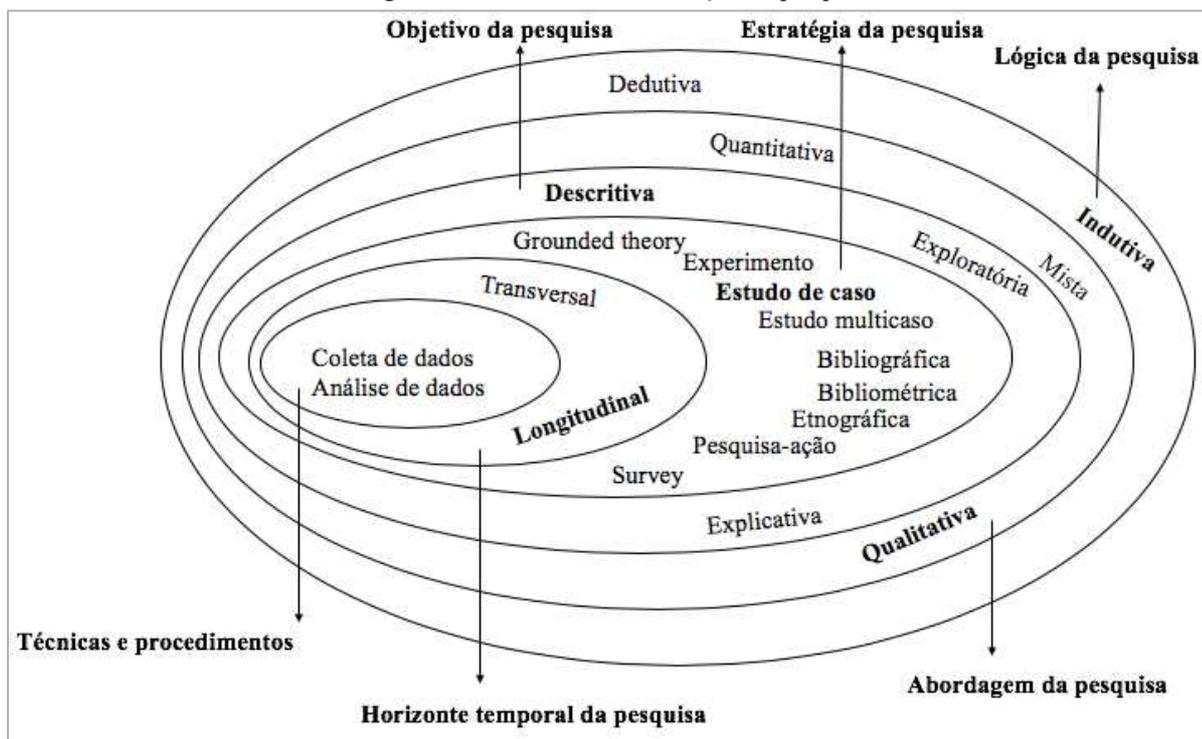
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo descrevem-se os procedimentos metodológicos adotados nesta pesquisa, com o objetivo de fornecer um panorama geral do estudo. Primeiramente, é apresentada a classificação da pesquisa. Na sequência, é apresentado o processo de coleta de dados, onde são apresentados os métodos de coleta de dados, os instrumentos de pesquisa, os riscos de confiabilidade e validade. E por fim, a terceira parte aborda o tratamento e análise dos dados.

3.1 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa (MILES & HUBERMAN, 1994), descritiva, com paradigma interpretativista. A estratégia de pesquisa escolhida nesta tese foi o estudo de caso único. A principal vantagem do estudo de caso é que ele permite estudar um fenômeno em profundidade de maneira intensiva, principalmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes, e por possibilitar a coleta de dados com diferentes fontes de evidências (YIN, 2010; CRESWELL, 2014; AGUILAR-ESCOBAR; GARRIDO-VEGA; DEL MAR GONZALEZ-ZAMORA, 2016). Esta tese se propôs analisar, com profundidade, como ocorre a mensuração e a divulgação da criação de valor público no processo de institucionalização da acreditação hospitalar internacional no hospital público investigado, sendo assim, de acordo com Yin (2010), para questões que envolvem “como”, a estratégia de estudo de caso geralmente é a mais adequada, logo, a natureza da questão de pesquisa foi um dos fatores determinante para a escolha da estratégia desta pesquisa. Além disso, o caso único escolhido apresentou-se apropriado para a aplicação desta investigação empírica, pois preencheu todas as condições para testar as proposições elaboradas a partir das duas teorias de base desta pesquisa (teoria institucional e teoria do valor público), como por exemplo, a instituição investigada possui um processo de trabalho complexo, como o processo de acreditação internacional, que poucas instituições, principalmente as instituições públicas, conseguem implantar, e esse processo adotado pela instituição investigada, apresentava indícios implícitos de valor público criado para a sociedade. O estudo de caso único investigado nesta pesquisa, trata-se de um hospital geral público universitário e acreditado internacionalmente, mais detalhes do estudo de caso único escolhido para esta pesquisa serão apresentados posteriormente neste capítulo. A Figura 9 resume a classificação da pesquisa.

Figura 9 – Resumo da classificação da pesquisa



Fonte: Adaptada de Saunders, Lewis e Thornhill (2003) e Berto (2018).

Quanto à lógica, esta pesquisa é indutiva, pois a pesquisa não buscou impor o seu entendimento prévio sobre o contexto pesquisado (SACCOL, 2009). Em relação ao horizonte temporal, a pesquisa é longitudinal (MALHOTRA, 2006), pois buscou compreender os eventos que se sucederam desde o início do processo da acreditação hospitalar internacional até a criação de valor oriunda desse processo, ou seja, a pesquisa investigou fenômenos antes da primeira certificação internacional que ocorreu em 2013, ou seja, de 2010 até 2018. Além disso, esta pesquisa ocorreu entre o período de março de 2018 a dezembro de 2019. Ademais, do início ao fim da pesquisa foram realizadas observações diretas (veja notas de campo - anexo B) para perceber se com o passar do tempo, na instituição investigada, os colaboradores continuavam utilizando e aplicando os novos procedimentos adquiridos após a conquista do selo de acreditação internacional pela JCI, como por exemplo: lavagem de mãos com bastante frequência; uso do álcool em gel em abundância nas dependências do hospital; boletins informativos nos murais; crachás dos colaboradores sem corda para evitar infecção hospitalar; e pacientes com pulseirinha de identificação (risco de queda).

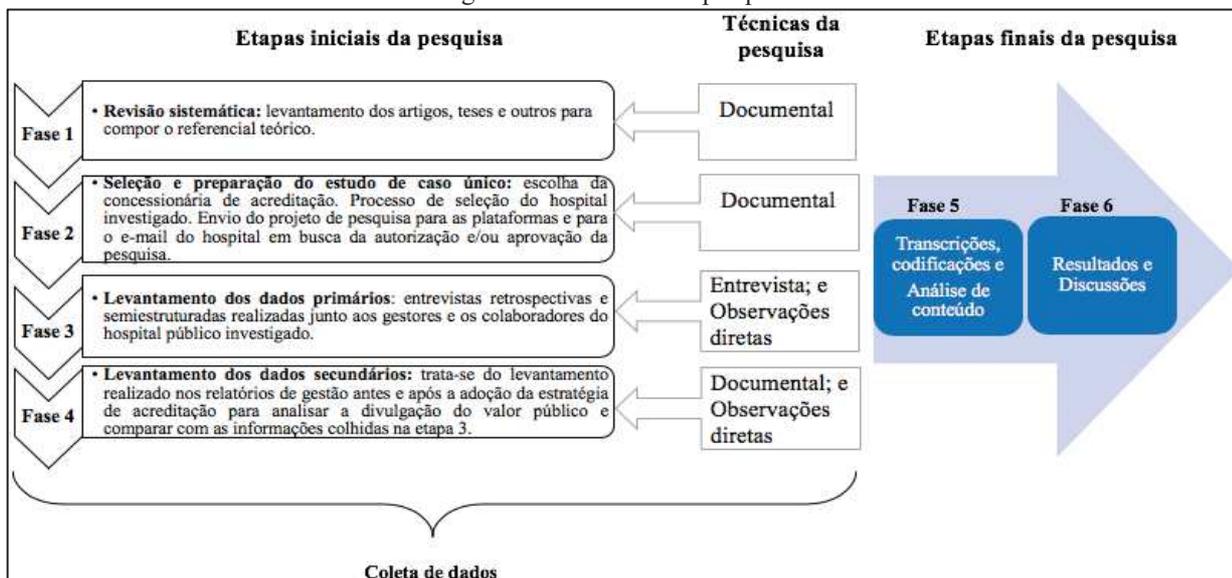
3.2 PROCESSO DE COLETA DE DADOS

Nesta seção são apresentados os métodos de coleta de dados, os instrumentos de pesquisa e os riscos de confiabilidade e validade.

3.2.1 Métodos de Coleta de Dados

Nesta pesquisa, optou-se por utilizar três técnicas de coleta de dados: documental; entrevistas; e observações diretas. Essas técnicas foram utilizadas conforme as fases da pesquisa, demonstradas na Figuras 10. De acordo com Creswell (2014) a coleta de dados em uma pesquisa de estudo de caso é ampla, baseando-se em múltiplas fontes de informação como observações, entrevistas, documentos e materiais audiovisuais. Yin (2010) sugere até seis tipos de técnicas para coleta de dados: documentos, registros de arquivo, entrevistas, observações diretas, observação participante e artefatos físicos.

Figura 10 – Desenho da pesquisa



Fonte: Elaborado pela autora.

Conforme a Figura 10, a coleta de dados desta pesquisa, foi dividida em 4 grandes fases: i) revisão sistemática; ii) seleção e preparação do estudo de caso único; iii) levantamento dos dados primários; iv) levantamento dos dados secundários. A técnica usada na primeira e segunda fase da coleta de dados foi a pesquisa documental. Na terceira etapa da pesquisa foram usadas as técnicas de entrevista e observações diretas. E por fim, na quarta etapa, foram usadas as técnicas de pesquisa documental e observações diretas.

3.2.1.1 Revisão sistemática da literatura

A primeira fase da coleta de dados foi a revisão sistemática da literatura, que foi realizada para a composição do referencial teórico, ou seja, foi realizado o levantamento na literatura existente sobre um dos principais temas da pesquisa: o valor público.

Esta revisão sistemática foi inclusa como etapa desta tese, pois a priori foi realizada a primeira revisão sistemática sobre a institucionalização e acreditação internacional, e

posteriormente foi percebida a necessidade de uma segunda revisão em busca do estado da arte do valor público. O objetivo da revisão sistemática foi identificar o conceito atual de valor público no geral, e no âmbito da saúde, especificamente. Para isso foi elaborado um resumo, ou seja, o referencial teórico das principais literaturas encontradas na revisão sistemática, tendo como base intelectual inicial o estudo de Moore (1995), o precursor do valor público, para tentar compreender primeiramente o conceito de forma abrangente e depois elencar os valores públicos que estão sendo criados, especialmente no âmbito da saúde. Além disso, para encaminhar pesquisas futuras, a pesquisa verificou também quais as ferramentas utilizadas para medir o valor público, em especial na área de saúde.

A revisão sistemática foi de cunho qualitativo e com abordagem narrativa. A adoção da abordagem narrativa facilita a inclusão de um levantamento maior de literaturas, possibilitando a criação de um resumo, a explicação e interpretação dessas literaturas, a elaboração de conclusões mais amplas sobre a situação atual do conhecimento, e a identificação e exploração de áreas específicas de interesse (WILLIAMS & SHEARER, 2011). A revisão compreendeu o período 2009 – 2019 e foi realizada em duas fases. Este período foi escolhido pois, além de tratar-se de uma revisão sistemática que busca o estado da arte do tema da pesquisa, foi um período considerado razoável para conseguir coletar pesquisas relevantes, ou seja, pesquisas robustas que já apresentam um certo número de citações.

Na primeira fase, foram definidas as questões de pesquisa, os critérios de inclusão de artigos na revisão, e os critérios de exclusão dos artigos que não se alinham com o escopo (BIOLCHINI, ET AL., 2005) – ver Tabela 2. Na sequência foram definidas as palavras-chave para realizar as buscas dos artigos, respectivamente: *Public value*, *Health*, *Public Health* e *Public Hospital*. Essas palavras foram aplicadas por combinação (*strings*) e buscadas nos artigos nas seguintes bases de dados: *Google Scholar*, *Web of Science*, *Scopus* e *ABI/Inform Global*. Essas bases de dados foram escolhidas porque permitem o acesso a trabalhos completos publicados nos principais periódicos internacionais da área pública e governamental (SADIQI, 2018). Nesta etapa foi encontrada uma amostra inicial de 353 artigos. Desta amostra foram excluídos os artigos em duplicidade (30), restando 323 artigos que serviram de base para a realização da revisão sistemática e para as triagens da pesquisa, utilizando os critérios de inclusão.

Tabela 2 – Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de Inclusão (CI)		Critérios de Exclusão (CE)	
CI1	Estudos publicados em inglês;	CE1	Estudo que não foram publicados em inglês;
CI2	Pesquisas publicadas revistas e jornais científicos e conferências;	CE2	Estudo repetidos (duplicatas) ou desatualizados;
CI3	Estudo publicados no período de 2009 até 2019;	CE3	Impurezas: livros completos, teses, dissertações, artigos de revistas e jornais não acadêmicos (não revisados por pares);
CI4	Estudos com os títulos e resumos relacionados às <i>strings</i> de pesquisa;	CE4	O título não está relacionado às palavras chaves das <i>strings</i> de pesquisa;
CI5	O conteúdo relacionado às questões de pesquisa ou objetivos desse estudo.	CE5	O resumo não está relacionado às palavras chaves das <i>strings</i> de pesquisa;
-	-	CE6	O conteúdo não está relacionado às questões de pesquisa ou objetivos desse estudo.

Fonte: Elaborada pela autora (2019).

Na sequência, ainda utilizando os critérios de exclusão, foram excluídas as impurezas da amostra, ou seja, os textos não publicados em periódicos ou congressos, tais como, dissertações, teses, livros completos e artigos de revistas e jornais não acadêmicos. Restaram 221 artigos cujos títulos foram analisados individualmente. Permaneceram na amostra os artigos que continham no mínimo uma das palavra-chave da pesquisa no seu título. Após esta triagem, a revisão sistemática continuou com 55 artigos, cujos resumos foram lidos na íntegra. Nesta fase do estudo utilizou-se *Mendeley Desktop*, versão 1.17.10, como ferramenta facilitadora da revisão sistemática. Após a leitura dos resumos, sobraram 26 artigos que abordaram o tema proposto nesta pesquisa. Dos 26 artigos encontrados, 17 possuem abordagem teórica e 9 são estudos empíricos (lista no apêndice A). A tabela 3 resume os tipos de abordagem de pesquisas encontradas.

Tabela 3 – Resumo dos tipos de abordagem das pesquisas

Tema	Tipo de abordagem	Quantidade	Total	%
Valor público em geral	Teórica	6	17	65,38
Valor público na saúde	Teórica	11		
Valor público em geral	Empírica	3	9	34,62
Valor público na saúde	Empírica	6		
Total		26	26	100,00

Fonte: Elaborada pela autora (2019).

Observa-se na Tabela 3 que a grande maioria das pesquisas encontradas sobre o valor públicos são de cunho teórico (65,38%). Dessas 17 pesquisas teóricas encontradas, 6 são voltadas para o tema de valor público em geral e 11 são voltadas para o âmbito da saúde. Em relação às 9 (34,62%) pesquisas empíricas encontradas, 3 são pesquisas relacionadas com temas diversos sobre valor público e 6 com o valor público específico na saúde. Esses 26 artigos encontrados configuraram a amostra final para iniciar a 2ª. fase da revisão sistemática - a leitura completa dos artigos. Nesta fase do estudo utilizou-se o software *NVivo Pro*®, versão 12, para

gerar as codificações e estruturar, de forma indutiva, os temas abordados nesta revisão sistemática. A Tabela 4 resume as duas fases da revisão sistemática com todas as suas etapas.

Tabela 4 – Fases da revisão sistemática

1 ^a . Fase	1 ^a . Etapa	2 ^a . Etapa	3 ^a . Etapa	4 ^a . Etapa	5 ^a . Etapa	6 ^a . Etapa
Procedimentos	Escolha da questão de pesquisa	Busca com as <i>strings</i> nas bases de dados	Exclusão das duplicatas	Remoção das impurezas	Seleção por títulos	Leitura dos resumos
N ^o . de artigos	-	353	323	221	55	(55-29 = 26)
2 ^a . Fase	1 ^a . Etapa	2 ^a . Etapa	3 ^a . Etapa	4 ^a . Etapa	5 ^a . Etapa	6 ^a . Etapa
Procedimentos	Leitura e codificação dos artigos	Identificação de outros artigos durante as leituras	Codificações (<i>Nvivo</i>)	Criação de matrizes (<i>Nvivo</i>)	Análise dos resultados	Discussão dos resultados e elaboração do artigo
N ^o . de artigos e outros	26	26 + 20 = 46	428	11	-	-

Fonte: Elaborada pela autora (2019).

À medida que era realizada a leitura dos artigos, foram geradas 428 codificações e criadas 11 matrizes. As matrizes foram estruturadas como suporte para identificar e realizar o cruzamento do escrito pelos autores com os temas, sendo posteriormente explanados na análise de resultados. Observa-se na Tabela 4 que, além dos 26 artigos da revisão sistemática, foram incluídas mais 20 literaturas (artigos, livros e/ou capítulos de livros com idioma em inglês) encontrados durante as leituras dos artigos. Estas foram importantes para melhorar a compreensão dos temas pesquisados. Sendo assim, a amostra final da pesquisa foi de 46 estudos. Para a análise dos resultados o estudo adotou a estratégia de análise do conteúdo com uma abordagem narrativa.

3.2.1.1.1 Conclusão da revisão sistemática

Esta revisão teve como objetivos identificar o conceito atual de valor público em geral, mapear e identificar qual o valor público que está sendo criado no âmbito da saúde e verificar quais as ferramentas utilizadas para medir o valor público, principalmente na área de saúde. Para a consecução destes objetivos e responder às questões de pesquisa, foi revisada, sistematicamente, a literatura encontrada em quatro bases de dados internacionais (*Google Scholar*, *Web of Science*, *Scopus* e *ABI/Inform Global*) no período de 2009 a 2019.

Foi elaborado um resumo, em formato de referencial teórico, das literaturas encontradas sobre o valor público que, evidencia os exemplos de valor público em todas áreas. A análise dos textos revisados permitiu apresentar os principais temas relacionados com valor público: a governança pública, a legitimação e os benefícios públicos; ensejou a estruturação de um conceito atual de valor público; permitiu destacar os elementos constituintes do valor público,

categorias, dimensões e indicadores, encontrados nos estudos teóricos e empíricos da área saúde pública e sete ferramentas utilizadas para identificar e medir valor público, na sua grande maioria, no âmbito da saúde.

Como contribuição para encaminhar pesquisas futuras, foram apresentadas cinco constatações resultantes da análise, com destaque para a obtenção de um conceito atual para valor público, temas relacionados ao valor público e elementos de mensuração do valor público, em especial na área de saúde. Com isso acredita-se que o estudo atingiu o objetivo fixado e, como foi mostrado que há escassez de pesquisas empíricas, o estudo apresentou nichos para pesquisas futuras. Ademais, como a revisão sistemática limitou-se a 4 bases de dados, sugere-se que, para pesquisas futuras, o mapeamento seja realizado em outras bases de dados para aumentar o escopo do estudo. Além disso, sugere-se também ampliar as *strings* de pesquisa, dado os temas correlatos que surgiram.

3.2.1.2 Seleção e preparação do estudo de caso único

Na segunda fase, o processo de seleção do hospital público acreditado internacionalmente ocorreu da seguinte forma: Inicialmente a pesquisa selecionou uma concessionária que, além de demonstrar publicamente quais são os hospitais públicos que possuem acreditação hospitalar internacional, foi a pioneira em certificação de acreditação hospitalar no mundo: a *Joint Commission International (JCI)*. Em seguida, para identificar a unidade de análise do estudo de caso único, o estudo foi no *website* da concessionária escolhida para apurar quais são os hospitais públicos do Brasil que possuem a certificação em nível internacional. Após a busca no *website* da concessionária, verificou-se existem 37 (trinta e sete) hospitais no Brasil acreditados internacionalmente pela JCI. Destes hospitais, apenas quatro são hospitais públicos e acreditados internacionalmente pela categoria “Hospital” na JCI. O Tabela 5 demonstra os hospitais públicos brasileiros encontrados que são acreditados internacionalmente pela JCI.

Tabela 5 – Hospitais públicos brasileiros acreditados internacionalmente pela JCI

Ano da primeira certificação	Nome dos hospitais representados por siglas	Categoria do hospital	Estado	Região
2013	HCPA	Hospital Geral e Universitário	RS	Sul
2012	HGIS	Hospital Geral	SP	Sudeste
2014	ICESP	Hospital Especializado	SP	Sudeste
2006	INTOJH	Hospital Especializado	RJ	Sudeste

Fonte: Elaborada pela autora.

Percebe-se na Tabela 5 que dos quatro hospitais públicos acreditados internacionalmente no Brasil, três são da região sudeste e somente um pertence a região sul.

Percebe-se também que não existe hospitais públicos acreditados internacionalmente pela JCI na região norte e nordeste do país. Além disso, somente 2 (dois) dos hospitais públicos são hospitais gerais, que são o foco dessa pesquisa, pois os hospitais gerais são uma ramificação de instituição que contempla diversos tipos de especialidades de serviços médicos hospitalares dentro de uma única instituição, e além disso, os hospitais gerais possuem a particularidade de dispor de diversos tipos de serviços, desde os mais simples aos mais complexos, sendo assim, representa um papel importante para a sociedade.

Como critério de inclusão da unidade de análise desta pesquisa, o hospital público quando selecionado para o caso único, necessitava obrigatoriamente possuir o certificado internacional habilitado na JCI e ser classificado na categoria “hospital geral”. Como critério de exclusão a instituição selecionada deveria ter no mínimo 5 anos (cinco anos) de adoção da estratégia de acreditação internacional e pelo menos 5 anos de relatórios de gestão e/ou de sustentabilidade disponíveis na *website* da instituição, para que na realização da análise documental a pesquisa conseguisse verificar se, nos planejamentos estratégicos da época da implantação da acreditação internacional, foram divulgadas informações sobre os objetivos e possíveis resultados relacionados com o valor público e o processo de acreditação internacional, assim como também verificar a evolução dos indicadores de valor público com o passar dos anos e, por fim, com as informações levantadas tentar criar simulações para identificar se a instituição conseguiu o custo-benefício com a estratégia de acreditação internacional. Além disso, a instituição investigada necessitaria ter algum destaque entre as demais instituições públicas acreditadas internacionalmente.

Após a primeira triagem, sobraram apenas duas instituições públicas: HCPA; e HGIS. Na sequência, foram analisados os *websites* das duas instituições hospitalares públicas certificadas que foram pré-selecionadas, para verificar quais das duas instituições estavam de acordo com os critérios de inclusão e exclusão adotadas pela pesquisa.

Após a busca nos *websites* das duas instituições, o hospital escolhido, pois preencheu todos os critérios de inclusão e exclusão foi o “HCPA”. Este hospital foi escolhido pois, além de ser um hospital geral, é o primeiro e único hospital público universitário acreditado internacionalmente no Brasil e o terceiro da América do Sul a receber a acreditação internacional como centro médico acadêmico, ou seja, é o único hospital público brasileiro que implantou a acreditação internacional com os dois capítulos e padrões adicionais do manual da JCI, sendo assim, é o hospital público universitário considerado como referência para as demais instituições públicas brasileiras. Além disso, o HCPA possui disponíveis no *website* da instituição, relatórios de gestão de pelo menos 9 (nove) anos atrás, que foram considerados

suficientes para realização a pesquisa documental. Ademais, percebeu-se pela análise do *website* da instituição escolhida, indícios, mesmo implícitos, de que o hospital a partir dos processos implementados busca criar valor público para a sociedade, que é o foco principal desta pesquisa.

Na sequência, ainda na segunda fase, foi entrado em contato a instituição pública hospitalar selecionada. O contato ocorreu pelos e-mails da instituição, pelo Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC) no *website* do hospital e presencialmente na primeira reunião marcada com a responsável pela acreditação no hospital escolhido, para prestar esclarecimentos sobre a pesquisa.

Após os primeiros contatos com o responsável pela pesquisa no hospital investigado, a instituição solicitou o projeto de pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) para serem enviados pela plataforma da instituição e pela Plataforma Brasil, para iniciar o processo de autorização e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). A pesquisa precisou ser submetida ao CEP da instituição investigada, pois, a etapa seguinte deste estudo, ou seja, a etapa que ocorre as entrevistas, trata-se de pesquisa em seres humanos. Além do projeto de pesquisa ser submetido ao CEP da instituição investigada, posteriormente a pesquisa também submeteu o projeto de pesquisa ao CEP da instituição de ensino da pesquisadora pelo mesmo motivo da submissão anterior (Anexo A). Após a aprovação do projeto de pesquisa, iniciou-se a terceira etapa da pesquisa, ou seja, o levantamento dos dados primários.

3.2.1.3 Levantamento dos dados primários

A terceira fase ocorreu a partir do uso de entrevistas retrospectivas e semiestruturadas, que foram guiadas pelos roteiros de entrevista (Apêndices A, B e C) composto por uma lista de perguntas que foram elaboradas com base o referencial teórico da pesquisa. Optou-se por realizar entrevistas pois, de acordo com Mansour (2018), as entrevistas têm o potencial de descobrir e criar uma compreensão bem detalhada das perspectivas dos entrevistados em relação à acreditação e entender as mudanças nos processos e procedimentos hospitalares.

Para iniciar o agendamento das entrevistas, foram realizadas reuniões preliminares com a assessora de operações assistenciais para esclarecimentos sobre a pesquisa, o envio do projeto para plataforma Brasil, o envio do projeto para a plataforma interna da instituição e emissão de parecer de autorização pelo CEP da instituição. Além das entrevistas, para complementar esta etapa da pesquisa, foram realizadas observações diretas no momento da entrevista, pois foi necessário testemunhar se os procedimentos realizados no hospital, realmente condiziam e eram

aplicados de acordo com a fala dos entrevistados (veja nota de campo - anexo B). Além disso, houve observação direta em documentos internos, divulgados somente para os colaboradores, mas que foram explanados pelos entrevistados para demonstrar alguns cálculos de mensuração de indicadores de valor público no momento das entrevistas. Ademais, foi realizada a observação direta na participação da reunião do Conselho Estadual de Saúde, com o fim específico de entender a funcionalidade do conselho para a sociedade, observar a Ata da reunião, e perceber a imparcialidade dos conselheiros em relação a instituição investigada.

Todas as entrevistas em profundidade foram realizadas de forma individual e pessoalmente, nos dias agendados conforme a disponibilidade dos entrevistados, com duração média de uma hora e 4 minutos cada entrevista. Apesar de ocorrer algumas alterações nas datas do cronograma das entrevistas, observou-se boa vontade e entusiasmo dos diretores, gestores, colaboradores e representantes da sociedade em participarem desta pesquisa. A coleta de dados primários foi realizada entre os meses de julho de 2018 a julho de 2019.

Para esta instituição foram realizadas 30 (trinta) entrevistas. Sendo que 26 (vinte e seis) foram realizadas dentro das dependências da própria instituição investigada, com pessoas estratégicas que participaram do início do processo de institucionalização da acreditação internacional. Foram realizadas nesta instituição, entrevistas desde a direção administrativa até os colaboradores operacionais. Fora da instituição, foram entrevistados mais 4 (quatro) pessoas que foram consideradas como os representantes da sociedade. Os representantes da sociedade também foram escolhidos de forma estratégica, pois representaram a voz da sociedade. Para compreender melhor sobre os entrevistados, o tópico a seguir abordará o perfil dos participantes.

3.2.1.3.1 Perfil dos participantes do HCPA

Para compreender a percepção dos participantes com mais facilidade, as análises foram subdivididas em 3 (três) grupos de entrevistas: grupo “A” (diretores, assessores, gerentes e coordenadores); grupo “B” (chefes de departamentos e colaboradores operacionais); e grupo “C” (representantes da sociedade). Para estes grupos foram aplicadas as questões do Roteiro de entrevistas do apêndice A, B e C, respectivamente.

As entrevistas com o grupo “A” tiveram como objetivo tratar das questões sobre estratégias e decisão da instituição, pois trata-se de pessoas chave da instituição e de pessoas que participaram do primeiro processo de acreditação. Este primeiro grupo é composto por 11 participantes. Para descrever o perfil dos entrevistados do grupo A, foram levantados os cargos, o gênero, formação acadêmica, tempo de instituição e a duração da entrevista. O resumo das

características e informações gerais sobre os componentes do grupo A estão evidenciadas no Quadro 8.

Quadro 8 – Componentes do grupo A do HCPA

Cód. do entrevistado	Cargo	Gênero (M ou F)	Formação acadêmica	Tempo de instituição	Duração da entrevista
A1	Coordenadora de gestão de pessoas	F	Administração	De 16 a 20 anos	0h58min
A2	Assessora de operações assistenciais e coordenadora do programa “Qualis”	F	Medicina	De 11 a 15 anos	1h11min
A3	Diretor administrativo	M	Farmácia	De 11 a 15 anos	0h57min
A4	Assessora adjunta da diretoria administrativa	F	Psicologia	De 06 a 10 anos	0h43min
A5	Assessora de planejamento e avaliação	F	Computação	De 16 a 20 anos	0h57min
A6	Assessora de planejamento e avaliação e coordenadora do programa “Equalização”	F	Enfermagem	De 11 a 15 anos	1h33min
A7	Coordenadora de gestão contábil	F	Contabilidade	De 11 a 15 anos	0h50min
A8	Coordenador financeiro	M	Administração	Mais de 25 anos	0h40min
A9	Coordenador da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)	M	Medicina	De 11 a 15 anos	1h24min
A10	Coordenadoria de suprimentos e chefe da farmácia	F	Farmácia	De 16 a 20 anos	0h56min
A11	Enfermeira executiva da gerência de risco	F	Enfermagem	Mais de 25 anos	1h38min

Fonte: Elaborado pela autora.

Observando as características dos respondentes do grupo A, percebe-se que a maioria dos respondentes são do gênero feminino e que três dos cargos mais altos na instituição são ocupados também pelo gênero feminino (Assessoria de Operações Assistenciais e Assessoria de Planejamento e Avaliação), pois de acordo com o organograma da instituição, estes são cargos *Staffs* da Diretora-Presidente (Diretoria Executiva). Além disso, duas dessas assessorias tem vínculo direto com a institucionalização da acreditação, ou seja, uma é coordenadora do Programa “Qualis” e a outra coordenadora do Programa “Equalização”, que são programas criados com o objetivo de dar manutenção e continuação da acreditação internacional. Outra informação importante é o tempo de instituição dos colaboradores, que conforme as informações do Quadro 7, realmente respeitou o tempo mínimo (6 anos) para conseguir responder as questões da pesquisa. Este período se faz necessário, pois a primeira certificação de acreditação internacional ocorreu no ano de 2013.

O segundo grupo, denominado grupo “B” é composto por 15 participantes. As entrevistas com o grupo “B” tiveram como objetivo tratar das questões sobre a institucionalização da acreditação internacional e sobre o valor público. Para descrever o perfil dos entrevistados do grupo B, também foram levantados os cargos, o gênero, formação acadêmica, tempo de instituição e a duração da entrevista. O resumo das características e informações gerais sobre os componentes do grupo B estão demonstradas no Quadro 9.

Quadro 9 – Componentes do grupo B do HCPA

Cód. do entrevistado	Cargo	Gênero (M ou F)	Formação acadêmica	Tempo de instituição	Duração da entrevista
B1	Chefe do serviço de anestesiologia e medicina pré-operatória	M	Medicina	De 6 a 10 anos	0h47min
B2	Chefe do serviço de análise e controles	F	Economia e Contabilidade	De 21 a 25 anos	0h58min
B3	Chefe do serviço de quimioterapia e radioterapia	F	Enfermagem	Mais de 25 anos	0h49min
B4	Farmacêutico do CCIH	M	Farmácia	De 6 a 10 anos	1h31min
B5	Supervisor administrativo da área de gestão de pessoas	M	Gestão de pessoas	De 11 a 15 anos	0h36min
B6	Farmacêutica da gerência de risco	F	Farmácia	De 6 a 10 anos	0h41min
B7	Chefe do serviço de centro cirúrgico ambulatorial	F	Enfermagem	De 6 a 10 anos	0h35min
B8	Chefe do serviço de contabilidade gerencial	F	Contabilidade	De 6 a 10 anos	0h38min
B9	Técnica de enfermagem da emergência adulto	F	Gestão hospitalar	De 16 a 20 anos	0h54min
B10	Enfermeira do serviço bloco cirúrgico	F	Enfermagem	Mais de 25 anos	1h18min
B11	Técnica de enfermagem da emergência adulto	F	Enfermagem	De 11 a 15 anos	0h50min
B12	Enfermeira da internação	F	Enfermagem	De 6 a 10 anos	0h45min
B13	Chefe do serviço bloco cirúrgico	M	Medicina	Mais de 25 anos	0h44min
B14	Enfermeira do serviço bloco cirúrgico	F	Enfermagem	De 11 a 15 anos	0h26min
B15	Chefe do serviço de hemodinâmica	F	Enfermagem	De 21 a 25 anos	0h52min

Fonte: Elaborado pela autora.

Analisando as características dos entrevistados do grupo B, evidenciadas no Quadro 9, nota-se que apenas três pessoas são do gênero masculino, ou seja, a parte operacional do hospital investigado é praticamente dominada pelo gênero feminino. Além disso, nota-se a diversidade das áreas que foram realizadas as entrevistas. A pesquisa realizou entrevistas estratégicas que foram do técnico de enfermagem ao chefe do setor de anestesiologia e medicina pré-operatória. Ademais, também foram realizadas entrevistas com o setor administrativo, controle de infecção hospitalar, gerência de risco e contabilidade.

O terceiro grupo, denominado grupo “C” é formado por quatro participantes. As entrevistas com o grupo “C” tiveram como objetivo de dar voz a sociedade e tratar das questões sobre acreditação e valor público. Para descrever o perfil dos entrevistados do grupo C, semelhante aos demais grupos, também foram levantados os cargos, o gênero, formação acadêmica, tempo de instituição e a duração da entrevista. O resumo das características e informações gerais sobre os componentes do grupo C estão demonstradas no Quadro 10.

Quadro 10 – Componentes do grupo C do HCPA

Cód. do entrevistado	Cargo	Gênero (M ou F)	Formação acadêmica	Tempo de instituição	Duração da entrevista
C1	Membro do Conselho de Administração do HCPA (Representante dos Empregados)	M	Administração	De 11 a 15 anos	0h58min
C2	Membro do Conselho de Administração do HCPA (Representante da UFRGS)	M	Economia	De 06 a 10 anos	1h11min
C3	Membro do Conselho Estadual de Saúde	M	Contabilidade	De 06 a 10 anos	0h57min
C4	Membro do Conselho Estadual de Saúde	M	Filosofia	Mais de 25 anos	0h43min

Fonte: Elaborado pela autora.

Percebe-se no Quadro 10 que todos os representantes da sociedade são do gênero masculino, sinalizando que o gênero feminino participa com pouca frequência no que se refere as questões de representatividade na sociedade. Os componentes do grupo C foram escolhidos estrategicamente com o intuito de saber se a sociedade realmente já entende o significado de uma acreditação internacional e quais são benefícios oriundos da institucionalização desse processo, ou seja, se a sociedade percebe o valor público gerado com a implantação da acreditação internacional.

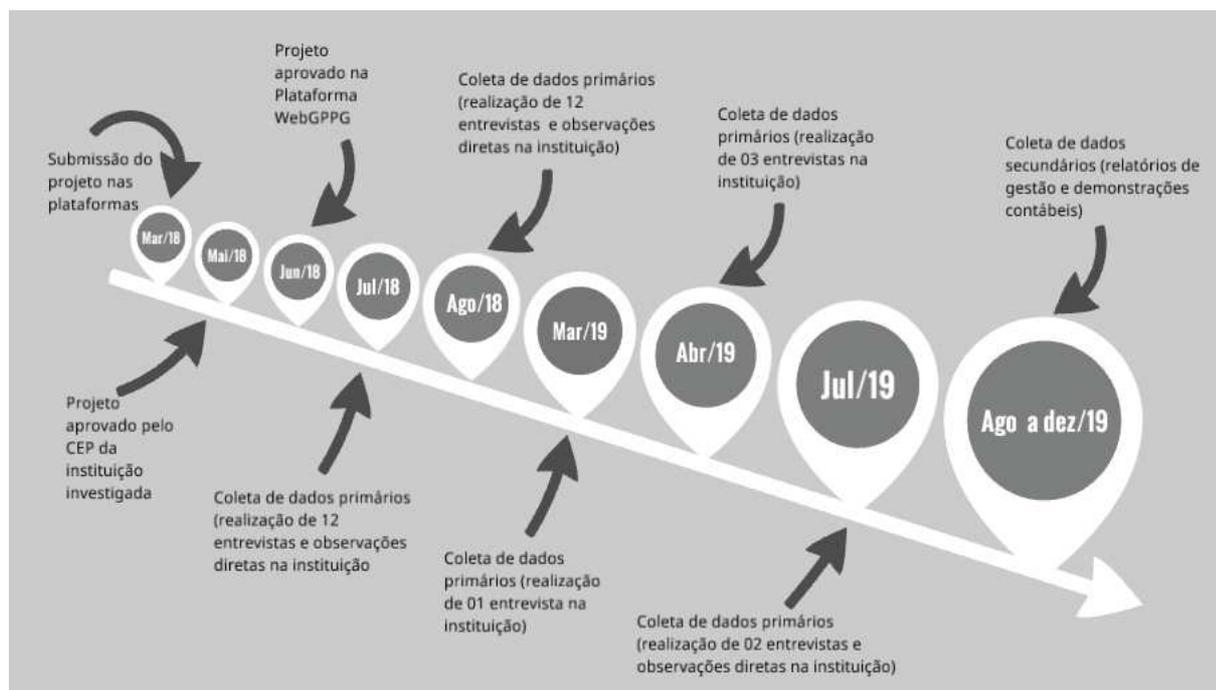
3.2.1.4 Levantamento dos dados secundários

O levantamento dos dados secundários, da quarta fase da pesquisa (pesquisa documental), trata-se do levantamento realizado nos relatórios de gestão e nas demonstrações contábeis da instituição, antes e após a adoção da estratégia de acreditação, para analisar a divulgação dos objetivos e resultados da estratégia de acreditação hospitalar internacional, assim como, verificar os elementos de valor público criados com a institucionalização desse processo. Esses relatórios foram analisados levando em considerações as mensurações e os indicadores hospitalares diretamente ligados ao processo de acreditação hospitalar internacional sugeridos na revisão de literatura desta pesquisa e empiricamente pelos entrevistados do hospital investigado. Os relatórios de gestão são os documentos confiáveis das instituições públicas que contemplam as prestações de contas, as demonstrações contábeis, os *disclosures* voluntários e os indicadores de desempenhos da instituição, além de conter informações acessórias qualitativas que podem ser úteis para compreender a criação de valor público no processo de institucionalização e legitimação da acreditação. Estes relatórios foram analisados com a intenção de verificar como elementos de valor público criado foram divulgados pelas instituições e ao menos tempo serviram para comparar as informações

coletadas pelas entrevistas em campo, e com isso validar as respostas dos respondentes. O processo de coleta de dados secundários ocorreu entre agosto/2019 a dezembro/2019.

Para realização dos procedimentos do estudo de caso único de forma organizada e sequencial, a pesquisa adotou um planejamento contendo um protocolo de pesquisa (Apêndice E) que serviu como uma espécie de passo-a-passo para ilustrar todas as fases a serem seguidas neste estudo. A Figura 11 resume na linha do tempo, como ocorreu o processo longitudinal de coleta de dados primários e secundários na instituição investigada.

Figura 11 - Linha do tempo do processo longitudinal de coleta de dados



Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Conforme a Figura 11 o processo de coleta de dados ocorreu entre março de 2018 até dezembro de 2019. Em março de 2018 iniciou-se o primeiro contato por e-mail com a instituição investigada. Na semana seguinte, ainda no mesmo mês, foi marcada a primeira reunião com a assessora de operações assistenciais e coordenadora do Programa de Gestão da Qualidade e da Informação em Saúde (Qualis) na instituição investigada, para a apresentação do projeto de pesquisa. Na sequência, com a aprovação da responsável pelo Qualis, foi submetido o projeto de pesquisa na Plataforma Brasil e na plataforma interna da instituição investigada (WebGPPG). Depois de dois meses de espera, ou seja, no mês de maio de 2018, o projeto de pesquisa foi aprovado pelo CEP da instituição investigada e foi liberado o parecer de aprovação do projeto na Plataforma Brasil. Porém, somente no mês de junho de 2018 o projeto de pesquisa foi finalmente aprovado na plataforma interna da instituição. Portanto, a

coleta de dados primários (entrevistas e observações diretas) iniciou-se em julho de 2018 e foi até julho de 2019. E por fim, a partir do mês de agosto de 2019 até dezembro de 2019 foram coletados os dados secundários, ou seja, os relatórios de gestão e as demonstrações contábeis do período de 2010 a 2018 da instituição investigada.

3.2.2 Instrumentos, confiabilidade e validade da pesquisa

Para esta pesquisa, especificamente para a etapa três do estudo, foram criados os roteiros de entrevistas semiestruturadas (Apêndice A, B e C). Nestes roteiros foram elaboradas algumas perguntas abertas e outras fechadas, sempre com o intuito de deixar o entrevistado mais a vontade no momento da entrevista, e também com o propósito de evitar algum tipo de desconforto que poderia ocorrer no momento da entrevista, como por exemplo: o tempo excessivo de resposta entre uma pergunta e outra ou se por algum motivo, o participante não soubesse ou não conseguisse responder alguma das perguntas abordadas. As perguntas dos roteiros foram elaboradas seguindo a sequência da fundamentação teórica desta pesquisa, pois sendo assim, facilitaria o processo de codificações nas análises do resultado da pesquisa.

Para validação das etapas do desenvolvimento do instrumento de pesquisa, foram aplicadas as recomendações de Kirk e Miller (1986), para ilustrar o andamento do processo foi elaborado o Quadro 11.

Quadro 11 – Validação do Instrumento de pesquisa

Tipo de validação	Ações a realizar	Resultado
Validade teórica	1. Revisão da literatura 2. Visitas <i>in loco</i> (campo)	Proposta inicial do Roteiros (Apêndice A, B e C).
Validade aparente	3. Revisão da banca qualificação (contribuições) 4. Revisão das questões por profissionais da área de saúde	Nova versão dos roteiros.
	5. Pré-teste (no hospital investigado)	Primeira entrevista validada.

Fonte: Elaborado pela autora com base em Kirk e Miller (1986).

A validade teórica, segundo Kirk e Miller (1986), refere-se à legitimidade dos procedimentos de pesquisa em relação à teoria estabelecida. E a validade aparente, é quanto um método de pesquisa produz o tipo de informação esperada ou desejada (KIRK E MILLER, 1986). Os requisitos de validade dos roteiros foram atendidos, gradativamente, conforme o andamento e desenvolvimento da pesquisa.

Em relação a confiabilidade, esta pesquisa seguiu as técnicas de confiabilidade propostas por Lincoln e Guba (1985) e Faccin (2016), conforme demonstrado no Quadro 12.

Quadro 12 – Técnicas de confiabilidade

Critérios Tradicionais	Critérios de Confiabilidade	Como satisfazer os critérios de confiabilidade?
Validade Interna	Credibilidade	- Envolvimento prolongado no campo; - Triangulação de dados; - Avaliação dos dados pelos pares; e - Verificação pelos participantes.
Validade Externa	Transferibilidade	- Descrição detalhada do contexto organizacional.
Confiabilidade	Dependabilidade	- Amostragem intencional; - Proteção da confidencialidade dos informantes; e - Auditoria nos dados coletados e nos processos de análise.
Objetividade	Confirmabilidade	- Separação explícita das categorias de primeira, de segunda e terceira ordem; - Gestão rigorosa dos dados gravados: transcrição das entrevistas, notas de observações cuidadosamente registradas; e - Anotação dos contatos da unidade pesquisada.

Fonte: Adaptado pela autora com base em Lincoln e Guba (1985) e Faccin (2016).

Para a confiabilidade, esta pesquisa seguiu todas as sugestões propostas pelas técnicas de Lincoln e Guba (1985) e Faccin (2016), ilustradas no Quadro 12, mas não necessariamente na mesma ordem sugerida.

Em relação ao envolvimento prolongado no campo, para desenvolver a confiança dos entrevistados e aprender um pouco sobre a cultura da qualidade e da segurança do paciente, no final das entrevistas, foi solicitada pela pesquisadora, e as vezes oferecida por iniciativa dos próprios entrevistados, principalmente da área assistencial, a apresentação dos setores produtivos da instituição e dos novos procedimentos oriundos do processo de acreditação internacional. As informações observadas em campo, foram anotadas e registradas cuidadosamente nas notas de observações da pesquisa (anexo B).

Após as finalizações das entrevistas foram realizadas as transcrições de todas as entrevistas realizadas na instituição investigada. Finalizadas as transcrições, foram enviadas, por e-mail, para três dos participantes das entrevistas, os conteúdos das suas transcrições, juntamente com o áudio daquelas entrevistas, para a realização da revisão, conferência e aprovação dos conteúdos transcritos. Na sequência, as transcrições foram separadas e categorizadas em grau de primeira, segunda e terceira ordem. Realizadas as categorizações foi possível gerar as codificações e recodificações, e estruturar, indutivamente, os temas que foram abordados nas análises dos resultados desta pesquisa. Além disso, os conteúdos resultantes das entrevistas e das observações foram comparados com as informações encontradas nos relatórios de gestão e nas demonstrações contábeis, no momento das análises documentais.

3.3 TRATAMENTO, ANÁLISE DOS DADOS E A DESCRIÇÃO DO CASO HCPA

Nesta seção é demonstrado como foi realizado o tratamento e a análise dos dados e, na sequência, é evidenciada a descrição do caso “HCPA”.

3.3.1 Tratamento e análise dos dados

Em relação as entrevistas, estas foram gravadas, transcritas e codificadas em grau de primeira, segunda e terceira ordem conforme as orientações de Saldaña (2009). Para facilitar as codificações das entrevistas, a pesquisa utilizou o software NVivo Pro®, versão 12, pois este software possui ferramentas que servem para organizar e estruturar os “nós” de caso e os “nós” de tema e depois das codificações, também possui ferramentas que auxiliam nas buscas de informações, na geração de matrizes estruturais e na organização dos dados para a análise em pesquisas qualitativas. Além disso, é um software que possui uma plataforma que é muito fácil de manusear. As codificações foram estruturadas hierarquicamente a partir das teorias do referencial teórico desta pesquisa, e com isso, foi criado o *codebook* deste estudo e inserido no projeto de tese do software NVivo. No decorrer das codificações, com as análises do conteúdo das entrevistas e das observações, as hierarquias criadas inicialmente foram sendo alteradas e modificadas indutivamente, ou seja, a medida que os conteúdos eram incluídos no banco de dados do NVivo, notava-se a necessidade de adicionar outros códigos e modificar as hierarquias estruturadas inicialmente. O resumo das codificações, das matrizes estruturais e das consultas elaboradas e realizadas por temas no NVivo Pro®, foi evidenciado na Tabela 6.

Tabela 6 – Resumo do tratamento dos dados realizados na pesquisa por temas

Temas	Codificações	Criação de matrizes	Consultas
Estratégia de acreditação	95	8	2
Mudanças institucionais	240	10	3
Processos institucionais	316	12	3
Valor público	378	14	4
Total	1.029	44	12

Fonte: Elaborada pela autora.

Verifica-se que nesta pesquisa foram efetuadas o total de 1.029 (mil e vinte e nove) codificações das transcrições das 30 (trinta) entrevistas realizadas, foram criadas 44 (quarenta e quatro) matrizes estruturais e realizadas 12 (doze) consultas por temas para o tratamento dos dados desta pesquisa. Para assegurar a confiabilidade da pesquisa, para as codificações, foi necessário separar os temas da pesquisa e categorizá-los em grau de primeira, segunda e terceira ordem, como mencionado no tópico anterior. As matrizes estruturais e as consultas foram criadas e realizadas, respectivamente, com a finalidade de analisar e contrastar as percepções dos entrevistados, por grupo, com os temas da pesquisa.

Em relação aos dados secundários, ou seja, os relatórios de gestão e as demonstrações contábeis da instituição investigada, estes documentos foram analisados, comparados e triangulados com as informações apuradas nas entrevistas. Além disso, a pesquisa realizou um levantamento nos relatórios de gestão e nas demonstrações contábeis no período de 2010 a 2018 para rastrear indícios de divulgação dos elementos e dos indicadores de valor público que foram apontados pelos entrevistados e, por fim, evidenciar quais elementos e indicadores de valor público estão sendo divulgados atualmente pela instituição investigada para a sociedade. A Tabela 7 relaciona os documentos (dados secundários) que foram analisados nesta pesquisa.

Tabela 7 – Documentos coletados e analisados

Tipo do documento	Ano	Assunto analisado	Nº págs.
Relatório de gestão	2010	Planejamento estratégico, indicadores, orçamento e investimentos.	234
Relatório de gestão	2011	Planejamento estratégico, indicadores, orçamento e investimentos.	228
Relatório de gestão	2012	Planejamento estratégico, indicadores, orçamento e investimentos.	282
Relatório de gestão	2013	Planejamento estratégico, indicadores, orçamento e investimentos.	255
Relatório de gestão	2014	Planejamento estratégico, indicadores, orçamento e investimentos.	262
Relatório de gestão	2015	Planejamento estratégico, indicadores, orçamento e investimentos.	142
Relatório de gestão	2016	Planejamento estratégico, indicadores, orçamento e investimentos.	167
Relatório de gestão	2017	Planejamento estratégico, indicadores, orçamento e investimentos.	181
Relatório de gestão	2018	Planejamento estratégico, indicadores, orçamento e investimentos.	133
Demonstrações contábeis	2010	Balanco patrimonial, DRE e notas explicativas.	45
Demonstrações contábeis	2011	Balanco patrimonial, DRE e notas explicativas.	48
Demonstrações contábeis	2012	Balanco patrimonial, DRE e notas explicativas.	42
Demonstrações contábeis	2013	Balanco patrimonial, DRE e notas explicativas.	49
Demonstrações contábeis	2014	Balanco patrimonial, DRE e notas explicativas.	80
Demonstrações contábeis	2015	Balanco patrimonial, DRE e notas explicativas.	43
Demonstrações contábeis	2016	Balanco patrimonial, DRE e notas explicativas.	34
Demonstrações contábeis	2017	Balanco patrimonial, DRE e notas explicativas.	38
Demonstrações contábeis	2018	Balanco patrimonial, DRE e notas explicativas.	34

Fonte: Elaborada pela autora.

Constata-se que, para compor os dados secundários desta pesquisa, foram coletados 18 documentos do período de 2010 a 2018 da instituição investigada, sendo que 9 (nove)

documentos são os relatórios de gestão e 9 (nove) são as demonstrações contábeis.

Como ilustrado na Figura 10, a fase 6 da pesquisa é a etapa que é composta pelos resultados e discussões dos resultados desta pesquisa. Para realizar as análises dos resultados, a pesquisa adotou a análise do conteúdo (BARDIN, 2010). A análise de conteúdo trata-se de um agrupamento de técnicas que podem ser aplicadas em diversas formas, estas técnicas podem apoiar tanto na verificação de hipóteses ou proposições do estudo, quanto na identificação, através de inferências das manifestações dos entrevistados (MINAYO, 2011). A análise de conteúdo dos documentos, entrevistas e das notas de observações desta pesquisa seguiu as três etapas estabelecidas por Bardin (1977): i) pré-análise; ii) exploração do material; e iii) tratamento dos resultados e interpretação.

Em relação a pré-análise, segundo Bardin (1977), essa etapa consiste na fase da organização, logo, foi nessa fase que foram feitas as seleções, organizações e a coleta dos materiais desta pesquisa, sendo assim, à medida que as informações foram coletadas, de forma indutiva, outras informações se faziam necessárias. Com a aplicação desse procedimento, foi possível selecionar diferentes fontes de dados para fundamentar os fatos e eventos percebidos e identificados durante a coleta dos dados. Essa pesquisa adotou o uso de entrevistas, observações e os documentos para compreender a criação de valor no processo de institucionalização da acreditação internacional.

Na fase da exploração do material, ou seja, na segunda etapa da análise de conteúdo, foram feitas as definições das categorias e as codificações de todo o material selecionado na etapa anterior. Nessa fase, os materiais coletados foram atentamente lidos e relidos e, através do *software* NVivo foram realizadas três rodadas de categorização. As categorias (Apêndice F) foram adaptadas ao material de análise selecionado e a fundamentação teórica definida, envolvendo o máximo dos conteúdos possível e definindo-as de forma clara e precisa.

Na última etapa, no tratamento dos resultados e interpretação, os dados coletados e categorizados na segunda etapa, foram relacionados ao modelo teórico da pesquisa, com o intuito de contrastá-los. Nesta etapa foram identificadas as relações entre teorias de base com a situação apurada e observada.

Após as análises dos resultados, ainda na fase 6, ou seja, na fase final do estudo, foram apresentadas as discussões dos resultados desta pesquisa. Para facilitar a compreensão dos resultados, a pesquisa elaborou quadros, tabelas gráficos e figuras, semelhante a análise qualitativa de Miles e Huberman (1994), para ilustrar as respostas das entrevistas, das observações e dos dados apurados na pesquisa documental.

3.3.2 Descrição do caso HCPA

Este tópico aborda as características e contextualização do estudo de caso investigado. Sendo assim, este tópico foi subdividido em três partes: breve histórico do caso do hospital “HCPA”; composição da estrutura física e funcional do HCPA; e as certificações de creditações hospitalares do hospital HCPA.

3.3.2.1 Breve histórico do caso: o hospital “HCPA”

O estudo de caso único, doravante chamado de HCPA, foi efetuado em uma organização hospitalar pública e universitária de direito privado, de porte especial (acima de grande porte), situada na cidade de Porto Alegre, no Estado do Rio Grande do Sul. O HCPA é um hospital da união, subordinada administrativamente pelo Ministério da Educação e vinculada academicamente à universidade federal local. Trata-se de um hospital e centro acadêmico referencial em saúde no estado, com ações de assistência, ensino e pesquisa (HCPA, 2019).

O HCPA foi criado em 1970, registrado em 1971 e teve seu primeiro atendimento ambulatorial ocorrido em fevereiro de 1972. Em maio do mesmo ano, foi internado o primeiro paciente do HCPA, na especialidade de nefrologia e a primeira cirurgia foi realizada em 1973. As atividades de ensino de graduação e pós-graduação do HCPA trabalham em conjunto com uma universidade federal que está localizada no estado do Rio Grande do Sul (HCPA, 2019).

O HCPA é o primeiro e o único hospital geral público universitário acreditado internacionalmente no Brasil e o terceiro da América do Sul a receber a acreditação internacional como centro médico acadêmico, sendo assim, é o hospital público universitário considerado como referência para as demais instituições públicas brasileiras. Além disso, o HCPA foi a primeira organização considerada modelo para a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). A EBSERH é uma empresa que tem a finalidade de qualificar a estrutura e os processos de todos os hospitais universitários da rede do MEC. Na década de 1980, surgiu o sistema próprio de Apoio à Gestão Hospitalar (AGH), criado pelo HC. Em 2009, o AGH foi a base da elaboração do Projeto AGHU (Aplicativos para Gestão dos Hospitais Universitários), em parceria com a EBSERH, para aplicabilidade em todo o país (HCPA, 2019).

3.3.2.2 Composição da estrutura física e funcional do HCPA

O HCPA possui uma unidade principal, com mais de 128 mil m² de área construída, e outra de apoio, a Unidade Álvaro Alvim, com pouco mais de 10 mil m². Esta área, possui 833 leitos, divididos em: 699 leitos de internação; 54 leitos de UTI adulto; 13 leitos de UTI

pediátrica; 20 leitos de UTI neonatal; e 47 leitos de emergência. Além disso, o hospital possui 36 salas cirúrgicas, 188 consultórios ambulatoriais e 15 poltronas de hospital-dia (HCPA, 2019). Em prédios próprios junto ao edifício- sede ou próximos a ele, estão instalados: Centro de Atenção Psicossocial; Unidade Básica de Saúde; Banco de Sangue; Unidades de Radioterapia e Quimioterapia; Centro de Pesquisa Clínica; Centro de Pesquisa Experimental; Casa de Apoio para familiares de pacientes; Lavanderia; e Creche para filhos dos colaboradores.

No HCPA estão disponíveis áreas de apoio a atividades acadêmicas e institucionais, anfiteatro, 9 auditórios e 38 salas de aula. O HCPA possui mais 6 mil colaboradores. Além dos colaboradores, a comunidade interna ainda é formada por professores da UFRGS, estudantes, residentes, pesquisadores, estagiários, jovens aprendizes e trabalhadores terceirizados (HCPA, 2019).

3.3.2.2.1 Serviços prestados e números de atendimentos do HCPA

Em relação ao atendimento prestado em assistência médica, o HCPA entrega a sociedade gaúcha 55 tipos de serviços nas mais diversas especialidades. O Quadro 13 lista todos os serviços médicos prestados no HCPA.

Quadro 13 – Serviços médicos prestados do HCPA

Ambulatório	Fisiatria e Reabilitação	Oftalmologia
Anestesia e med. perioperatória	Gastroenterologia	Oncologia
Atenção primária à saúde	Genética médica	Oncologia pediátrica
Cardiologia	Ginecologia e obstetrícia	Ortopedia e traumatologia
Bloco cirúrgico	Hematologia clínica	Otorrinolaringologia
Centro cirúrgico ambulatorial	Hemoterapia	Patologia
Cirurgia do aparelho digestivo	Hospital-dia	Pediatria
Cirurgia cardiovascular	Imunologia	Pneumologia
Cirurgia geral	Infectologia	Psiquiatria
Cirurgia pediátrica	Mastologia	Psiquiatria da infância e da adolescência
Cirurgia plástica	Medicina intensiva	Psiquiatria de adição
Cirurgia torácica	Medicina interna	Radiologia
Cirurgia vascular periférica	Medicina nuclear	Radioterapia
Coloproctologia	Medicina ocupacional	Reumatologia
Dermatologia	Nefrologia	Transplantes de órgãos sólidos
Diagnóstico laboratorial	Neonatologia	Tratamento da dor e medicina paliativa
Emergência	Neurocirurgia	Urologia
Emergência e med. intens. pediátricas	Neurologia	
Endocrinologia	Nutrologia	

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados do site do HCPA (2019).

Visando ampliar os serviços existentes e atender uma maior quantidade de pacientes, atualmente o HCPA está expandindo sua estrutura física, sendo ampliada em quase 70%, com a construção dos anexos I e II (HCPA, 2019). De acordo com HCPA (2019), no novo complexo hospitalar, será dada atenção especial aos pacientes criticamente enfermos, ou seja, aqueles que

necessitam de cuidados urgentes ou intensivos. Além disso, a emergência, terá sua área física triplicada, sendo assim, oferecerá melhores condições de acolhimento aos seus clientes. No que se refere aos números de atendimentos, ou seja, a produção assistencial do HCPA, a Tabela 8, ilustra as quantidades atendidas nos dois últimos anos.

Tabela 8 – Números de atendimentos do HCPA

Produção Assistencial	2018	2017
Internações	31.288	31.245
Consultas	569.359	589.566
Exames	3.122.562	3.199.144
Procedimentos cirúrgicos	47.546	49.559
Partos	3.515	3.415
Transplantes	425	495
Procedimentos em consultório	257.186	275.841

Fonte: Elaborado pela autora conforme informações do HCPA (2019).

Em 2018 o hospital passou por algumas dificuldades e redução no número de leitos do SUS e na produção assistencial ambulatorial. Estes fatores justificam a pequena queda observada nos números da produção de 2018 em comparação com a de 2017. Mesmo assim, O HCPA ainda encerrou o ano atendendo acima da meta financeira contratualizada com o SUS (HCPA, 2019).

3.3.2.2.2 Estrutura organizacional do HCPA

De forma organizada e transparente o HCPA adotou uma estrutura de governança e *compliance* que explica como a instituição está estruturada, por quem e como é administrada.

O HCPA é administrado pelo Conselho de Administração (CA) como órgão colegiado de deliberação estratégica e controle da gestão e pela Diretoria Executiva (DE) como órgão executivo de administração e representação. A estrutura de governança e *compliance* adotada pelo HCPA está ilustrada na Figura 12.

Figura 12 – Estrutura de governança e *compliance* do HCPA



Fonte: HCPA (2019).

O Conselho Administrativo do HCPA é composto por integrantes vinculados à Universidade Federal local, Diretora-Presidente (Diretoria executiva) do HCPA e membros representantes do Ministério da Educação, do Ministério da Saúde, Ministério da Economia e da Escola de Enfermagem da UFRGS. A diretoria executiva é composta por Diretora-Presidente, Diretor Médico e Diretor Administrativo (HCPA, 2020). As decisões sobre a estrutura de negócios do HCPA são tomadas pela assembleia geral, que é convocada anualmente de maneira ordinária e extraordinariamente. As decisões de caráter operacional, no que se refere ao funcionamento são tomadas pela Diretoria Executiva, com base nas políticas e nas estratégias aprovadas pelo Conselho de Administração. Essas duas instâncias reúnem-se uma vez por mês. (HCPA, 2020). Para operacionalização das ações rotineiras no HCPA, foi adotado o organograma conforme a ilustração da Figura 13.

Figura 13 – Organograma operacional do HCPA



Fonte: HCPA (2020).

Atualmente, a missão escolhida pelo HCPA é ser um referencial público em saúde, prestando assistência de excelência, gerando conhecimento, formando e agregando pessoas de alta qualificação e sua visão é transformar a realidade com inovação em saúde. Com o propósito acolhido de “Vidas fazendo mais pela vida”, os valores abraçados pela instituição foram resumidos em: respeito à pessoa, competência técnica, trabalho em equipe, comprometimento institucional, austeridade, responsabilidade social e transparência (HCPA, 2020).

3.3.2.3 Certificações de creditações hospitalares do HCPA

A história do HCPA pela busca da qualidade nos serviços prestados de saúde inicia-se no final da década de 90, quando começou a discussão de qualidade total. Nesta mesma época, o Ministério da Saúde, no Brasil, começou a pensar em um modelo de acreditação para os hospitais brasileiros e com isso surgiu a ONA, ou seja, a primeira organização de acreditação brasileira.

Na ocasião, do surgimento da ONA, o HCPA estava trabalhando em extrair dados para gerar indicadores de forma automática com um programa simples de gestão hospitalar que o hospital tinha adquirido no período. Então, por volta do início dos anos 2000, o hospital recebeu um convite para fazer parte da Rede Sentinela, que é um projeto que foi desenvolvido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) com o foco em gerenciamento de risco, para fazer parte de um grupo de 20 hospitais que foram convidados para fazer implantar o

processo “piloto” de acreditação pela ONA (HCPA, 2020), ou seja, o HCPA foi um dos primeiros hospitais a testar a acreditação nacional no Brasil.

Após três anos, por volta do início do ano de 2003, o HCPA conquistou o primeiro selo nacional nível 1, pela ONA, que é o selo do tipo “acreditado”. Neste momento a instituição fica obrigada atender as “exigências mínimas” do manual da ONA, ou seja, a instituição deve cumprir ou superar, no mínimo 70% ou mais, os padrões de qualidade e segurança do manual dessa acreditadora.

Em 2006, o hospital foi reavaliado e reacreditado pela ONA em nível 2. No nível 2 da acreditação ONA, que é mais conhecido por “acreditado pleno”, a instituição tem que dominar os requisitos do nível 1 e atender os padrões ONA de gestão integrada nos processos e na organização. Foi nessa ocasião que o hospital começou a discutir como mensurar o que estava sendo feito dentro do hospital, ou seja, nesse momento o HCPA percebeu que era necessário melhorar os indicadores de desempenho do hospital. Porém, com o passar dos anos o hospital sentiu a necessidade de inovar e almejou outro modelo de acreditação, um modelo diferente e desafiador, que tivesse foco na qualidade e na segurança do paciente. A entrevistada A2 relatou:

[...] me lembro que em março de 2009, teve uma reunião para se falar sobre acreditação pela *Joint Commission*. Então, no ano anterior, já vinha sendo pensado pela administração do hospital em um modelo diferente de acreditação. Por vários motivos, mas assim, o que importa aqui é que esse modelo da *Joint Commission* seria mais desafiador para o hospital.

Então, em 2009, conforme declarado pelo entrevistado A3, foram realizadas várias pesquisas externas no mercado e o hospital constatou que realmente a JCI era o modelo mais adequado para a instituição:

Então, fomos ver no mercado, o que é que o mercado oferecia, em termos de alternativas. Ver como é que estava estruturado isso no Brasil, e concluímos pela *Joint Commission International* como uma alternativa adequada para aquilo que a gente queria. E aí, começamos a fazer contatos e tal, e identificar como fazer para contratar a JCI e uma consultoria também do CBA, para nos ajudar a nos prepararmos para as avaliações.

Neste mesmo período, conforme relatado pelo entrevistado A3, foi contratado os serviços de consultorias da CBA, para a realização do primeiro diagnóstico da instituição, para o hospital iniciar as preparações para a submissão de avaliação externa, e por fim, para o hospital conquistar o desejado selo de acreditação internacional.

Com a realização do primeiro diagnóstico pela CBA, foi constatado que o hospital necessitaria realizar uma série de mudanças, melhorias e investimentos dentro da instituição

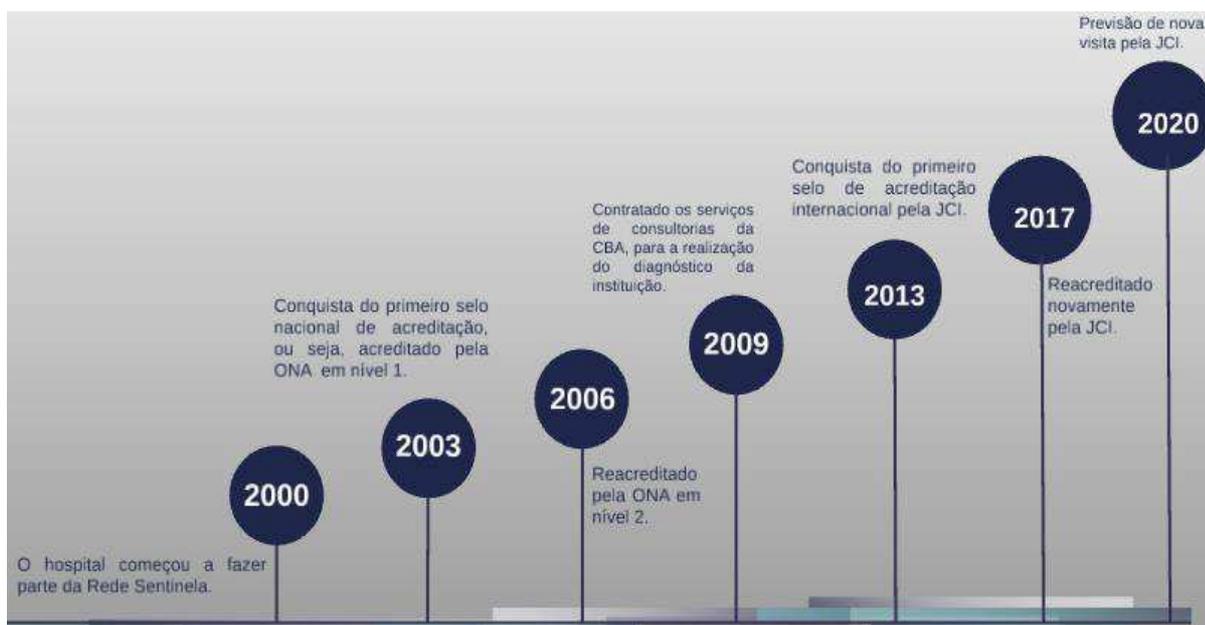
para poder atender as recomendações do manual da JCI, como por exemplo, mudanças na estrutura física do hospital, mudanças nos processos, e alocação e contratação de recursos humanos. Foi a partir daí que o HCPA percebeu que precisaria criar várias alternativas para conseguir se adequar as normas internacionais e conquistar o selo de acreditação internacional.

Então, primeiramente, o HCPA criou o Programa de Gestão da Qualidade e da Informação em Saúde (Qualis), para organizar e gerenciar as demandas oriundas da acreditação hospitalar internacional. Além disso, também foram criadas várias comissões e subcomissões para dividir as responsabilidades e os capítulos do manual da JCI, e com isso garantir a conquista do selo internacional.

Após todas as mudanças sofridas e todo os investimentos realizados na instituição, em 2013, o HCPA conquistou a primeira certificação de acreditação internacional pela *Joint Commission International* (JCI). Neste momento, houve uma grande comemoração interna e os gestores e colaboradores sentiram orgulho por trabalhar nesta instituição pública de saúde, pois o HCPA foi o primeiro hospital acreditado internacionalmente no Brasil e o terceiro da América do Sul a receber a acreditação internacional como centro médico acadêmico (HCPA, 2020).

Em 2017, foi criado o Programa de Monitoramento da Qualidade, o programa “Equalização”, e neste mesmo ano o HCPA participou novamente das avaliações da JCI, e foi novamente reacreditado. A Figura 14 resume a linha do tempo da conquista do selo internacional pela JCI.

Figura 14 – Linha do tempo da conquista da certificação internacional da JCI pelo HCPA



Fonte: Elaborada pela autora com base nas informações do website do HCPA e dos entrevistados do HCPA.

Cabe ressaltar que, conforme demonstrado na Figura 14, por ser um processo complexo, foram necessários 4 (quatro) anos de preparação para o HCPA conquistar seu primeiro selo de acreditação internacional pela JCI. Destaca-se também que o selo internacional tem validade de três anos e a partir daí ocorrem novamente as avaliações externas dos auditores da JCI para conceder as reacreditações. Para o ano de 2020, na HCPA está prevista uma nova visita da JCI na instituição investigada.

4 ANÁLISE DO CASO HCPA

Neste capítulo são apresentadas as análises dos dados do estudo de caso HCPA. As análises deste estudo de caso foram divididas em quatro grandes etapas: processo de busca pela acreditação hospitalar internacional; mudanças institucionais; processos institucionais; e valor público.

4.1 PROCESSO DE BUSCA PELA ESTRATÉGIA DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR INTERNACIONAL

Para entender como ocorreu o processo de busca pela estratégia de acreditação internacional no hospital público investigado, esta seção foi dividida em duas etapas: decisão estratégica; e estratégia competitiva. Nesta seção os temas foram analisados pela análise de conteúdo dos dados primários e análise de conteúdo dos dados secundários.

4.1.1 Decisão estratégica

Este primeiro tópico aborda dois temas: os fatores determinantes da busca pela estratégia da acreditação internacional; e o investimento alocado pela instituição para conseguir implantar a acreditação internacional da JCI. Todas as questões deste tópico foram respondidas pelo grupo A, pois trata-se de questões sobre as decisões da instituição.

4.1.1.1 Fatores determinantes da busca pela estratégia de acreditação internacional

Inicialmente, a pesquisa procurou entender os motivos da decisão do HCPA de adotar a estratégia de acreditação. O Quadro 14, a seguir, apresenta os fatores determinantes da busca de acreditação hospitalar internacional para o HCPA, em termos de estratégia e da decisão de implantar a acreditação hospitalar internacional.

Quadro 14 – Fatores determinantes da estratégia de acreditação hospitalar internacional

C.E	Categoria de 1ª. ordem: Estratégia de acreditação - Categoria de 2ª. ordem: Decisão estratégica
	Categoria de 3ª. ordem ou unidade de registro: Fatores determinantes
	Unidade de contexto: fragmentos essenciais
A1	"[...] porque tudo que foi implementado, foi implementado porque se acreditava que seria o melhor para a instituição , [...] para manter esse processo de qualidade e segurança ."
A2	"Então, no ano anterior, já vinha sendo pensado pela administração do hospital em um modelo diferente de acreditação . Por vários motivos, mas, o que importa aqui é que esse modelo da <i>Joint Commission</i> seria mais desafiador para o hospital. [...] E ela se baseia nas melhores práticas e na transparência da informação [...], mas, o que moveu o hospital de clínicas foi essa ideia meio que, aquela coisa da cultura do hospital , meio entranhada da gente achar que pode ser o melhor . E sempre buscar reconhecimento por isso, mesmo que não seja um reconhecimento financeiro...".
A3	"[...] Primeiro, entendendo que seria importante para instituição ter algum organismo que pudesse avaliar a qualidade do que se faz aqui. Entendendo que, o processo de acreditação ele é consequência de ações que nos levem na melhoria da qualidade e da segurança , era isso que norteou muito as nossas ações, entendendo que sim, esse tipo de busca faria com que a gente mudasse a cultura de

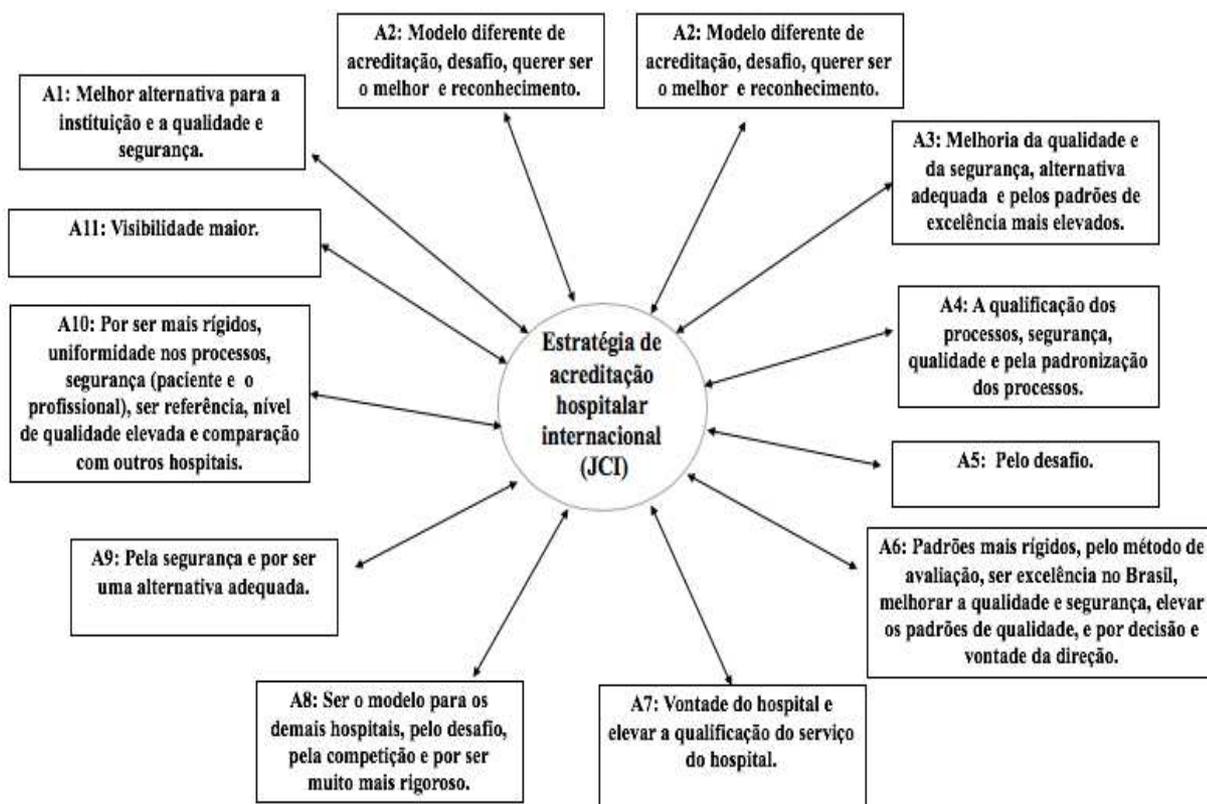
	segurança dentro do hospital. [...] Então, fomos ver no mercado [...] e concluímos a <i>Joint Commission International</i> como uma alternativa adequada para aquilo que a gente queria [...] a gente entende que os padrões internacionais são mais resistentes , então, aumenta a altura do sarrafo e nos obriga a buscar padrões de excelência mais elevados , fundamentalmente é isso, que a gente enxerga na diferença entre os modelos.”
A4	"A questão de qualificar processos , de garantir uma segurança e uma qualidade no processo assistencial [...] então, acho que muito mais motivado por essa questão de poder padronizar e garantir toda essa questão da segurança dos processos . E claro, isso acaba tendo uma repercussão externa ".
A5	"[...] a gente sentia que era um programa (ONA) muito voltado para ferramentas da qualidade, mas de um ponto de vista mais de administrativa, entendeu? E aí se deu conta que não era isso que a gente queria, a gente queria era ver o processo ligado ao paciente , a gente queria ver lá na ponta...[...] Então, isso fez com que a gente começasse a olhar para o que tinha de certificações afora, normalmente a gente via isso em hospitais privados, buscando essas certificações...[...] assustou, assustou! Mas, por que não? Por que não, não é?"
A6	"[...] o hospital avaliou os critérios , digamos, de certificação da ONA e os critérios internacionais já pensando que existiam muitos hospitais, no país, de excelência, que tinham a certificação da Joint Commission com padrões mais rígidos e, especialmente, pelo método de avaliação [...] é a instituição que, voluntariamente, quer melhorar, então, acho que teve isso: a direção , nesse tempo, decidiu que queria melhorar e atender à padrões internacionais como os hospitais de excelência no Brasil (Einstein, Sírio, Moinhos de Vento e, na época, o Mãe de Deus). Então, o Clínicas decidiu isso: queremos melhorar, e melhorar com foco em qualidade e segurança... [...] enfim, mas é toda uma intenção (vontade) da direção , deixar isso claro para a organização, que se quer a melhoria , que o hospital está se comprometendo em elevar seus padrões de qualidade, a mudar os processos... [...] então, a gente conseguiu olhar melhor as oportunidades de melhoria que a gente tem no hospital, de desenvolver projetos em diversas áreas... "
A7	"É, na verdade, acho que é mais a vontade do hospital , do quê fatores, mas óbvio que os fatores também contam, enfim, para elevar a própria qualificação no trabalho que o hospital faz [...] eu vejo assim, que trouxe qualificação do serviço no hospital. "
A8	"O hospital de clínicas sempre teve uma tradição de querer atingir, ser o modelo para os demais hospitais , atingir uma acreditação, aí, no sentido semântico da acreditação, não pela acreditação com "A" maiúsculo. O hospital sempre quis ser exemplo de na área de educação, na área de saúde. [...] A gente quis buscar acreditação internacional, porque era difícil, poucos hospitais tinham isso no Brasil, nenhum hospital público tinha e a gente daí tentou ser pioneiro nesse tipo de... não sei se poderia dizer, esse tipo de competição, é uma competição contra nós mesmo . Eu acho que é uma competição. [...] Eles são muito mais rigorosos , até no sentido assim, de a gente algum tempo participou dos processos da ONA, que é nacional, na JCI eles são muito mais rigorosos [...] então, isso é muito rigoroso, é o mais difícil e é o mais completo. "
A9	"Então, veja que, apesar de o hospital ser um hospital de excelência, com práticas muito bem definidas, especialmente controle de infecção, tem uma tradição de longa data... [...] não teve nenhum fator específico, algum evento que motivasse, foi todo um amadurecimento do grupo . Foi criado um grupo da qualidade do hospital, um escritório de qualidade, denominado Qualis...[...] para trabalhar a questão de segurança , que era uma tendência já internacional e a gente se adequou a isso , [...] Então, pesquisou-se as opções, a acreditação canadense, a JCI, se buscou até as nacionais, mas achou-se que a JCI fosse adequada para a gente. "
A10	"A <i>Joint Commission International</i> como internacional, ela tem critérios bem mais rígidos do que alguns que o hospital já vinha trabalhando, no sentido deixar os processos bem escritos, bem definidos, de ter uma uniformidade nos processos que são realizados na instituição, o objetivo maior é segurança , tanto para o paciente quanto para o profissional que está trabalhando aqui...[...] existe sim, o desejo do hospital ser uma referência , de trabalhar com processos em nível de qualidade elevada . Então, isso faz com que vai em busca de critérios e de padrões para ser comparado com outros hospitais . Aqui no Brasil, foi o primeiro hospital público a tentar o processo de acreditação com uma instituição internacional."
A11	"[...] claro que um hospital com selo de acreditação internacional ele tem uma visibilidade maior... "

Fonte: Elaborado pela autora.

No Quadro 14, percebe-se pela análise dos fragmentos essenciais retirados das respostas dos entrevistados que, os fatores determinantes mais frequentes foram: a melhoria da segurança

e a melhoria da qualidade. Para facilitar o entendimento da análise dos fragmentos essenciais do grupo A, foi elaborada a Figura 15, aborda os fatores determinantes mais relatados pelos entrevistados.

Figura 15 – Fatores determinantes da acreditação internacional



Fonte: Elaborada pela autora.

Na análise da Figura 15, percebe-se que, os fatores mais relatados pelos entrevistados do HCPA foram: “melhoria da segurança”, “melhoria da qualidade”, “ser modelo de excelência ou referência ser modelo de excelência ou referência no Brasil”, “busca de padrões elevados”, “desafio”, “alternativa adequada”, “padrões mais rigorosos” e “competição ou comparação”. Outros fatores também citados, porém, com menos veemência foram: “padronização dos processos”, “vontade (desejo) do hospital”, “qualificação dos processos”, “modelo de acreditação diferente”, “reconhecimento” e “maior visibilidade”.

A partir desses achados, pode-se afirmar que os fatores determinantes para a busca da acreditação hospitalar internacional pelo hospital investigado, resultaram com maior número de observações de pressões isomórficas miméticas (melhoria da segurança, melhoria da qualidade, desafio e competição ou comparação) e normativas (padronização dos processos, alternativa adequada, busca de padrões elevados e padrões mais rigorosos) e, com menor

número de observações de pressões coercitivas (ser modelo de excelência ou referência no Brasil, reconhecimento e maior visibilidade).

4.1.1.2 Investimento alocado

Neste tópico a pesquisa questionou para os entrevistados sobre o nível de investimento (pequeno, médio ou grande em milhares de reais ou horas trabalhadas) que o hospital alocou ou aloca na estratégia da acreditação. O Quadro 15, resume as respostas dos entrevistados do grupo “A” sobre o investimento alocado pelo HCPA, por causa da estratégia de acreditação internacional.

Quadro 15 – Investimento alocado na implantação da acreditação internacional

C.E.	Categoria de 1ª. ordem: Estratégia de acreditação - Categoria de 2ª. ordem: Decisão estratégica Categoria de 3ª. ordem ou unidade de registro: Investimento alocado Unidade de contexto: fragmentos essenciais
A1	" Bastante alto. E com certeza ajuda adquirir recursos..."
A2	"Um investimento médio , para o padrão do hospital. A gente tem um investimento direto - com o processo de acreditação, uma contratação da consultoria, contratação da avaliação [...] Mas, também teve os investimentos que por causa desse processo que a gente revolveu aderir, a gente precisou adquirir [...] por exemplo, o software para fazer gestão documental , dedicação das pessoas - de horas - para fazer a gestão documental, campanhas que a gente faz, aquisição de novos insumos [...] Então, tem investimento direto, tem o investimento indireto e tem o investimento que deveria ser feito de qualquer forma. Tudo isso em termos financeiros, mas tem todo o investimento de tempo das pessoas dedicadas a isso."
A3	"Eu diria que o investimento médio , porque tem além desse investimento, tem os desdobramentos disso, que são melhorias que a gente precisa obrigatoriamente fazer em área física, em processos, em alocação de recursos humanos que certamente tem um custo considerável. Então, eu diria que sim, é esse investimento de nível médio para os padrões do hospital que a gente fez, né? Fez e continua fazendo nesse processo..."
A4	" É bastante alto. Tanto que hoje a gente tem uma área específica que é o Qualis , que foi criado com pessoas dedicadas para darem uma atenção, digamos assim, específica para essa questão da qualidade no hospital e a garantia de continuidade desses processos e consequentemente a manutenção desse selo da JCI."
A5	"Eu acho que é um investimento alto . Não é alto no sentido de dinheiro, sabe, assim? Alto no sentido de mobilização [...] nós não trabalhamos com orçamento por área nem por projeto, a gente tem o orçamento do hospital [...] não tem orçamento para acreditação. "
A6	"É um investimento inicial alto , acho que tem um custo alto para buscar esse selo, tem um contrato de acreditação com a <i>Joint Commission</i> , justamente porque a gente tem que estar sempre comprometido com a própria <i>Joint Commission</i> em seguir as recomendações deles. A gente fica vinculado com eles e a gente também paga por essas avaliações externas, então o selo tem esse custo [...] a gente fez uma série de melhorias a partir disso , a partir dessa crítica do diagnóstico inicial para o processo de acreditação [...] essas porta corta-fogo, por exemplo , foi todo um investimento do hospital em colocar isso, é um prédio antigo. A ONA, a organização anterior, não olhava para isso [...] Mudança na estrutura, nas políticas de gestão de recursos humanos, na própria organização dos prontuários funcionais [...] treinamento de rotas de fuga, por exemplo, a gente tem que fazer a cada dois anos, todos os profissionais toda a estruturação de matriz de capacitação, de regras, outro jeito de fazer em prol da qualidade [...] isso é muito diferente hoje, é muito diferente em toda a trajetória, a gente foi fazendo vários projetos de melhoria. A gente elaborou um plano de gerenciamento documental . Nós temos um sistema bem robusto hoje em dia, onde essas rotinas de trabalho e os protocolos assistenciais, estão, em sua grande maioria, descritas, e aí, quando o funcionário tem dúvida, ele pode acionar essa rotina."
A7	"Eu diria assim, que pelo benefício que nos trouxe acreditação acho que o investimento foi baixo . [...] os recursos que a gente acaba usando, são recursos próprios. [...] Eu te diria assim que fonte específica, eu te devo isso, mas eu diria que muitos recursos, por exemplo, de manutenção que são pagas pela própria receita de custeio e eles vieram da União [...] não teve necessariamente uma fonte específica para isso."
A8	" Foi alto na época. Hoje esses investimentos estão praticamente absorvidos pela estrutura de despesas no hospital, mas realmente, para manter uma acreditação não sai barato. A gente tem que colocar

	qualidade todas as áreas e é bem complicado, é bem difícil. No início houve um investimento muito maior, e depois, agora tá mais equalizado."
A9	"Então, investimento em termos de pessoal, de horas de trabalho foi quase que 100% [...] a gente já vinha fazendo, só que é uma coisa muito mais focada, direcionada e objetiva, com plano e tempo para a execução."
A10	"Então, teve um investimento pesado nisso, tem uma parte de recursos humanos que sim, que ela onera. O hospital contratou várias pessoas desde o momento que se iniciou o projeto da acreditação [...] Então, isso foi importante, também foi bem significativo, o serviço farmácia ganhou bastante vaga com processo da acreditação [...] acho que é fundamental é que a direção do hospital esteja bem ciente dessa decisão e que apoie todo investimento, que não é só financeiro, que têm que ter na instituição."
A11	"Ele é um investimento alto [...] tem o custo de contratar o CBA para fazer a orientação, a educação fazer as visitas educativas que eles chamam, que é onde eles te auxiliam nesse processo. Eles te dão caminho das pedras [...] é uma consultoria, pelo CBA isso tem um custo. Tanto que a proposta agora, a partir da segunda, da reacreditação, é a gente reduzir essa consultoria porque nós já criamos um aprendizado. Mas, inicialmente, tem esse custo. [...] Então, teve o Qualis que foi formado , a partir da busca [...] claro que isso tem um investimento feito, tanto em horas, quando em recurso materiais , mas na melhoria do processo vai reverter esse custo em termos de segurança para o paciente. Quando eu tenho uma redução de taxa de infecção, quando eu tenho uma redução de transferência de paciente para terapia intensiva, eu vou ter um custo menor. Mas, inicialmente, tem um custo alto. Porque tem um custo de contratação , tem o custo material de investimento, material para poder atender algumas normatizações de processo, mais o custo humano de horas de trabalho envolvidas para isso."

Fonte: Elaborado pela autora.

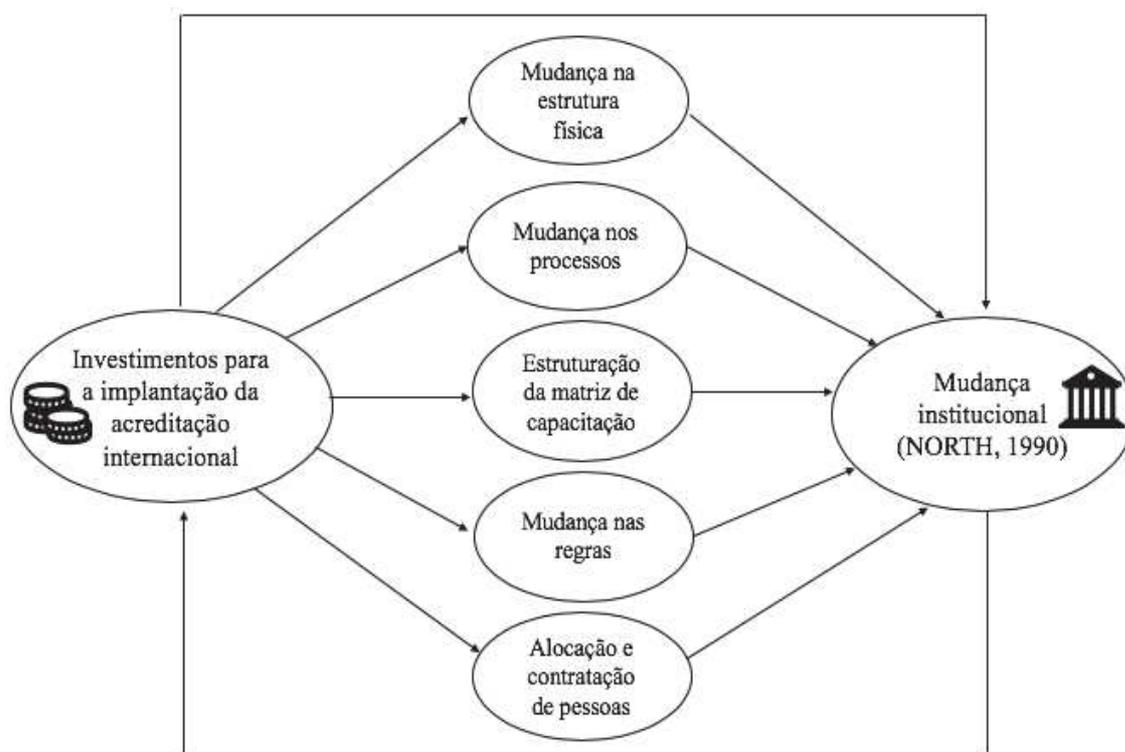
Percebe-se pela análise das respostas dos entrevistados, que a maioria dos entrevistados concordam que o investimento alocado na estratégia de acreditação foi ou ainda continua sendo um investimento alto para a instituição. Esses achados corroboram os achados de Junqueira (2015) e Xavier, et al. (2015) onde encontraram que institucionalização da acreditação hospitalar tem um custo bastante oneroso.

As argumentações e explicações dos entrevistados, quando afirmam que com a implantação da acreditação foram modificadas “toda a estruturação de matriz de capacitação, de regras...” fortalecem a teoria institucional pela ótica de North (1990) quando o autor afirma que o processo de mudança institucional implica em alterações nas regras formais e informais. Ademais, de acordo com Piaia (2013) a mudança institucional é uma alteração da matriz já institucionalizada e exigida pela interação humana, logo percebe-se a ligação da teoria institucional com os acontecimentos ocorridos no HCPA com a implantação da acreditação.

Outrossim, Observa-se no Quadro 15, que os entrevistados justificaram que o motivo do investimento alto na implantação da acreditação, ocorreu por causa da necessidade de realizar melhorias na instituição, como mudanças na estrutura física, mudança nos processos, alocação e contratação de recursos humanos e criação de um setor específico (Qualis) para a manutenção e continuidade da acreditação. Além disso, ficou claro que tudo isso foi realizado sem um orçamento próprio ou direcionado para a acreditação, ou seja, todas as mudanças foram realizadas com a criação de projetos ou proposta de melhorias no hospital que obrigatoriamente já deveriam terem sido realizadas, a acreditação foi apenas o motivador e a justificativa para

que as melhorias acontecessem progressivamente. Esses resultados consolidam novamente a teoria institucional, pois de acordo com North (1990) a institucionalização ocorre a partir de uma mudança na organização e esta mudança ocorre sempre de forma incremental, ou seja, a mudança institucional acontece de maneira lenta, contínua e gradativa (NORTH, 1990) igualmente como ocorreu no HCPA com o investimento alocado para a implantação da acreditação. A Figura 16 exemplifica as relações existentes entre os investimentos para a implantação da acreditação e a mudança institucional sugeridas pro North (1990).

Figura 16 – Relações entre o investimento alocado e a mudança institucional



Fonte: Elaborada pela autora.

Observa-se na Figura 16 que para a implantação da acreditação hospitalar internacional foram necessários investimentos para realizar as mudanças na estrutura física, mudança nos processos, estruturação da matriz de capacitação, mudanças nas regras do HCPA e alocação e contratação de pessoas. Todas essas mudanças mencionadas na Figura 16, estão relacionadas diretamente com a mudança institucional (NORTH, 1990). Portanto, pode-se afirmar que, por causa da mudança institucional ocasionada pela implantação da inovação (acreditação internacional) foram necessários investimentos altos na instituição e esses investimentos foram necessários para concretizar a mudança institucional.

Para confirmar as afirmações da fala dos entrevistados, foram realizadas as análises documentais nos relatórios de gestão e nas demonstrações contábeis nos anos de 2010 a 2013,

período que antecedeu e que ocorreu a primeira conquista do selo de acreditação internacional, com o intuito de verificar se realmente houve sinalização de mudanças nos investimentos da instituição durante a implantação da acreditação.

Após a realização das análises nos relatórios de gestão e nas demonstrações contábeis do HCPA, foram encontradas as informações demonstradas na Tabela 9, a seguir, retiradas das despesas orçamentárias, especificamente da “despesa de capital” do grupo de despesa “investimentos”.

Tabela 9 – Investimentos com a implantação da acreditação internacional

Grupo de despesa	Despesas orçamentárias liquidadas			
	2010	2011	2012	2013
Investimentos	10.185.317,08	7.256.022,80	10.853.456,82	21.259.729,71
Equipamentos e materiais permanentes	9.147.028,58	5.704.738,70	10.167.772,81	17.836.224,27
Obras e instalações	1.038.288,50	1.551.284,10	685.684,01	3.423.505,44

Fonte: Adaptado dos relatórios de gestão e demonstrações contábeis do HCPA dos períodos de 2010 a 2013.

Percebe-se com a Tabela 9, nas despesas orçamentárias liquidadas, que realmente no ano de 2012, o ano que antecedeu e principalmente no ano de 2013, no ano da conquista da certificação internacional, houve aumentos significativos nas contas de investimentos (especificamente nas contas de equipamentos e materiais permanentes e obras e instalações) comparando com os investimentos dos anos anteriores. Além disso, nos relatórios de gestão dos anos de 2012 e 2013 foram encontradas as justificativas dos aumentos nos investimentos do HCPA, ou seja, a confirmação de que o aumento nas despesas liquidadas da instituição estava realmente relacionado aos investimentos para a implantação da acreditação internacional. O Quadro 16 ilustra as justificativas encontradas nos relatórios de gestão sobre o motivo do aumento nos investimentos e em quais equipamentos foram investidos nos anos de 2012 e 2013.

Quadro 16 – Resumo dos relatórios de gestão sobre os investimentos no HCPA

2012		2013	
- Melhorias na infraestrutura Verificação da infraestrutura do HCPA para adequações aos padrões da <i>Joint Commission Internacional</i> , visando ampliar a segurança nos processos de trabalho e aos pacientes: estão em fase de conclusão a instalação do sistema de alarmes e segurança contra incêndios e a ampliação de mecanismos de proteção em janelas e escadas; [...] aquisição de camas mais seguras e confortáveis; [...] incluindo a aquisição de equipamentos para distribuição de medicamentos e alimentos; reformas em áreas como lavanderia, Emergência e CCA; início da reforma da área de produção de alimentos.	- Implantação de um plano de gerenciamento de documentos Este plano envolveu a revisão e elaboração de políticas e planos com o objetivo de documentar e uniformizar práticas assistenciais. Foi definido um padrão documental e implantado sistema de gestão eletrônica destes documentos. [...] Neste ano, houve renovação de mobiliário, camas, cadeiras e macas e aquisição de equipamentos, proporcionando maior conforto aos pacientes e condições ergonômicas de trabalho. Encontra-se em fase de planejamento e implantação ações que irão contribuir para qualificar o atendimento dos usuários, mediante o desenvolvimento da política de atendimento, além dos esforços empreendidos para alcançar os padrões da acreditação Internacional, cujo foco é a qualidade e segurança do paciente.	- Qualidade e segurança da assistência Para poder receber esse selo, o HCPA preparou-se ao longo de três anos, com consultoria do Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), através de visitas mensais à instituição e avaliações simuladas. Também foi criado o QUALIS, responsável pela coordenação das atividades que envolveram a acreditação. Todo o processo em si trouxe conquistas para a equipe do HCPA: fortalecimento da equipe, capacitação para gestão da qualidade e segurança, reavaliação de processos, padronização de documentos, sistematização de treinamentos e melhorias na infraestrutura.	- Índice de renovação [...] através da elaboração e da apresentação de projetos específicos direcionados para atualizar a infraestrutura física das instalações existentes. Dentre os investimentos, destacam-se a aquisição de um sistema cirúrgico robótico (R\$ 7,7 milhões), sistemas automatizados para dispensação de medicamentos (R\$ 10,3 milhões), sistemas de anestesia com monitoração (R\$ 1,7 milhão), equipamentos de circulação extracorpórea (R\$ 1,2 milhão) e 90 camas eletrônicas de internação (R\$ 782 mil).

Fonte: Relatórios de gestão dos períodos de 2012 e 2013.

Observe-se no Quadro 16 que, semelhante à fala dos entrevistados, nos relatórios de gestão, no formato de prestação de contas, também foi comentado sobre as mudanças na infraestrutura da instituição, sobre as reformas em alguns setores para atender os padrões de acreditação, sobre as compras de equipamentos e sobre a aquisição de software de gestão de documentos.

4.1.2 Estratégia competitiva

O segundo tema da estratégia de acreditação, a estratégia competitiva, aborda dois temas: ambiente externo e interno; e o diferencial para o paciente e para o hospital. O primeiro tem o intuito de compreender a influência do ambiente externo e interno em relação a busca da estratégia de acreditação internacional. O segundo, tem o propósito de entender qual é o diferencial para o paciente e o hospital por ser uma instituição com a acreditação internacional.

4.1.2.1 Ambiente externo e interno

Neste subitem a pesquisa indagou para os entrevistados sobre a influência do ambiente externo (político, econômico, social e ambiental) em relação a busca pela estratégia de acreditação da instituição. O Quadro 17, resume as principais respostas dos entrevistados (grupo “A”) no que se refere ao ambiente externo.

Quadro 17 – Ambiente externo

C.E.	Categoria de 1ª. ordem: Estratégia de acreditação - Categoria de 2ª. ordem: Estratégia Competitiva Categoria de 3ª. ordem ou unidade de registro: Ambiente externo
Unidade de contexto: fragmentos essenciais	
A2	"[...] o que moveu foi essa ideia da cultura do hospital , meio entranhada assim, da gente achar que pode ser o melhor . E sempre buscar reconhecimento por isso , mesmo que não seja um reconhecimento financeiro, o reconhecimento por isso. [...] E acho que isso, especialmente para mim - é uma visão muito pessoal - que sempre fui uma pessoa que acha que a gente tem que ter um sistema único, universal de saúde, a gente mostra que é possível ter um sistema único universal de saúde com qualidade e reconhecido ."
A3	"Eu diria que sim, o principal fator foi esse (o fator social), de poder buscar a qualificação dos processos e uma garantia de segurança para quem busca atendimento aqui dentro. Acho que esse é um fator principal e a claro que tem fatores que acabam vindo junto, que são importantes no final das contas, como os fatores políticos , que com certeza o hospital ao obter a acreditação, certamente a gente pode utilizar esse tipo de argumento em alguns pleitos que o hospital precisou fazer ao longo do tempo, junto à órgãos do Governo Municipal, Estadual e Federal. Então, realmente teve um impacto político colateral , que não era o objetivo principal, mas acabou acontecendo."
A4	"Eu acho que muito mais uma questão política no sentido de projeção, porque financeiramente para o modelo que a gente tem hoje, falando de contrato com o SUS, isso não geraria grandes impactos, né? Só a questão da garantia, né? De processos qualificados e claro, pensando no processo de pacientes de convênios e particulares, isso acaba tendo sim um impacto mais direto, né? Mas, acho que muito mais interno de cultura , assim, política no sentido de... financeiramente."
A5	"Ele é social , ou seja, se conseguiu essa movimentação tão grande ao longo desses anos para acreditação, porque fez sentido para as pessoas. Fez sentido que eu não tenho que usar o meu crachá aberto, solto aqui na frente, porque isso pode encostar no paciente. Fez sentido eu não querer usar brinco na hora em que eu estou no centro cirúrgico. Então, é social , ele é dedicado ao paciente."
A6	"A <i>Joint Commission</i> foca os seus padrões na segurança do paciente, do ambiente e dos profissionais. Então, todo o manual de padrões da <i>Joint Commission</i> , que são 1.200 padrões - ou perto de 1.200 padrões -, eles são muito focados nessas três questões, na segurança dos processos assistenciais, do ambiente, toda a questão de prevenção, combate a incêndios, rotas de fuga, capacitação dos funcionários, saber o que fazer no caso de uma emergência. Então, a direção do hospital , conhecendo que o manual era assim, optou por buscar esse selo de acreditação, como eu disse, como um meio para a gente melhorar ."
A7	"Acho que social , a meu ver foi social . Porque econômica a gente não visa isso...Atender a sociedade, exatamente! A qualificação da própria atividade do hospital em termos de questão social, que é o nosso objetivo."
A8	"A gente sempre tem esperança de que é tendo a acreditação nós possamos ser mais reconhecidos e poder fazer jus a uma parte maior de investimento público . Essa é a uma coisa que nós sempre acreditamos. Nós também pensamos na sociedade também, né? O nível de resolutividade técnico do hospital, melhorar e avançar ."
A9	"[...] a acreditação não foi motivada por ganhar algum recurso, e sim pela segurança, pela melhor condição do paciente, foi bem mais pelo lado social . [...]A questão dos resíduos foi uma coisa que ajudou a organizar, mas já havia um trabalho bem importante. Claro que teve melhorias, houve bastantes melhorias em várias áreas, até em controle de infecção. Então, contribuiu do ponto de vista social e ambiental para a gente."
A11	"Eu acho que isso te dá um poder de negociação com o governo federal. O governo federal tem o hospital como uma vitrine de hospital público, porque ele é o mantenedor da instituição. E essa é uma instituição que funciona. [...] os pacientes lembram do hospital como um hospital público mantido pelo SUS. Mantido pelo SUS não no sentido financeiro, mas como os pacientes do SUS tem acesso onde tem uma série de procedimentos, até de alta complexidade [...]. Para o governo federal é uma vitrine."

Fonte: Elaborado pela autora.

Observe-se no Quadro 17 que a maioria dos respondentes (5 observações) argumentam que, a influência do ambiente externo em relação a busca pela acreditação internacional foi mais pela questão social do que pelas demais questões, ou seja, foi mais pela questão de melhorar os serviços para a sociedade e ter o reconhecimento pelos serviços prestados com qualidade e segurança. Além disso, a segunda questão mais citada pelos respondentes (3 observações) foi a questão política. Segundo os respondentes, a questão política não era o foco, porém surgiu com o decorrer do processo e de certa forma, a obtenção do selo internacional ajudou a instituição como argumento para requerer alguns recursos, pois o mantenedor (Governo Federal) tem o hospital como exemplo de instituição pública. Este resultado corrobora com o achado de Mansour (2018), que encontrou como uma das vantagens da acreditação hospitalar é o aumento nos orçamentos dos hospitais públicos. Outro destaque foi que alguns respondentes citaram que a busca pela estratégia de acreditação foi algo bem mais interno do que externo, ou seja, a vontade interna da instituição de melhorar seus processos e a cultura do hospital de sempre procurar ser o melhor para a sociedade.

Em relação ao ambiente interno, foi perguntado para os entrevistados se os recursos internos e as competências da instituição contribuíram para o sucesso da implantação da acreditação. O Quadro 18, apresenta as respostas dos entrevistados (grupo “A”) sobre ambiente interno.

Quadro 18 – Ambiente interno

C.E.	Categoria de 1ª. ordem: Estratégia de acreditação - Categoria de 2ª. ordem: Estratégia Competitiva
	Categoria de 3ª. ordem ou unidade de registro: Ambiente interno
Unidade de contexto: fragmentos essenciais	
A2	“[...] um hospital universitário é um hospital diferente [...] muita gente que trabalha aqui, estudou aqui. Então, as pessoas se criaram aqui. E, quando um lugar que a gente trabalha é reconhecido pela população, isso também traz uma sensação maior ainda de ter orgulho de participar do hospital . Então, eu vou te dizer que, o maior recurso que a gente tem aqui no hospital é esse. [...] As pessoas têm orgulho de trabalhar aqui. [...] de recursos que a gente pode ter disponíveis na hora de pensar em acreditar um hospital são: boas ideias, boas pessoas e, obviamente, o recurso financeiro. ”
A3	“Acho que esse é um fator fundamental . Eu costumo dizer que o principal ativo de um hospital com o nosso são as pessoas , são as competências, são as experiências as vivências que as pessoas trazem aqui para dentro. Eu diria que é 100% fundamental e foi e tem sido realmente isso. Primeiro, as pessoas que lideraram esses processos , esse projeto, que trouxeram, foram buscar aperfeiçoamento nessa área e trouxeram aqui para dentro, muitas discussões acerca deste tema e de tudo que envolve um processo de acreditação e a... e a formação interna de pessoas que a gente foi fazendo ao longo do tempo , a ponto de hoje a gente que tem uma equipe altamente qualificada nessa área , mobilizada e motivada para justamente continuar buscando mobilização de toda... de toda a nossa comunidade.”
A4	“Recursos humanos? Sim, sim... Na época a gente estava em outro momento econômico do país. Então, com certeza aqui também era um outro momento, garantiu com que a gente pudesse investir na nossa estrutura física. A gente teve que investir e na qualificação das pessoas com capacitações, enfim, houve grandes mobilizações. Então, com certeza houve uma mobilização de recurso financeiro e de pessoal bastante grande. ”
A5	“É, assim, nós temos uma equipe muito diversificada. [...] a acreditação nos provocou o conceito de integração. [...] E o modelo que a liderança da acreditação conduz, é um modelo de que ela vai no chefe... ela é uma líder nata onde, quando ela faz o chamamento, as pessoas vão porque, como líder, as pessoas querem fazer parte daquilo. ”

A6	“[...] Então, de certa forma, o profissional que está mais capacitado vai fazer com que o hospital cumpra as suas rotinas de trabalho de uma forma padronizada, e, claro, isso leva a um padrão de qualidade que nos leva ao selo da <i>Joint Commission</i> , é mais ou menos isso...”
A7	“[...] a parceria dos funcionários teve o engajamento de toda as duas áreas , tanto administrativa quanto assistencial. O envolvimento, o querer... acho que isso que influenciou...”
A8	“Ajudou muito, foi fundamental . O hospital no decorrer dos anos, ele adquiriu uma cultura intrínseca de orgulho profissional , de... as pessoas gostam do hospital, gostam de trabalhar aqui e as pessoas se sentirão desafiados nessa missão . Então, eu acho que isso foi fundamental. Sem isso nós não teríamos conseguido.”
A9	“Para a gente, como controle de infecção, hoje, e aí isso reflete muito no ambiente interno. A acreditação, por si só, mobiliza muitas frentes no hospital . Talvez algumas frentes que no passado diziam “não, isso aí é uma questão de controle de infecção, deixa para o grupo do controle de infecção”, mas não é mais assim. Ela torna a questão de segurança do paciente disseminada para todos da instituição. [...] Então, a acreditação tornou tudo muito mais fácil...”
A11	“Sim. Tem uma qualificação pessoal muito alta dentro dessa instituição . A gente tem uma equipe, vamos dizer assim, o corpo funcional do hospital ele tem uma qualificação excelente [...] isso facilita para que traces caminhos e mude o processo . [...] aqui dentro tem todo um investimento em qualificação das pessoas. O hospital ele é vinculado à Universidade Federal, então tem um corpo de professores acadêmicos muito grande também, aqui dentro. E um corpo de pesquisa muito grande. [...] E isso promove um ambiente acadêmico e de conhecimento aqui dentro [...] E tem o orgulho institucional . As pessoas têm orgulho de trabalhar aqui . Muito! Desde o funcionário do serviço mais básico, se você perguntar, ele tem orgulho de trabalhar no hospital. E o hospital tendo um selo, isso ficou maior ainda...”

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota-se pelas respostas dos entrevistados que o ambiente interno, os recursos internos e suas competências foram fundamentais para o êxito da implantação da acreditação hospitalar internacional. Os recursos humanos, ou seja, as pessoas que trabalham na instituição foram os recursos mais comentados e lembrados, pois para os entrevistados, os funcionários dessa instituição por ser um hospital universitário, possuem alta qualificação, porque as pessoas geralmente se qualificam dentro da própria instituição. Além disso, os entrevistados comentaram que houve uma grande mobilização por parte dos funcionários para conquistar o selo de acreditação hospitalar internacional. Ademais, alguns dos respondentes (3 observações) levantaram a questão do orgulho institucional. Para os entrevistados os funcionários têm orgulho em trabalhar na instituição investigada, principalmente após a conquista do selo internacional pela JCI.

4.1.2.2 Diferenciais para o paciente e para o hospital

Neste tópico a pesquisa apurou com os entrevistados quais são os diferenciais para o hospital público e para o paciente por ser um hospital acreditado internacionalmente, as respostas foram resumidas no *ranking* da Tabela 10.

Tabela 10 – Diferenciais para o hospital e para o paciente na percepção dos entrevistados

Diferenciais para o hospital	Nº. Obs.	Diferenciais para o paciente	Nº. Obs.
Hospital mais seguro	4	A garantia de segurança no atendimento	6
Melhor atendimento (atendimento com qualidade, satisfação e resolutividade)	4	A garantia da qualidade no atendimento	4
Processos padronizados internacionalmente	3	Mais segurança e qualidade nos processos	4
Credibilidade para conseguir mais recursos	3	Processos padronizados internacionalmente	4
Mais controles (principalmente de riscos e de infecção)	3	Mais controles de riscos	3
Mais investimentos na instituição	2	-	-
Comparação com hospitais internacionais	1	-	-
Sistemas de gerenciamento mais robustos	1	-	-
Soma total do número de observações	21	Soma total do número de observações	21

Fonte: Elaborada pela autora.

De acordo com o *ranking* da Tabela 10, na percepção dos entrevistados, os diferenciais para a instituição por ser um hospital público acreditado internacionalmente são: hospital mais seguro; melhor atendimento; processos padronizados internacionalmente; credibilidade para conseguir mais recursos; mais controles; mais investimentos na instituição; comparação com hospitais internacionais; e sistemas de gerenciamento mais robustos. Porém os diferenciais mais destacados foram: hospital mais seguro (4 observações), melhor atendimento (4 observações), processos padronizados internacionalmente (3 observações), credibilidade para conseguir mais recursos (3 observações) e mais controles (3 observações). Isso significa que, para o hospital investigado, ser um hospital mais seguro e ter um atendimento com qualidade são os fatores impactantes em termos de estratégia competitiva para implantar a acreditação hospitalar internacional em um hospital público.

Em relação aos diferenciais para o paciente em ser atendido em um hospital público acreditado internacionalmente, de acordo com o *ranking* da Tabela 10, os principais diferenciais na percepção dos entrevistados são: a garantia de segurança no atendimento (6 observações), seguindo pela a garantia da qualidade no atendimento (4 observações), mais segurança e qualidade nos processos (4 observações), e processos padronizados internacionalmente (4 observações).

Cabe destacar a crítica interessante dada pelo entrevistado A8 sobre o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), no momento do questionamento sobre os diferenciais para a instituição de ser um hospital público acreditado internacionalmente:

A forma de acesso aos hospitais públicos que a população tem hoje, ela não permite que esse processo de acreditação seja valorizado pela sociedade. A sociedade hoje, ela não tem direito de escolher o hospital, quem escolhe para ela é o gestor do SUS. A resposta da sociedade seria muito mais direta, e nos deixaria uma possibilidade de avaliar até melhor nosso próprio processo de acreditação, se a própria sociedade pudesse escolher o hospital que ela vai ser atendida”.

A indignação na fala do entrevistado surgiu porque o HCPA é um hospital referenciado pelo SUS, ou seja, as internações do hospital investigado não são oriundas de demandas espontâneas, são atendimentos encaminhados pelo gestor do SUS, e por causa disso, o paciente não tem a opção de escolher o hospital público que quer ser atendido, muito menos escolher ser atendido em um por ser acreditado, como geralmente acontece nos hospitais privados. Portanto, realmente, conforme o entrevistado, nessa situação fica complicado a questão da valorização do processo de acreditação internacional em um hospital público pela sociedade.

Em resumo, evidenciou-se que os fatores determinantes para a busca da acreditação hospitalar internacional foram: melhoria da segurança; melhoria da qualidade; ser modelo de excelência ou referência ser modelo de excelência ou referência no Brasil; busca de padrões elevados; desafio; busca de alternativa adequada; padrões mais rigorosos; competição ou comparação; padronização dos processos; vontade (desejo) do hospital; qualificação dos processos; modelo de acreditação diferente; reconhecimento; e maior visibilidade. Além disso, foi mostrado que o motivo do investimento alto na implantação da acreditação ocorreu por causa da necessidade de realizar melhorias na instituição. Em relação à influência do ambiente externo, foi apontado que a busca pela acreditação internacional foi mais pela questão social do que pelas demais questões. Cabe ressaltar que outra questão de destaque foi a questão política, pois de acordo com os entrevistados, a questão política não era o foco, porém surgiu com o decorrer do processo. No que tange ao ambiente interno, os recursos internos e suas competências foram fundamentais para o sucesso da implantação da acreditação internacional no hospital investigado, pois houve uma grande mobilização por parte dos funcionários para conquistar o selo de acreditação hospitalar internacional. Ademais, ser um hospital mais seguro e ter um atendimento com qualidade são os fatores impactantes em termos de estratégia competitiva para implantar a acreditação hospitalar internacional em um hospital público. E por fim, para os respondentes, os principais diferenciais para o paciente em ser atendido em um hospital público acreditado internacionalmente são: a garantia de segurança no atendimento e a garantia da qualidade no atendimento.

4.2 MUDANÇAS INSTITUCIONAIS

Nesta seção inicia-se o entendimento com profundidade sobre quais foram realmente as pressões isomórficas enfrentadas pelo hospital na busca do processo de institucionalização da acreditação hospitalar internacional que ocasionaram as mudanças institucionais. Seguindo o contexto da fundamentação teórica, esta seção foi subdividida nas três pressões isomórficas da teoria institucional: coercitiva, mimética e normativa. As questões deste tópico foram analisadas pela análise de conteúdo dos dados primários.

4.2.1 Isomorfismo coercitivo

O isomorfismo coercitivo, conforme DiMaggio e Powell (2005), é derivado de influências políticas, do problema da legitimidade, de pressões formais e informais e pelas expectativas culturais da sociedade. Em vista disso, este tópico foi subdividido em quatro temas: as pressões formais e informais; expectativas da sociedade; o reconhecimento institucional; e a legitimidade institucional.

4.2.1.1 Pressões formais e informais

Neste subitem foi perguntado para os entrevistados se o Ministério da Saúde ou Ministério da Educação ou outro órgão regulador de alguma forma, seja formal ou informalmente, exigiam ou estimulavam que os padrões da qualidade e segurança do paciente fossem semelhantes aos padrões da acreditação internacional. Os fragmentos essenciais das respostas dos entrevistados foram ilustrados no Quadro 19. As questões deste tópico somente foram analisadas pelas percepções do grupo A.

Quadro 19 – Pressões formais e informais

C.E.	Categoria de 1ª. ordem: Isomorfismo institucional - Categoria de 2ª. ordem: Isomorfismo coercitivo
	Categoria de 3ª. ordem ou unidade de registro: Pressões formais e informais
Unidade de contexto: fragmentos essenciais	
A1	"Não, nenhuma exigência para essa certificação. A busca da certificação, é uma iniciativa da própria Instituição, no sentido de, realmente, qualificar mais os processos."
A2	"Não, nunca foi exigido! Quando a gente tem um conselho diretor, que agora é o nosso administrativo, que eles concordam com a decisão do hospital, que tem que ter um investimento financeiro, então, isso é um estímulo para nós. Eles concordaram porque eles fazem parte do conselho diretor do hospital, concordaram com esse investimento, concordaram com a iniciativa."
A3	"O Ministério da Saúde, ele tem algumas políticas de melhoria das condições de segurança, tem algumas portarias, algumas regras que, em que os hospitais têm que se enquadrar, que são nessa direção, mas não, mas não como uma diretriz de exigência. Vamos dizer assim, que seria questões que andam juntos, quer dizer, o fato de eu buscar uma acreditação internacional, com certeza me conduz na direção de cumprir esses regramentos todos do Ministério da Saúde, indiretamente. Mas, assim especificamente, não existiu, até hoje nenhuma recomendação expressa de nenhum órgão superior para acreditação, que eu conheça."
A4	"Eu acho que semelhante, com esse nível de exigência, não! Tanto que até bem pouco tempo a gente não acompanhava indicadores de qualidade para o nosso contrato com o gestor. Então, isso tudo é uma coisa que vem mudando muito, cultura, enfim, a questão hospitalar. Mas, com certeza não havia essa exigência."

A5	“Que eu saiba não. Pode até ser que agora, também não, para entrar nesse processo, tem que ter peito. Tem que ter coragem, tem que ter: “Eu vou enfrentar isso daí”, entendeu? E eu acho que os hospitais públicos ainda estão naquela fase que nem porta no banheiro tem, eles estão em um outro nível de maturidade.”
A6	“Creio que não. O hospital tem um conselho de administração [...] com representações de todos os Ministérios [...] tudo o que a administração central faz, ou a Diretoria Executiva faz aqui no hospital, todo o planejamento é apresentado, pautado nessas reuniões, e aí, esse conselho decide, homologa as decisões da direção. Então, a direção apresentou essa proposta de busca pelo selo da <i>Joint Commission</i> com esse arrazoado: “queremos ser melhores”. E aí, esse conselho aprovou...”
A7	“Formalmente, eu não me lembro que alguém tenha exigido. Foi por vontade do hospital!”
A8	“Nunca! Nunca, nem um dos dois ministérios. Isso foi uma coisa espontânea nossa.”
A9	“Acho que na época não. Como eu falei, a partir dos anos 2015, 2016, eu acho que a Anvisa (Agência Nacional de Vigilância) assumiu esses padrões internacionais de segurança do paciente e vem provocando isso nos hospitais. Mas, foi uma iniciativa mais nossa, lá na primeira década dos anos 2000.”
A10	“Não, o hospital, ele começou um pouco antes. Hoje a gente tem os padrões, que são pelo Ministério e pela Anvisa. Mas, a gente já começou essa caminhada um pouco antes, então, que eu conheço também não existiu nenhuma exigência nesse ministério para se investir em uma acreditação Internacional [...] eu desconheço qualquer uma obrigatoriedade assim.”
A11	“Acho que não. Não do meu conhecimento. [...] Não imagino que tenham exigido algum de selo de acreditação, não. Claro que o Ministério da Saúde, hoje cada vez mais, através dos órgãos, como a Anvisa, eles vêm promovendo que sejam cumpridas as normas internacionais de segurança. Mas, necessariamente, você não precisa ter um selo de acreditação para isso.”

Fonte: Elaborado pela autora.

Constata-se no Quadro 19 que, por unanimidade, na percepção dos entrevistados, na época, não houve nenhuma pressão formal por parte de nenhum dos ministérios (Ministério da Educação e Ministério da Saúde) e nenhum outro órgão regulador atrelados a instituição, que obrigasse ou exigisse que fosse implantado o selo de acreditação hospitalar internacional. Muito pelo contrário, conforme os relatos dos entrevistados, a ideia de acreditar surgiu do desejo do próprio hospital. Alguns entrevistados até comentaram, com detalhes, que na época, a estratégia de acreditação internacional foi apresentada para o Conselho de Administração da instituição e a proposta foi aprovada pelos membros do conselho. Apesar que, o entrevistado A3 argumente que mesmo não havendo exigências dos órgãos reguladores, a instituição acreditando internacionalmente, norteia na direção de cumprir as regras do Ministério da Saúde, indiretamente, isso não configura-se uma pressão informal, pois para se fazer cumprir as regras, principalmente impostas por lei, não há necessidade nenhuma de implantar qualquer certificação. Além disso, na ocasião, conforme os relatos dos entrevistados no Quadro 19, a vontade de acreditar internacionalmente era especificamente para melhorar e qualificar os processos da instituição. Sendo assim, a partir das informações dos entrevistados, pode-se afirmar que não houve pressões formais ou informais para a implantação da acreditação hospitalar internacional no hospital investigado.

4.2.1.2 Expectativas da sociedade

Para compreender quais eram as expectativas da sociedade em relação a estratégia de acreditação hospitalar internacional, ou seja, a contribuição da acreditação hospitalar

internacional para a sociedade, foi elaborado o Quadro 20 com o resumo das percepções dos entrevistados do grupo A.

Quadro 20 – Expectativas da sociedade

C.E.	Categoria de 1ª. ordem: Isomorfismo institucional - Categoria de 2ª. ordem: Isomorfismo coercitivo
	Categoria de 3ª. ordem ou unidade de registro: Expectativas da sociedade
Unidade de contexto: fragmentos essenciais	
A1	"Olha, a questão da acreditação para mim, para a gente que veio desde o primeiro processo, ela tem um histórico bem importante, no sentido de podermos repensar os próprios processos de trabalho [...] ao longo desse período, a gente foi repensando e foi fazendo vários aprimoramentos nesses processos . Se tornou cultural , e isso é bem importante..."
A2	"[...] A gente recebe verba de imposto para fazer assistência. A acreditação é uma maneira de dizer assim: "olha, a gente quer fazer as coisas que a gente faz com qualidade e segurança ". [...] Bom! Quais são as expectativas? Em que uma acreditação ajuda? Obviamente, que uma assistência sem erros , a gente almeja uma assistência sem erros [...] então, eu acho que acreditação é uma coisa de respeito e consideração para a sociedade, para o paciente e para o profissional."
A3	"[...] Eu entendo o que que acreditação internacional ela possibilita que a instituição ofereça serviço de melhor qualidade e mais seguro e ao longo do tempo, eu não acho que os pacientes eles conseguem enxergar isso [...] ações como a lista de cirurgia segura, como a garantia de higienização de mãos, por parte dos profissionais, tudo isso é uma mudança cultural e que ela acaba chegando no paciente, e ele consegue perceber isso."
A4	"Eu acho que de novo, um pouco a questão da garantia da segurança e da qualidade . Dos processos que são executados na assistência [...] só que o fato de tu te submeter a um selo de uma acreditação internacional, a rigidez com que esses processos são auditados acabam elevando o nível de excelência com que essa assistência é prestada. [...] fomos o primeiro e até hoje ainda o único hospital universitário acreditado a nível Brasil. Mas, com certeza, o primeiro foco é o interno..."
A5	"[...] eu acho que falta no manual [...] deve ter e eu que não saiba, um outro jeito de ouvir o paciente, um outro jeito de trazer as expectativas dele, entendeu? De atendê-las bem. Claro, depois que eles são internados aqui, eles percebem que há uma diferença da tratativa, mas eu acho que não é acreditação isso [...] existe uma coisa chamada acolhimento , que é o dia a dia que ele está internado, que ele vem buscar . Então isso, para mim, não foi acreditação , isso foi uma cultura das pessoas que trabalham aqui , que foi passando uma para a outra. Então, eu não sei [...] eu tenho dúvidas. "
A6	"Acho que tornando o hospital mais seguro é o que o paciente espera, embora não seja manifestado talvez tão claramente isso , pelo paciente quando ele entra aqui no hospital. Os pacientes têm um nível sócio-econômico-cultural talvez mais baixo, então, às vezes o próprio paciente não tem esse entendimento do que é a acreditação , mas ele espera ser bem cuidado e eles manifestam isso na pesquisa de satisfação, o hospital tem essa preocupação há muitos anos. Os pacientes elogiam muito o hospital, mas não sei se a qualidade é tão bem percebida pelo paciente, essa mudança de processos . [...] no início, eu tinha a sensação de que os funcionários acharam pior , porque tiveram muitas exigências para o funcionário, para ele mudar [...] ao longo do tempo, eu escuto bem menos isso, era uma coisa pejorativa, agora é para o bem... "
A7	"Com essas mudanças, o hospital ficou mais seguro . Eu digo assim, a gente tem um padrão, um objetivo, um padrão de trabalho e com isso, claro, a gente conseguiu enxergar as coisas que às vezes passava despercebido. Em termos de segurança, principalmente."
A8	"A expectativa do colaborador é aquele negócio do orgulho institucional , de poder dizer que trabalha num hospital acreditado, isso vai para o currículo dele e ele se sente prestigiado. Em relação aos pacientes, o nome do hospital já é muito importante."
A9	"[...] a gente tem notado, acho que reflete na satisfação do paciente e na satisfação do profissional, nas pesquisas de satisfação que a gente vê no hospital, o trabalho do profissional no hospital é sempre positivo, na maioria das vezes, e do paciente também. Por exemplo, existem pesquisas nos pacientes no que se refere às metas de segurança , pesquisa-se se o profissional perguntou adequadamente a identificação do paciente, se ele foi orientado sobre as quedas, etc. A gente percebe do paciente que isso está acontecendo no hospital."
A10	"Ela contribui no momento que tu acabas tendo um atendimento diferenciado , as rotinas sendo realizadas, práticas que são realizadas de uma forma mais segura. "

A11	“Então, o paciente aqui é atendido dentro de um hospital certificado. Ele vai receber processos de trabalho, o cuidado exercido para esse paciente, ele vem com uma maior qualidade [...] os colaboradores da mesma maneira, eles têm segurança [...] eles recebem toda uma educação, uma capacitação, uma qualificação do trabalho para que façam esse processo, realize esse cuidado com mais capacidade. Então, o colaborador também tem um respaldo na sua qualificação, na sua valorização como profissional . [...] a sociedade como paciente, ela sabe que está indo para uma instituição com qualidade , que está sendo prestando um cuidado de qualidade para ela...”
-----	---

Fonte: Elaborado pela autora.

Percebe-se no Quadro 20 que para a maioria, na percepção dos entrevistados, ter um hospital mais seguro (8 observações) e a melhoria da qualidade (4 observações) dos serviços prestados são as expectativas de contribuição da acreditação internacional para a sociedade, seja externa ou internamente. Outras expectativas da sociedade interna e externa também foram citadas, porém com menos intensidade, foram: aprimoramentos dos processos; assistência sem erros; respeito e consideração; orgulho institucional; atendimento diferenciado; educação; capacitação; qualificação do trabalho e valorização como profissional. No geral, foram poucas as expectativas encontradas sobre o processo de acreditação internacional para a sociedade. Por se tratar de um hospital público, imagina-se que a sociedade tivesse uma perspectiva mais ampla. Além disso, foi relatado por dois dos entrevistados, ou seja, pelos entrevistados “A5 e “A6”, que ainda não está bem claro quais são as expectativas do paciente em relação a acreditação internacional, pois para o primeiro, falta ainda ouvir mais as expectativas dos próprios pacientes e para o segundo os pacientes ainda não entendem sobre o que é de fato o processo de acreditação. Essa segunda justificativa pode explicar um pouco, o porquê das poucas expectativas da sociedade em relação a acreditação, ou seja, como a sociedade ainda não compreende que houve um investimento e mudanças no processo no hospital público, não está esperando nada melhor da instituição. Logo, supostamente o isomorfismo coercitivo de DiMaggio e Powell (2005) não caberia na estratégia de acreditação internacional em hospitais públicos.

Outra percepção interessante do entrevistado “A6” foi que no início da implantação da acreditação internacional, devido as mudanças e as exigências da JCI, os funcionários acharam o processo bem pior do que o processo anterior. Este último achado assemelha-se com os resultados encontrados por Owino (2018) onde a acreditação resultou em cargas de trabalho mais pesadas e trabalho extraordinário para os colaboradores. Assemelha-se também aos resultados de Mansour (2018) que comentou que houve críticas à pressão exercida pelo processo de acreditação sobre os funcionários e dificuldades em manter o nível de desempenho alcançado durante os processos de acreditação.

4.2.1.3 Reconhecimento institucional

Este subitem aborda sobre o reconhecimento institucional por ter um selo de acreditação hospitalar internacional no hospital público investigado. Para este tema foi necessária a análise da percepção de todos os grupos (A, B e C). O quadro 21 resume as respostas dos entrevistados do grupo A.

Quadro 21 – Reconhecimento institucional na percepção do grupo “A”

C.E.	Categoria de 1ª. ordem: Isomorfismo institucional - Categoria de 2ª. ordem: Isomorfismo coercitivo Categoria de 3ª. ordem ou unidade de registro: Reconhecimento institucional Unidade de contexto: fragmentos essenciais
A1	“O Hospital, por si só, já tem uma referência bastante grande, em virtude de várias outras premiações. Então, em virtude disso, ele já é bastante reconhecido. Mas, eu acho que a essa da acreditação faz com que, cada vez mais, ele tenha credibilidade diante desse público externo. E também do próprio público interno, porque, pelas pesquisas que a gente tem, de clima e tudo o mais, 90 e poucos por cento dos os funcionários têm orgulho de trabalhar na Instituição. ”
A2	“Como sociedade, como um todo, eu acho que sim. Assim, não só as pessoas que usam o hospital ou que tenham o hospital como referência, os porto-alegrenses e gaúchos que usam o hospital, mas em termos de dentro dos hospitais universitários do país, dentro do ministério da educação, isso acho que sim. Isso é um diferencial, a gente faz questão de dizer isso, até para lembrar as pessoas o que é. Isso é uma maneira de ser reconhecido. As pessoas vêm aqui, por exemplo, o pessoal da UFMG veio aqui para conhecer o que a gente tinha feito para ser acreditado. ”
A3	“Eu acho que a gente conseguiu melhorar, evoluir bastante assim, na forma como a sociedade como um todo, enxerga o hospital, não tem dúvida nenhuma que em todos os nossos movimentos, sejam documentos, sejam apresentações, sejam entrevistas, esse ponto acaba aparecendo [...] Nós fomos a primeira instituição pública acadêmica que foi acreditado no país. Isso tem um peso tem uma relevância aqui que, com certeza modifica a forma como a opinião pública enxerga o hospital, não tem dúvida nenhuma disso.”
A4	“Eu acho que elevou o nível de excelência, na verdade, de referência que o hospital já tinha [...] enfim, aumenta a questão da credibilidade que o hospital tinha. Então, além de já ser um referencial por toda a estrutura que a gente tem, ele ainda é acreditado internacionalmente [...] isso só consolida e eleva.
A5	Então, a acreditação trouxe para nós, eu já tinha orgulho de trabalhar aqui , a acreditação trouxe para nós um sentimento de bater no peito, “Essa é a minha instituição”, do pertencer.”
A6	“Quando foi no noticiado, acho que na mídia que o hospital recebeu essa certificação, foi muito comemorado internamente, porque teve todo um esforço, a direção reconheceu isso com os funcionários , teve todo um grande esforço da instituição na busca por esse selo, então a gente comemorou internamente. E o paciente, é isso o que eu falei antes, não sei se pelo nível sócio-econômico-cultural, os pacientes não procuram o hospital por ser acreditado [...] eu acho que o paciente não reconhece isso [...] tem todo um fluxo que é diferente, porque é um hospital público , os pacientes vêm para cá enviados pelo gestor municipal, pela regulação do Município. [...] o paciente não escolhe estar no hospital por ser acreditado.”
A7	“Melhorou, dependendo do nível social, é como eu te falei antes. Tem gente que não entende o que é, mas quem entende reconhece. Por isso que digo assim, que é um conceito que a sociedade deve ainda não ter percebido, a mudança com a acreditação , a sociedade, o público, o paciente...”
A8	“Então, o hospital é reconhecido há muitos anos como o hospital Top Of Mind. A gente já ha 15 anos que a gente ganha o <i>Top Of Mind</i> em hospital [...], mas, em relação a acreditação, a gente coloca nos murais que a gente é acreditado internacionalmente. [...], mas, é mais pelo nome do que pela acreditação , mas é... [...] o hospital ele conseguiu, no decorrer dos anos, ter uma boa imagem interna e externa. [...] as pessoas sabem que aqui o negócio funciona, e é diferente.”
A9	“Hoje, os hospitais que têm essa acreditação são a minoria, então isso traz o reconhecimento da mídia, a gente ouve também dos pacientes que, às vezes, preferem ficar aqui no hospital acreditado , às vezes, na emergência por mais tempo do que numa internação em outro hospital, mesmo que a emergência seja aquele ambiente mais cheio, mais barulhento, etc. Então, o paciente tem essa percepção, isso talvez seja a percepção da sociedade também, e é um dos benefícios que a gente pode ter com a acreditação, também.”

A10	“ Eu acho que ela conhece pouco , eu acho que é uma coisa nova ainda, a gente tem aqui em Porto Alegre, dois ou três hospitais com esse selo, eu acho que nem todo paciente sabe o que que significa aquele selinho ali , tá, mas para os que conhecem, eles sabem [...] eu não vejo esse movimento muito forte , vou na Conceição, vou no hospital X porque ele é acreditado pela <i>Joint Commission</i> , não! Eu acho que eles já conseguem perceber que existem formas diferentes de atendimento e que de alguma forma aqui ele se sente mais seguro...”
A11	“Não sei ainda, não consigo saber se tem uma divulgação. Se a gente fala em população, assim, se eles têm um entendimento desse selo de que qualidade . A população aqui do hospital aqui, majoritariamente, é uma população, assim, que recebe o cuidado. Posso estar me enganando um pouco, mas que ainda tem, vamos dizer assim, uma bagagem cultural muito pequena. É difícil ter esse entendimento de que existe um processo por trás, de uma certificação internacional [...] por exemplo, a população do Hospital Moinhos de Vento, eu acho que tem um entendimento maior de que esse é um hospital acreditado , se foi reacreditado. A população aqui, acho que menos, em relação a isso . Sabe que o cuidado é melhor, porque o cuidado é diferenciado, “eu sou bem atendido”, mas não sabe que tem por trás aí, todo um trabalho para ter os processos mais bem qualificados.”

Fonte: Elaborado pela autora.

Verifica-se conforme o Quadro 21, que na questão do reconhecimento foram encontradas percepções diversificadas e conflitantes. Por exemplo, alguns dos entrevistados (4 observações) garantem que o hospital é reconhecido pela sociedade por ser acreditado internacionalmente. Outros (4 observações) afirmam que, por ser algo novo, os pacientes ainda não percebem as mudanças com a acreditação e nem entendem o que significa realmente ter um selo de acreditação internacional em um hospital público. E o restante (3 observações) alegam que o hospital já era reconhecido pela sociedade pelo seu nome e em virtude das premiações que vem conquistando ao longo do tempo, e que a certificação internacional apenas aumentou a credibilidade perante a sociedade. Essas informações sobre o reconhecimento do hospital são confirmadas por publicações da mídia e pelas pesquisas de satisfação realizadas pelo hospital (anexo D e E). Porém, em relação ao reconhecimento do processo de acreditação internacional, os achados, na percepção do grupo A, foram inconclusivos.

Para esclarecer se realmente a acreditação internacional é reconhecida pelos pacientes, analisaram-se as percepções dos entrevistados do grupo B, que representam os colaboradores operacionais da instituição investigada, ou seja, as pessoas que têm contato direto com os pacientes. O Quadro 22 resume as respostas dos entrevistados do grupo B.

Quadro 22 – Reconhecimento institucional na percepção do grupo “B”

C.E.	Categoria de 1ª. ordem: Isomorfismo institucional - Categoria de 2ª. ordem: Isomorfismo coercitivo Categoria de 3ª. ordem ou unidade de registro: Reconhecimento institucional Unidade de contexto: fragmentos essenciais
B1	“Eu acho que ajudou a manter o bom nome que o hospital tem, diante da sociedade [...] não sei até que ponto a questão da acreditação é exposta para fora assim, e o quê que a sociedade, do ponto de vista mais leigo, consegue enxergar o que é a acreditação.”
B2	“Na realidade o hospital, ele melhorou o seu reconhecimento [...] na realidade algumas coisas que são solicitadas pela acreditação, a ponta, o paciente, ele não enxerga...”
B3	“O nosso hospital ele já é bastante reconhecido. É um hospital de referência no Brasil todo [...] eu acho que isso só deu mais confiabilidade [...] e para nós é motivo de muito orgulho também.”

B4	“Eu acho que hospital ele acabou entrando no nicho de hospitais que tem uma certificação, que acaba mudando um pouco da imagem perante a sociedade [...], porém, perante a sociedade continua sendo um hospital que já ganhou vários prêmios, todo ano ganha um prêmio.”
B5	“Eu acho que a imagem ficou bem melhorada. Na verdade, o hospital já tinha um conceito bom diante da sociedade. Mas, o fato dele ter o selo contribuiu para elevar mais essa imagem.”
B6	“Na minha opinião, acho que valorizou bastante o hospital [...], a gente percebe pela própria população interna, que mudou bastante muitas coisas, mudaram a qualidade [...] a qualidade já é cultural.”
B7	“Normalmente os hospitais públicos são um pouco desacreditados [...], porém, o hospital público pode sim ter uma acreditação internacional, como qualquer outro hospital privado [...] a gente foi o primeiro hospital público acreditado, então, foi muito legal isso.”
B8	“Eu não sei se a sociedade, o povo, a população, usuária tenha noção do quê é. A gente trabalha com isso tem um pouco mais de noção [...] eu não enxergo a população valorizando, vamos dizer, ter isso. É novo [...], eu acho o público interno tem a noção da importância, mas o externo, eu não consigo enxergar isso.”
B9	“Eu não sei muito bem, porque, na verdade, a pessoa quando vem para o hospital ela quer ser atendida, ela não está olhando essas outras coisas [...] eu não sei se ainda a pessoa consegue ter esse discernimento lá fora [...] Nós ainda temos muita dificuldade de contar o quê a gente faz aqui.”
B10	“Eu acredito que a acreditação deu muito mais confiança [...], aqui é um local realmente confiável...”
B11	“Ele já é um hospital de referência, por ser um hospital escolar e por atender todo o estado. O hospital atende todo o estado do Rio Grande do Sul [...], então, ele é referência total!”
B12	“Eu não sei se a sociedade em si, consegue entender a acreditação. Na verdade, eu vejo que a população admira muito o hospital [...], mas eu não sei se eles entendem o que é um hospital acreditado. Não consigo perceber isso no atendimento do paciente.”
B13	“Eu acho que o selo da acreditação internacional foi uma coisa muito importante para o hospital, é uma oportunidade que dá uma visibilidade externa, não é o mais importante, mas dá uma visibilidade ser o primeiro hospital público reconhecido com esse selo...”
B14	“Reconhecido como hospital de qualidade, que preza pela segurança do paciente [...] a gente tem a pesquisa de satisfação, então, isso é muito apontado também, pelos pacientes... É muito legal!”
B15	“Eu vou ser bem franca contigo, até nós desconhecíamos toda essa parte de acreditação, até a coisa ser desenvolvida aqui dentro, que a gente foi pesquisar, a gente foi buscar os hospitais que realmente eram acreditados, sendo nós o único hospital público acreditado no Brasil acreditado pela JCI. Nós também não conhecíamos. É muito novo [...], é uma coisa nova para nós também [...] em especial para os hospitais públicos.”

Fonte: Elaborada pela autora.

Semelhante as respostas do grupo “A”, novamente aparecem divergências e conflitos nas respostas dos entrevistados do grupo “B”. Observa-se no Quadro 22 que, para alguns dos entrevistados (7 observações) o hospital apenas melhorou a imagem e o reconhecimento que o hospital já possuía perante a sociedade, pois na percepção destes entrevistados, o hospital já era referência no Estado, antes mesmo de conquistar o selo internacional. Outros entrevistados (6 observações) relatam que não enxergam e não conseguem perceber se público externo, ou seja, os pacientes, entendem a importância ou o que é a acreditação internacional. E por fim, o restante dos entrevistados (2 observações) afirmam que o selo valorizou a instituição e entregou muito mais confiança para a sociedade. Em contrapartida, novamente, a sociedade interna, ou seja, os colaboradores da instituição investigada, de acordo com os relatos dos entrevistados do grupo A e B, afirmam que reconhecem e que sentem orgulho em trabalhar na primeira e única instituição pública acadêmica acreditada internacional pela JCI. Camilo et al. (2016) também encontraram que os colaboradores têm orgulho/satisfação por atuar em um hospital público acreditado.

Para sanar as dúvidas em relação ao reconhecimento do selo internacional perante a sociedade, devido respostas dos grupos “A e B” permanecerem conflitantes, foi elaborado o Quadro 23, com as respostas dos entrevistados do grupo “C” que são nesta pesquisa, as pessoas que representam a voz da sociedade.

Quadro 23 – Reconhecimento institucional na percepção do grupo “C”

C.E.	Categoria de 1ª. ordem: Isomorfismo institucional - Categoria de 2ª. ordem: Isomorfismo coercitivo Categoria de 3ª. ordem ou unidade de registro: Reconhecimento institucional
Unidade de contexto: fragmentos essenciais	
C1	“Como um órgão um confiável. Então, as pessoas desejam se consultar no hospital, consultar ou internar, fazer algum procedimento eles procuram sempre o hospital.”
C2	“Eu acho que isso não é tão explícito que é por causa da acreditação. Provavelmente, pessoas do setor, profissionais que atuam na área em outros locais [...] esses talvez tenham essa informação e prestem mais atenção a isto. Eu acho que os pacientes, a sociedade ela não tem ainda uma cultura em geral de valorizar esses tipos de certificações [...] a sociedade em geral, a maioria das pessoas, não presta tanta atenção a isso, não tem essa noção do consumo consciente, em que, como a gente diz em economia, com a informação simétrica é a mesma informação que o produtor do serviço tem, o consumidor tem. A informação, na verdade, ela é bem assimétrica. [...] Pessoas que se preocupam mais com a questão da saúde, com as questões da segurança. Pessoas que quando vão num lugar para ser atendidas querem saber se o lugar é confiável. Então, eu acho que há uma distribuição desigual dessas pessoas na sociedade [...], então, eu diria assim que, a acreditação ela é percebida, mas não de maneira simétrica por pessoas da sociedade. Eu acho que o hospital, talvez, tenha a missão, o desafio, melhor dizendo, de tentar fazer de divulgar mais isso.”
C3	“Talvez, isso explique em muito a nossa saúde pública hoje no país. Exatamente porque o foco não é, talvez, na pessoa e no paciente. É de fazer o paciente acreditar que ele está sendo atendido pelo melhor. Tem que ser o inverso [...] Eu, particularmente, se um dia precisasse, te diria que eu ficaria no hospital, mesmo sendo pelo SUS [...], enquanto o hospital estiver atendendo satisfatoriamente os pacientes, eu vejo que aquela certificação que ele vai ter lá, não vai fazer um grande reflexo [...], não adianta ele ter a certificação de que ele é excelência nisso e naquilo, quando o usuário for lá e for mal atendido. É pior ainda!”
C4	“Eu creio que sim, mas não como deveria, porque infelizmente isso ainda não está sendo divulgado e conversado com a sociedade de uma forma transparente como deveria. A sociedade através do próprio controle social deveria ter um acompanhamento mais próximos dessa realidade. Os próprios procedimentos realizados na instituição e a credibilidade do próprio hospital, fazem com que ele seja reconhecido internacionalmente pelos serviços de especialização prestados nessa instituição. E por isso, da necessidade do reconhecimento dos trabalhos realizados ali fazem com que ele seja credenciado e reconhecido, mas ele precisa ser trabalhado também pela população para ter reconhecimento da sociedade.”

Fonte: Elaborado pela autora.

Observa-se pelas respostas do grupo “C”, no Quadro 23, que o hospital realmente já possuía um reconhecimento por ser um hospital confiável e pelos bons serviços prestados para a sociedade, antes mesmo de conquistar a certificação de acreditação internacional. Percebe-se também que pelos relatos dos entrevistados que aparentemente a informação sobre a estratégia de acreditação, seja uma informação assimétrica, ou seja, apenas uma parte da sociedade conhece e entende o significado de uma acreditação internacional e outra desconhece até mesmo o assunto. Além disso, os entrevistados também criticaram sobre a falta de divulgação da estratégia de acreditação internacional para a sociedade. Logo, pode-se afirmar que a estratégia de acreditação internacional aparentemente ainda sofre problemas de legitimidade, e possivelmente ainda não é reconhecida, pelo menos por uma parte do público externo, ou seja,

pelos pacientes. Para compreender melhor a legitimidade da estratégia de acreditação internacional, este tema é detalhado a seguir.

4.2.1.4 Legitimidade organizacional

A legitimidade é oriunda da premissa de que as organizações necessitam fundamentalmente de aceitação e credibilidade junto ao sistema social (MACHADO, 2014; ROSSONI, 2016; CORREIA, CARRAPATO, BILHIM, 2016). A legitimidade possui três dimensões na relação entre a organização, instituições e sociedade: a) regulatória; b) normativa; e c) cognitiva. Sendo assim, a pesquisa questionou para os entrevistados do grupo A, como o hospital legitimou a estratégia de acreditação internacional para a sociedade. As respostas foram demonstradas no Quadro 24.

Quadro 24 – Legitimidade na percepção do grupo “A”

C.E.	Categoria de 1ª. ordem: Isomorfismo institucional - Categoria de 2ª. ordem: Isomorfismo coercitivo
	Categoria de 3ª. ordem ou unidade de registro: Legitimidade institucional
Unidade de contexto: fragmentos essenciais	
A1	“Acho que tem um pouco de cada uma, dizer que tem 100% de tudo é complicado. Mas eu acho que sim; na questão regulatória, o hospital é um hospital muito certo nesse sentido. E essa questão do cognitivo também, porque, como te disse, foi construído esse software, onde a gente tem ali todos os processos...”
A2	“[...] A gente, está no interno. E a gente até, digamos assim, a gente mensura o quanto que existe de cultura de segurança que é uma coisa que, de alguma forma, é o quanto que a gente consegue ser um lugar que trabalha em equipe, ser um lugar que respeita, que entende erro como uma coisa não intencional [...], então, isso já está melhor incorporado aqui...”
A3	“Eu diria o seguinte, que nessa terceira dimensão, eu vejo com muita clareza que sim, a gente conseguiu é rotinizar processos. Que vieram a partir do processo de acreditação [...], então, essa dimensão eu acredito que a gente consegue legitimar muito, muito tranquilamente no hospital hoje. Em relação à sociedade, como a sociedade percebe, eu ainda acho que a grande maioria dos pacientes não consegue enxergar essa dimensão. Porque eu acho que tem um pouco de falta de divulgação, mas tem também um pouco de falta de conhecimento de parte das pessoas. Do quê que isso agrega na prática, do quê que isso traz benefícios para o paciente e eu acho que também tem uma falha nossa de não conseguir...”
A4	“Eu acho que essa última que você falou, a cognitiva. Acho que está bem enraizado...”
A5	“[...] porque a cognitiva é a comunidade, se você sair perguntando assim: “Você sabe da acreditação?”, todo mundo sabe. Então a cognitiva está interiorizando. E não está na outra.”
A6	“[...] eu acho que mais internamente, e não é o selo, é a coisa do dia-a-dia, que é padrões melhores de qualidade e segurança independente do selo.”
A7	“As duas últimas, a normativa e a cognitiva. Tanto o público interno abraçou essa ideia quanto teve reflexo externo, porque houve a liberação de recursos.”
A8	“[...] eu acho que que as pessoas estão, estão gostando da acreditação, estão seguindo os regulamentos, não sei se isso já está internalizado culturalmente, mas eu acredito que a gente está chegando lá.”
A9	“[...] internamente, eu acho que a gente já atingiu, tem que melhorar, mas a cognitiva já conseguimos, a cultura de segurança.”
A10	“[...] a cultura de trabalhar de outra forma, eu acho que isso já tá acontecendo [...], acho que tem muito para a gente trabalhar ainda...”
A11	“A instituição, na medida em que as pessoas participam desse processo, elas não conseguem mais voltar atrás. Você legitima. [...], é difícil você voltar. Você não volta para processos anteriores. Você não se desfaz disso [...], ali legitimou o processo.”

Elaborado pela autora.

Percebe-se no Quadro 24 que quase todos os entrevistados (9 observações) acreditam que a dimensão cognitiva representa a forma que o hospital legitimou a estratégia de acreditação

internacional, ou seja, para os entrevistados o hospital legitimou a estratégia de acreditação internacional internamente com seus colaboradores, gestores e conselho de administração. De acordo com os entrevistados do grupo A, com o processo de acreditação internacional a instituição internalizou cultura e segurança. Apenas dois dos entrevistados (A1 e A7) apontaram duas ou mais dimensões de legitimidade. A entrevistada A1 informou que a estratégia de acreditação internacional ainda não está legitimada totalmente em nenhuma das três dimensões. Em contrapartida, para entrevistada A7, o hospital já legitimou a estratégia de acreditação internacional pelas dimensões normativa e cognitiva. Normativa porque, segundo a entrevistada, pelo hospital ter o selo de acreditação internacional já houve liberação de recursos e cognitiva devido ao envolvimento positivo do público interno no processo de acreditação internacional. Portanto, pode-se afirmar que para a maioria dos entrevistados, o hospital legitimou a estratégia de acreditação somente internamente. Sendo assim, o hospital aparentemente ainda não legitimou a estratégia de acreditação para a sociedade externa.

4.2.2 Isomorfismo mimético

De acordo com DiMaggio e Powell (2005) o isomorfismo mimético resulta de respostas padronizadas à incerteza. Geralmente a incerteza encoraja a imitação, seja quando as tecnologias organizacionais não são compreendidas suficientemente, seja quando as metas são ambíguas, ou quando o ambiente cria uma incerteza simbólica. Nesses casos, as organizações podem tomar outras como modelo (DE MEDEIROS, ET AL. 2018). Por causa deste contexto, este tópico foi subdividido em dois temas: comparação competitiva e tecnologias organizacionais. Estes dois temas como analisados pela análise de conteúdo dos dados primários.

4.2.2.1 Comparação competitiva

Para saber entender se a estratégia de acreditação internacional é uma questão de imitação em hospitais públicos, a pesquisa indagou para os entrevistados se o hospital busca se comparar competitivamente com outras instituições, sejam nacionais ou internacionais. As respostas dos entrevistados do grupo “A” foram ilustradas no Quadro 25.

Quadro 25 – Comparação competitiva

C.E.	Categoria de 1ª. ordem: Isomorfismo institucional - Categoria de 2ª. ordem: Isomorfismo mimético Categoria de 3ª. ordem ou unidade de registro: Comparação competitiva
	Unidade de contexto: fragmentos essenciais
A1	“É, até quando a gente tem que fazer um benchmarking, até interna aqui e interna que eu digo, em Porto Alegre, a gente se compara com o Mãe e com o Moinhos. Então, por mais que não sejamos um hospital privado, a gente sempre busca essa comparação [...], agora mesmo as pessoas aqui têm ido buscar também referências no Einstein [...] para verem como os processos acontecem.”
A2	“Sim. Talvez não assim, na assistência, imediatamente, em ter essa comparação em termos de ter para poder disputar espaço. Mas, ser reconhecido como um hospital acreditado tem impacto na pesquisa [...] a gente busca ser reconhecido internacionalmente.”
A3	“Na medida do possível sim, a gente sempre que possível procurar comparar, fazer benchmark, com instituições de referências. Ou diretamente, ou através de algum órgão que faça essa comparação para gente, compilando médias de indicadores para que a gente possa comparar. [...] Como isso é uma boa prática, apesar de não ser muito fácil, nem ser muito simples, porque os hospitais têm muitas especificidades, em que às vezes fica difícil comparar.”
A4	“Ah! Com certeza! A gente está sempre buscando, então, atingir patamares de instituições que a gente julga que são referências. Tanto a nível de Porto Alegre, como a nível Brasil. A gente está sempre buscando conhecer para poder adaptar, então, a gente acaba se comparando. Acho que é inevitável.”
A5	“Sim! Os nossos espelhos... tem um grupo hoje visitando o Einstein, por exemplo, lá em São Paulo, para ver uma solução de gerenciamento de risco. Então, assim, é prática nossa. Ontem, a gente teve uma reunião com o presidente onde um grupo foi no Grupo Conceição Hospitalar, que é um hospital público [...] fomos lá ver as práticas que eles estão usando para vários assuntos [...], então a gente vai afora buscar.”
A6	“Não, porque, como eu estava te explicando, é um hospital público, então a gente não escolhe os nossos pacientes [...] É uma realidade diferente do privado, então não tem essa competição [...] mas, a gente sabe que às vezes a verba de fomento de pesquisa para um hospital acreditado pela <i>Joint Commission</i> tem outro interesse do patrocinador, por exemplo.”
A7	“A gente não compete, eu vejo o hospital não competindo, mas os hospitais se comparam em termos de melhorias. Tal hospital implementou tal coisa, então, vamos tentar implementar aqui também. Embora seja público, a gente não deixa de tenta se adequar com as coisas boas que tem na área privada.”
A8	“Sempre buscamos nos comparar com instituições internacionais, até pela experiência que eu tenho, não sou da área médica, mas de conhecer e conversar com as pessoas [...], para área médica e de enfermagem, eu sei que isso é importante para eles.”
A9	“Não sei, acho que não. A comparação é muito mais interna com o benchmarking, talvez menos externa, [...] a gente se compara com padrões americanos, internacionais, e tenta chegar neles, esse é o nosso objetivo. Todos os nossos relatórios e indicadores têm o padrão internacional de comparação, isso é uma das exigências da JCI...”
A10	“Eu não acho que ele busque comparar, ele busca trabalhar com mais qualidade, com mais segurança [...] é uma consequência ser lembrado [...] a gente está colhendo coisas do investimento que se faz [...] de buscar melhores modelos de atendimento, de fazer benchmarking com outras instituições, de ver o que é viável aplicar aqui, ter uma análise, trabalhar com indicador, ver se tem resultado, se está bom ou não...”
A11	“Não, a gente está sempre buscando benchmarking com as outras instituições.”

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota-se pelas respostas dos entrevistados do grupo “A” que existe na instituição a comparação com outros hospitais, porém não se trata de comparação competitiva, pois trata-se de um hospital público, logo não existe disputa por clientes, até porque este hospital é referenciado pela gestão pública, ou seja, como já foi explicado anteriormente, os pacientes são encaminhados para o hospital através do gestor do SUS. A comparação relatada pelos entrevistados é o benchmarking realizado em alguns hospitais, com o intuito de buscar melhores práticas para serem aplicadas na instituição. Logo, pode-se afirmar que nesta instituição

hospitalar pública investigada, existe sim uma imitação em relação as demais instituições, porém não de cunho competitivo como geralmente ocorre nas entidades privadas. A instituição investigada toma os outros hospitais como modelo para implementar melhorias nos seus processos internos. A busca pela certificação internacional foi para melhorar os processos e para ser reconhecido como um hospital público acreditado internacionalmente, porque isso, segundo os entrevistados, tem impacto direto na pesquisa, ou seja, os patrocinadores da pesquisa valorizam os hospitais públicos acreditados internacionalmente. Além disso, por exigência da JCI todos os nossos relatórios e indicadores da instituição têm padrões internacionais de comparação. Situação um pouco semelhante encontrada por Silva (2014) em duas instituições privadas, pois o estudo apontou que as organizações imitavam as outras, por interesse, tentando obter estabilidade e legitimidade no mercado.

4.2.2.2 Tecnologias organizacionais

Este tema foi abordado para entender o motivo da instituição investigada optar por buscar sistemas de acreditação hospitalar internacional, sendo que existe um sistema de certificação hospitalar nacional no Brasil. Os resumos das respostas foram demonstrados no Quadro 26.

Quadro 26 – Tecnologias organizacionais

C.E.	Categoria de 1ª. ordem: Isomorfismo institucional - Categoria de 2ª. ordem: Isomorfismo mimético Categoria de 3ª. ordem ou unidade de registro: Tecnologias organizacionais
	Unidade de contexto: fragmentos essenciais
A1	“Dos processos nacionais, eu vivenciei um ou dois mais diretamente, desse, do internacional, estou bem mais envolvida [...] eu acho que não tinham tantos detalhes... ”
A2	“[...] Naquela ocasião, o que eu sei é isso, que em comparação aquele modelo que havia no país, esse modelo era mais desafiador e ia fazer o hospital crescer mais. Não era nem por uma questão de ser reconhecido só no Brasil ou ser reconhecido internacionalmente, era assim: “Bom, esses padrões não me exigem muito. Eu gostaria de ser mais exigida para poder crescer mais”.
A3	“Fundamentalmente, na minha maneira de ver, é o grau de exigência , que a gente entende padrões internacionais são mais resistentes [...] nos obriga a buscar padrões de excelência mais elevados [...] é isso que a gente enxerga na diferença entre os modelos.”
A4	“Ah! Eu acho que o nível de exigência , porque hoje a maioria dos estudos, então, que surgem para essa questão da qualidade e da segurança, eles acabam surgido fora do país, internacionalmente, e aí depois eles acabam entrando aqui. Então, a expertise acaba sendo maior do que os nacionais.”
A5	“[...] Normalmente a gente presenciava um conjunto, um manual, um conjunto de <i>checklist</i> e tal, mas uma coisa fria, entendeu? Uma coisa metódica, uma coisa assim: “eu vim aqui para te acreditar, mas não para me envolver com vocês”. O processo de acreditação internacional, os caras se envolvem . Eles quando recebem uma negativa de que aquilo não está bom, ele dá palpite, dá orientação [...], aqui é um processo mais comercial, e o internacional é: “ Eu quero realmente que vocês sejam bons ”. Faz diferença.”
A6	“Basicamente, o método de avaliação e os padrões que são mais exigentes e mais complexos [...] sei que um dos grandes fatores contribuintes para a decisão da direção pela <i>Joint Commission</i> foi justamente que os padrões internacionais são mais rigorosos. ”
A7	“Acreditação em nível nacional também existe, mas ela não tem tanta força como a internacional. De modo que, aí pra tu teres uma nacional, lá fora não nos enxergam da mesma forma”

A8	“Eles são muito mais rigorosos , a gente algum tempo participou dos processos da ONA, que é nacional. São muito mais rigorosos, às vezes você deixa de cumprir um itenzinho e cumpre dez e não cumpri um e tu não é acreditado. Então, isso é muito rigoroso, é o mais difícil e é o mais completo. ”
A9	“ Nenhuma, praticamente nada. Eu conheço o processo nacional e o que diferencia é do ponto de vista do modelo. O internacional é mais detalhado, te dá mais ferramentas de como você atuar, te explica melhor como você vai conseguir aquele item, o nacional não. Eu digo que eles não têm diferença no sentido de que eles abrangem todos os pontos de segurança. ”
A10	“ Não tem muita diferença. Hoje a gente já tem algumas creditações que são feitas a nível nacional que elas estão bem exigentes, bem rígidas também [...] teve impacto na troca de concessionária, porque a gente começou a bastante tempo atrás, mas se tu pegar hoje padrões nacionais, internacionais, há um ano [...] elas têm um olhar muito parecido, hoje tá? É uma caminhada longa.”
A11	“A internacional tem uma exigência maior em termos de detalhamento de processos, de amplitude, de maior número de processos e de detalhamento de cada processo [...] a acreditação da JCI é muito criteriosa no detalhe. Agora que eu acompanho isso, eu sei. São mais padrões e mais exigência dentro de cada padrão. ”

Fonte: Elaborado pela autora.

Percebe-se pelo Quadro 26 que quase todos os entrevistados (9 observações) concordaram que a busca pela certificação internacional foi porque trata-se de um processo mais detalhista, mais desafiador, porque tem grau ou nível exigência maior, é mais envolvente, é mais rigoroso, é mais complexo e mais completo. Apenas dois dos entrevistados discordaram e informam que para eles não tem muita ou nenhuma diferença entre o sistema de acreditação internacional e o nacional. Esses resultados encontrados refletem os motivos da instituição pública por buscar o sistema de acreditação hospitalar internacional ao invés do sistema nacional.

4.2.3 Isomorfismo normativo

Este tópico foi subdividido em dois temas, com o intuito de verificar a existência de isomorfismo normativo, a partir da busca da estratégia de acreditação hospitalar internacional no hospital público investigado: profissionalização; e qualificação e desenvolvimento da instituição. Os temas deste tópico foram analisados pela análise de conteúdo dos dados primários.

4.2.3.1 Profissionalização

Este tema foi abordado para compreender como o hospital busca/buscou atender as condições ou exigências dos padrões da acreditação internacional na instituição. As respostas dos entrevistados do grupo “A” sobre este tema, foram evidenciadas no Quadro 27.

Quadro 27 – Profissionalização dos padrões da acreditação internacional

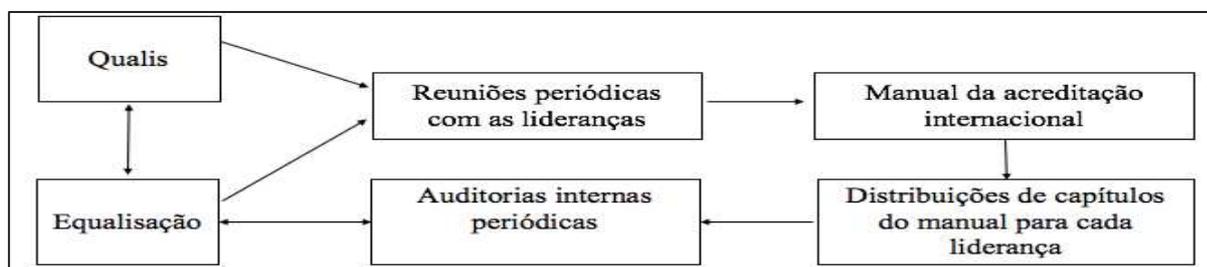
C.E.	Categoria de 1ª. ordem: Isomorfismo institucional - Categoria de 2ª. ordem: Isomorfismo normativo Categoria de 3ª. ordem ou unidade de registro: Profissionalização
Unidade de contexto: fragmentos essenciais	
A1	“Não sei se só em virtude disso, mas foi uma situação que, em virtude disso, se fez necessária. E acho que, mais do que nunca, até para poder preservar esses indicadores de qualidade e segurança. E, o Hospital, realmente, diante disso têm várias campanhas que são realizadas com essa questão, no enfoque da acreditação, a gente começou a ver o quanto é importante determinadas ações não ficarem focadas em determinadas áreas, que elas seriam disseminadas [...] Auditorias internas existem, de forma periódica tanto nas áreas assistenciais, e também, a gente ali na própria CGP tem feito, às vezes, até auditoria dos próprios trabalhos, também com isso a gente vai vendo controles que a gente pode ter nas nossas áreas...”
A2	“É um programa. Não é um setor. Um programa específico para gerenciar esse processo. É o Programa Qualis. O Programa Qualis olha o manual e olha os padrões e a gente com os coordenadores, que são pessoas de várias áreas do hospital, vamos construindo a estrutura para conseguir ser acreditado [...], o monitoramento dos resultados a gente verifica a cada ano quando faz uma avaliação simulada...”
A3	“Desde o início desse projeto hospital criou-se o programa Qualis [...] que é o programa que foi criado justamente para liderar a implantação do sistema de acreditação internacional. Então, uma equipe que foi formada com pessoas dedicadas a isso, algumas delas com dedicação exclusiva [...], então, ao longo dos anos, uma série de iniciativas se lançou para trazer mais gente para esse grupo, preparar mais gente como consultores internos, que pudesse fazer processos de avaliação simulada, envolvendo as lideranças, envolvendo uma série de pessoas para isso. Então, um dos fatores fundamentais foi a criação desse comitê, do Qualis [...], é uma equipe multidisciplinar formada por profissionais de várias áreas, médicos, enfermeiros e farmacêuticos, analistas administrativos e assim por diante.”
A4	“Sim. Foi o Qualis. Então, que é o que concentra, digamos assim, organiza hoje muito mais disseminado por toda a instituição, mas, é quem organiza. O Qualis foi criado para atender essa demanda da acreditação.”
A5	“Não só se criou o Qualis, como criou-se um grupo imenso, de quase 50 pessoas. Assim, ele tem uma coisa viva, não é só para a época da acreditação, tem uma coisa viva ao longo de todo o ano, um grupo grande que é titulado como “grupo da Equalização”, entendeu? Que faz auditorias periódicas, acompanhando, deixa acesso a chama de que a qualquer momento a gente pode ser questionado por determinado item.”
A6	“No manual da <i>Joint Commission</i> não diz, em nenhum momento, que o hospital tem que ter um programa de auditoria interna, a gente que acha que isso é importante. O hospital já tinha várias comissões e essas comissões também ajudaram a repensar os processos. O hospital foi adaptando suas rotinas de trabalho para estarem em conformidade com os padrões do manual [...], o que a gente fez foi melhorar para poder atender os padrões de JCI.”
A7	“Sim, tem setores específicos e diversos setores. Em todas as áreas, principalmente as mais atingidas, [...], na nossa área seria mais o quê? Gerenciamento, pagamento, controles, e a gente acompanha em função da necessidade [...], o que nós tínhamos foi aprimorado. Aumentaram os indicadores, aumentaram o acompanhamento. Teve melhorias.”
A8	“Foi criado o setor específico que é coordenado por uma médica, e ela tem levado muita a sério isso, e tem atingido, acredito eu, que tenha atingido apenas as expectativas da direção em relação a isso, tanto é que nós fomos acreditados. Então, ela gerencia toda a demanda.”
A9	“O Qualis são mais 30 pessoas, multiprofissionais, do hospital. [...] O Qualis, nesse período até a acreditação, foi muito mais um gerenciador do processo de acreditação. [...] Então, a partir de quando a gente conseguiu o selo, a gente está trabalhando em coisas de segurança do paciente [...] tem vários treinados em auditoria de segurança, a gente, inclusive, está transformando vários profissionais do hospital, não só do Qualis, em auditores internos, porque a auditoria era externa, anual, de educação, fora a auditoria da acreditação, que é a cada três anos. A gente tinha auditoria contratada, hoje não, hoje a gente está transformando esses auditores, consultores de antes, em profissionais do Qualis em um processo que a gente chama de Equalização [...], isso tudo veio com a acreditação...”
A10	“Tem um coordenador de cada capítulo [...], tem vários capítulos, eu sou responsável pelo capítulo de medicamentos que é o MMU. Então, eu pego o manual e eu vou lendo todos os padrões, quais são os elementos de mensuração e aquilo ali te direciona para revisar o teu processo [...], então, o manual ele te põe vários questionamentos, em cima disso, é revisado os processos que você faz [...], o Qualis é o grupo da qualidade. Então, o Qualis é o que coordena todo esse processo, vinculado ao Qualis tem o grupo de profissionais que tá bem envolvido com esses capítulos. [...], então, todo esse grupo, cada um trabalha dentro do seu capítulo, mas sendo olhado pelo Qualis, que é o que coordena. O Qualis foi criado justamente para organizar tudo aquilo que tem que ser feito.”

A11	“O hospital formou “N” comissões para dar conta. A JCI tem capítulos. Ela se divide em capítulos do manual. Cada capítulo tem lideranças responsáveis, e essas lideranças formaram outras equipes para ir acompanhando as orientações do manual e formando um grande grupo. Na verdade, tentando envolver todos os profissionais da instituição [...], tem um grande grupo de lideranças conduzindo e um grande número de pessoas participando dentro dessas comissões. O objetivo é esse, que as pessoas tenham significado, que entendam qual a razão daquilo que está se fazendo. Então tem comissões conduzindo os capítulos do manual.”
-----	--

Fonte: Elaborado pela autora.

De acordo com os relatos dos entrevistados evidenciados no quadro 27, para atender as condições e exigências do manual da JCI foram criadas várias comissões ao longo dos anos, dentre elas, no início do processo de implantação da acreditação internacional, foi criado o Programa de Gestão da Qualidade e da Informação em Saúde (Qualis), que atua na promoção da melhoria contínua com o foco na qualidade e segurança. Posteriormente, foi criado o Programa Permanente de Monitoramento da Qualidade (Equalização), que é uma comissão formada pelas lideranças do hospital, ou seja, uma equipe de multiprofissionais, responsáveis pelas auditorias internas da qualidade, que surgiu para disseminar e envolver todos os profissionais da instituição na cultura da qualidade e da segurança do paciente. O Qualis e o Equalização se reúnem periodicamente para verificar a melhor forma de atender os padrões de acreditação internacional. Os padrões são distribuídos por capítulo para cada liderança envolvida no processo e a mesma se especializa neste capítulo e repassa as informações, nas reuniões, para os demais membros da comissão nas reuniões. E assim, o hospital consegue atender os padrões de acreditação exigidos internacionalmente. A Figura 17 ilustra o fluxo do processo de profissionalização da acreditação hospitalar internacional pela JCI na instituição investigada.

Figura 17 – Fluxograma do processo de profissionalização da acreditação hospitalar internacional



Fonte: Elaborada pela autora.

De acordo com os relatos dos entrevistados do grupo A, esse fluxo de tarefas realizadas periodicamente, foi a forma encontrada pela instituição para conseguir envolver todos os profissionais e reforçar a cultura de qualidade e segurança e, ao mesmo tempo formar, em diversos âmbitos, profissionais com expertise em qualidade e segurança. Com estes achados

pode-se perceber que para atender as condições e exigências do manual da JCI foi necessário profissionalizar a instituição com os temas que são os focos do manual da acreditação internacional. Sendo assim, fica bem caracterizado o isomorfismo normativo nesta instituição investigada.

Outro ponto interessante, foi que segundo o entrevistado A7, esse fluxo dos programas também afetou a área contábil. As melhorias com essas auditorias internas da qualidade na contabilidade foram nos processos de gerenciamento, pagamento e controles. Além disso, de acordo com a entrevistada A7, aumentaram os indicadores e o acompanhamento dos processos no setor.

4.2.3.2 Qualificação e desenvolvimento

Neste subitem foi perguntado para os entrevistados do grupo A, como o processo de acreditação pode influenciar na qualificação e o desenvolvimento dos profissionais, seja técnico ou gerencial da instituição. Os relatos dos entrevistados foram resumidos no Quadro 28.

Quadro 28 – Qualificação e desenvolvimento

C.E.	Categoria de 1ª. ordem: Isomorfismo institucional - Categoria de 2ª. ordem: Isomorfismo normativo Categoria de 3ª. ordem ou unidade de registro: Qualificação e desenvolvimento Unidade de contexto: fragmentos essenciais
A1	“[...] em virtude de todo esse processo da acreditação, a gente teve que rever quais eram os públicos que a gente atingia em relação as capacitações, quais eram os temas estratégicos, e se a gente conseguia levar isso para todas as pessoas. Então, a gente teve que fazer toda uma reconfiguração. A partir de toda essa situação, a gente começou a estruturar uma matriz de capacitação institucional. [...] E, claro, que a estratégia que se achou no momento para poder abranger quase 7 mil funcionários ou 6 mil e poucos, foi através da Educação à Distância [...], então, a cada ano, a gente lança a matriz institucional, que é para todos os funcionários [...], sempre, qualquer ação de capacitação, tem que ter um trabalho direto com a liderança.”
A2	“[...] Então, eu sou uma profissional diferente agora do que eu era quando comecei esse processo. Eu aprendi muita coisa, muito mais do que acreditação. Eu acho, que para o hospital, ele é uma agenda de gestão. E quando a gente olha como a gente faz a gestão da qualidade, eu preciso de liderança, de indicadores, de padronização, isso exige que as pessoas, que os nossos gerentes, todos de qualquer área, sejam líderes melhores [...], o processo de manter a acreditação, desafia todo mundo no hospital, a ser melhor [...], a gente criou uma série de cursos em EAD [...], então, tudo isso, são coisas, sim, diretas da acreditação. [...] A gente teve investimento no treinamento de pessoas, em cursos que a gente faz aqui [...], eu fiz um curso fora uma vez [...], acho que a gente desenvolveu bastante toda a parte de desenvolvimento profissional. Já existia alguma coisa de treinamento, capacitação, mas a gente aprimorou muito.”
A3	“Eu acredito que a adoção desses padrões obrigatoriamente faz com que pessoas tem que se dedicar mais a busca de como cumpri-los, como cumprir os padrões, e em muitos dos casos obriga sim, as pessoas a buscar conhecimento, formação em algumas matérias que naturalmente não fariam. Então, eu acho que sim, o processo de acreditação ele tem um fator importante de evolução, na qualificação das pessoas [...] a gente trabalhou sempre com uma consultoria externa nos apoiando. Estava embutido no contrato que nós tínhamos com eles, alguns cursos para formação de pessoas que seriam os líderes desse processo, dentro da instituição. Então, sim, algumas pessoas foram treinadas e capacitadas ao longo do tempo.”
A4	“Indireta em algumas situações e diretamente acaba estimulando as pessoas a se qualificarem para atender esse nível de exigência desses padrões que acabam sendo aplicados aos processos. O tempo todo a gente tinha mobilização, chamados para reuniões e até porque quando, entendemos que iríamos abraçar, digamos assim, esse desafio, então, houve sim uma mobilização muito grande.”
A5	“Muito, porque a partir do momento que, dentro do capítulo que envolve isso, pede para conferir se aquela pessoa que está exercendo aquela situação, aqueles procedimentos, se ela tem capacitação para aquilo [...], então, eu acredito muito nisso, que influencia muito.”

A6	“[...] Depois que a gente revisou o processo, estabilizou o processo e documentou, a gente treinou os funcionários. [...] A gente fez alguns cursos já desse contrato com o CBA, porque fazia parte do contrato. [...] Por exemplo, um dos capítulos do manual da <i>Joint Commission</i> são as metas internacionais de segurança do paciente. Então, a identificação é a meta um, então o manual dizia como que, em linhas gerais, a gente tinha que ter um processo de identificação do paciente. A gente aqui escreveu uma política de identificação, um plano de todo o escopo [...], tudo do processo foi descrito e aí a gente fez um curso EAD, para justamente ficar disponível para os profissionais que estavam naquela época e, a cada profissional que vai entrando, ele vai passando por esse treinamento também [...] isso que eu acho que a acreditação trouxe de bom para os profissionais.”
A7	“É mais gerencial do que técnico, mas tem partes técnicas. Na parte assistencial com certeza, claro que não é o nosso foco, a gente acompanha mais a área administrativa. Mas tem sim. Influenciou nos dois. A parte assistencial mais do que a administrativa [...] nós tivemos uma acreditação mais interna de atendimento as demandas e as necessidades. Mas, teve sim, preparo.”
A8	“Pela própria rigorosidade das regras da acreditação. Por exemplo, as regras de acreditação vão ao cúmulo da forma de manusear um determinado procedimento. E as coisas que têm que ter nas áreas para que os procedimentos sejam levados a termos de uma forma mais positiva, isso acaba influenciando as pessoas, não tenho a menor dúvida. Diversos cursos, eu mesmo participei. Foi bem legal. Até hoje, a gente tem os treinamentos, a gente tem as simulações. É, muito legal.”
A9	“O processo de acreditação te traz alguns "nós" que você tem que cumprir que são auditados anualmente, por exemplo, os treinamentos específicos. Isso te estimula a colocar numa agenda, a organizar numa agenda o que você tem que cumprir para manter o selo. Isso vale para a educação, para indicadores, para monitoramento de indicadores. Avaliam o grau de capacidade dos profissionais para exercer determinadas funções. Por exemplo, um cirurgião tem que ter tais itens no seu currículo em termos de educação. Tudo isso também é pontuado no manual [...], é uma coisa bem amarrada, sistemática e você tem que demonstrar, você tem que mostrar a ficha funcional do profissional, eles buscam a ficha e dizem: “ah, esse funcionário tem”.
A10	“[...] A alta liderança fez cursos e daí eles foram multiplicadores, mas teve um grupo que foi capacitado, fez alguns cursos fora. Têm toda uma parte documental que tem que ter. A gente tinha alguns documentos escritos, hoje, eu tenho tudo, tudo que faz tem que tá escrito, quando a acreditação vem, a primeira coisa que eles fazem é ler os documentos, em cima daquilo ali ela procura os serviços para ver como que se faz na prática aquilo que eu li, então, essa parte sim, tu tem que ter um padrão [...], então tu pega um pop da engenharia, pega um pop da farmácia, o documento tem que ser o mesmo, cada um definindo, escrevendo a sua rotina, mas a cara dos documentos é padrão.”
A11	“Para você cumprir um processo de trabalho com uma exigência maior de qualidade, os profissionais têm que ser qualificados. Você tem toda uma formação funcional aqui dentro para o desenvolvimento de processos de qualidade. Então, eu tenho um técnico de enfermagem que recebe toda uma capacitação em termos de preparo de medicação, de administração de medicação para seguir as normas estabelecidas, os critérios de segurança de administração de medicamento. Nós tivemos toda uma qualificação de uma equipe aqui no hospital, de lideranças. Fizemos toda uma capacitação na engenharia de produção para mapear processos de risco, para você entender e ter uma visão, realmente, de construção de processos, para usar ferramentas que te auxiliem a definir melhor processos de trabalho. Não só eles, mas outros. A gente mesmo, dentro do gerenciamento de risco, e todas as lideranças dentro do hospital buscaram cursos e capacitações também externas para agregar conhecimento. O corpo clínico buscou qualificação fora, inclusive.”

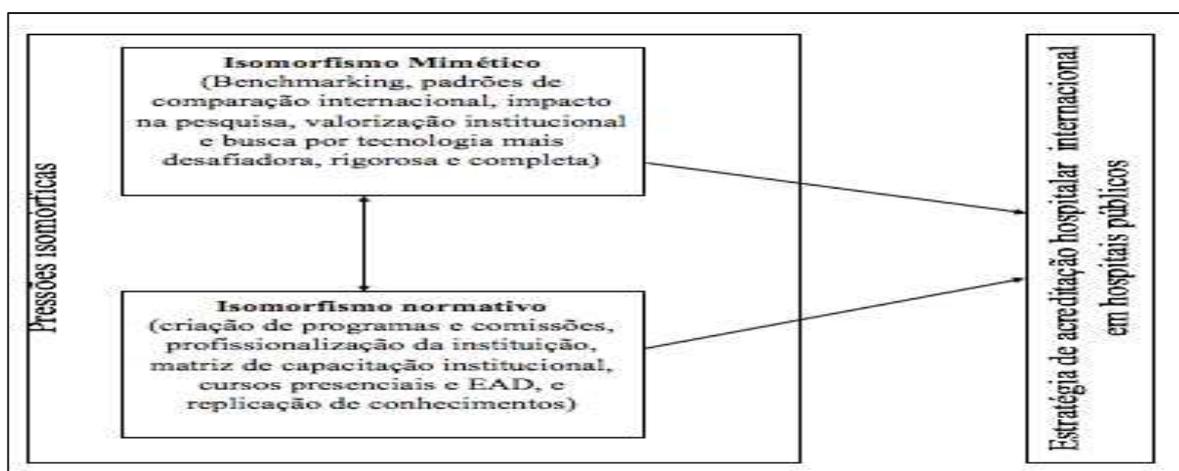
Fonte: Elaborado pela autora.

De acordo com as respostas dos entrevistados evidenciadas no Quadro 28, por unanimidade, todos concordam que a acreditação internacional influenciou direta e indiretamente na qualificação e no desenvolvimento dos funcionários da instituição investigada. Percebe-se pelos relatos dos entrevistados que as lideranças, durante a implantação da acreditação, realizaram diversos cursos e replicaram os conhecimentos adquiridos para os demais funcionários da instituição. Além disso, conforme as respostas dos entrevistados, a instituição, por causa das demandas oriundas do processo de acreditação internacional, estruturou uma matriz de capacitação institucional, para organizar e aplicar cursos presenciais de educação continuada e cursos de educação à distância (EAD) para todos os funcionários

envolvidos no processo de acreditação. Esses achados alinham-se o isomorfismo normativo de Dimaggio e Powell (2005).

Nesta seção foram explorados os três mecanismos de isomorfismo institucional, oriundos da teoria institucional: isomorfismo coercitivo, isomorfismo mimético e isomorfismo normativo. Os achados encontrados revelam que dos três tipos de isomorfismo institucional, o isomorfismo mimético e normativo foram os que mais impulsionaram as mudanças institucionais na busca da acreditação internacional no hospital investigado. A figura 18 ilustra e resume as pressões exercidas na busca da acreditação internacional.

Figura 18 – Pressões isomórficas sofridas pela busca acreditação hospitalar internacional



Fonte: Elaborada pela autora.

Percebe-se na Figura pela Figura 18 que no hospital público acreditado internacionalmente as pressões isomórficas miméticas encontradas foram: benchmarking, padrões de comparação internacional, impacto na pesquisa, valorização institucional e busca por tecnologia mais desafiadora, rigorosa e completa. Em relação ao isomorfismo normativo, as pressões encontradas foram: criação de programas e comissões, profissionalização da instituição, matriz de capacitação institucional, cursos presenciais e EAD, e replicação de conhecimentos. Todas essas pressões isomórficas institucionais foram sofridas simultaneamente durante a busca da estratégia de acreditação institucional no hospital público acreditado investigado.

Em síntese, foi evidenciado que não houve nenhuma pressão externa formal por parte dos órgãos reguladores atrelados a instituição, que exigisse a implantação do selo de acreditação hospitalar internacional, ou seja, ideia da estratégia de acreditação surgiu do desejo do próprio hospital. Além disso, foi revelado que ter um hospital mais seguro e a melhoria da qualidade dos serviços prestados foram as maiores expectativas de contribuição da acreditação internacional para a sociedade. Em relação ao reconhecimento da instituição, o hospital já era

reconhecido por ser um hospital confiável e pelos bons serviços prestados para a sociedade, antes mesmo de conquistar a certificação de acreditação internacional. Cabe ressaltar que a informação sobre a estratégia de acreditação é uma informação assimétrica, ou seja, apenas uma parte da sociedade conhece e entende o significado de uma acreditação internacional, e outra desconhece até mesmo o assunto. Além disso, foi revelado também que a falta de divulgação da estratégia de acreditação internacional para a sociedade foi algo bastante criticado pelos representantes da sociedade. Portanto, a estratégia de acreditação internacional aparentemente ainda sofre problemas de legitimidade e, possivelmente, ainda não é reconhecida externamente. A dimensão cognitiva aparentemente representa a forma que foi legitimada a estratégia de acreditação internacional, ou seja, a estratégia foi legitimada somente internamente pelos colaboradores, gestores e conselho de administração da instituição. No que tange à comparação competitiva, foi revelado que existem na instituição comparações com outros hospitais. Porém não se trata de comparações competitivas, as comparações existentes contemplam os benchmarkings realizados em alguns hospitais, com o intuito de buscar melhores práticas para serem aplicadas na instituição. Ademais, a busca pela certificação internacional, ao invés da busca por uma certificação nacional, surgiu porque a certificação internacional é fundamentada em um processo mais detalhista, mais desafiador, porque tem grau ou nível exigência maior, é mais envolvente, rigorosa, complexa e completa. No que se refere à influência da acreditação internacional, foi constatado que a acreditação internacional influenciou direta e indiretamente na qualificação e no desenvolvimento dos funcionários da instituição investigada. E por fim, foi evidenciado que o hospital público investigado sofreu pressões institucionais miméticas e normativas durante a busca da estratégia de acreditação internacional. As pressões isomórficas miméticas encontradas foram: benchmarking, padrões de comparação internacional, impacto na pesquisa, valorização institucional e busca por tecnologia mais desafiadora, rigorosa e completa. As pressões normativas foram: criação de programas e comissões, profissionalização da instituição, matriz de capacitação institucional, cursos presenciais e EAD, e replicação de conhecimentos.

4.3 PROCESSOS INSTITUCIONAIS

De acordo com Tolbert e Zucker (1999) o processo de institucionalização está dividido em três fluxos institucionais, que podem ocorrer de forma sequencial ou simultânea. Para entender como ocorreu o processo de institucionalização da acreditação internacional no hospital público investigado, esta seção foi dividida nas três etapas do processo de institucionalização: habituação; objetificação; e sedimentação. Por se tratar de questões

sobre os processos institucionais, que envolveram todos os funcionários da instituição, nesta seção foram analisadas as respostas dos grupos A e B. Ademais, os tópicos dessa seção foram analisados com a análise de conteúdo nos dados primários e análise de conteúdo nos dados secundários.

4.3.1 Habitualização

A habitualização é a etapa que está relacionada a geração de arranjos estruturais como solução aos problemas organizacionais específicos (TOLBERT; ZUCKER, 1999). Por esse motivo, este subitem foi dividido em duas fases: impactos organizacionais; e políticas institucionais. Os temas desse tópico foram analisados pela análise de conteúdo dos dados primários.

4.3.1.1 Impactos organizacionais

Para evidenciar as percepções dos entrevistados sobre os impactos organizacionais enfrentados pela instituição com a institucionalização da acreditação internacional foi elaborado o Quadro 29, que ilustra os fragmentos essenciais das respostas dos entrevistados do grupo A.

Quadro 29 – Impactos organizacionais pela percepção do grupo “A”

C.E.	Categoria de 1ª. ordem: Processos institucionais - Categoria de 2ª. ordem: Habitualização Categoria de 3ª. ordem ou unidade de registro: Impactos organizacionais
Unidade de contexto: fragmentos essenciais	
A1	“[...] as áreas tiverem que ser reorganizadas, em termos não só de processos e pessoas, mas também em termos de estrutura física, e isso foi... [...], processos de trabalho, principalmente, porque daqui a pouco eles percebiam que no processo faltava alguma etapa de checagem [...] Teve mudança estrutural efetiva [...], se eles percebiam que: “a medicação não é bem preparada, não tem um espaço adequado”, isso foi reestruturado, foi readequado, então, todas as portas, as questões: “ah, se percebe que a porta de incêndio ao invés de abrir para fora é para dentro”, então, tudo foi reorganizado; as campanhas das unidades...”
A2	“A gente teve muito da coisa da segurança das instalações. Então, assim coisas de rotas de fuga, de extintores de incêndio [...] O que acontece é que em muitas unidades, por exemplo: a radiologia, a terapia intensiva. Nestes serviços foram criando unidades de gestão da qualidade dentro. [...] Em termos de informatização a gente teve que adquirir software para fazer gestão documental [...], acho que a gente desenvolveu bastante toda a parte de desenvolvimento profissional. Já existia alguma coisa de treinamento, capacitação, mas a gente aprimorou muito. [...] Todos os nossos sCOMSEQ (Subcomissões de Segurança e Qualidade), que são Subcomissões de Qualidade e Segurança, sempre houve uma comissão de gerenciamento de risco, mas era muito pequena, muito enxuta. Tudo isso também foi uma estrutura que se ampliou bastante junto com o Programa Qualis. A gente tem 140 pessoas trabalhando em sCOMSEQ, e são 20 sCOMSEQ, fazendo análises de incidentes menores em cada, e agora, o programa de Equalização [...], também foi uma outra estrutura.”
A3	“Eu acho que a gente teve, tem dois segmentos assim, que a gente poderia separar o tipo, vamos dizer assim, de problema que a gente teve que enfrentar. Alguns problemas mais na área, na questão do espaço físico, das instalações prediais, onde a gente precisou realmente fazer mudanças importantes em algumas áreas, para melhorar justamente o problema técnico de segurança, fundamentalmente, sejam em questões elétricas, arquitetônico, barreiras de segurança [...], mas pequenos detalhes, por exemplo, modificar a estrutura de corrimões, em algumas escadas, sistemas de alarme de incêndio, isso tudo foi modificado de uma forma bem significativa [...], e uma outra vertente que também teve um impacto significativo são os processos, sejam os processos assistenciais, sejam os processos de apoio, onde a gente com certeza teria

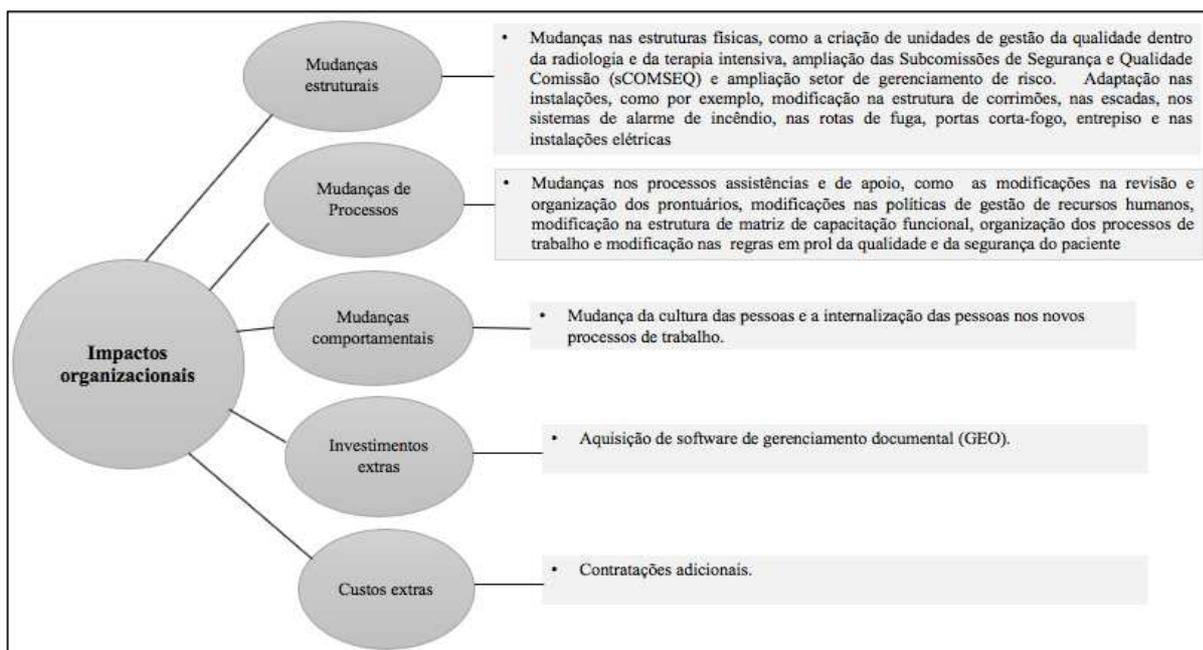
	que modificar a formas de lidar com algumas situações, sejam elas diretamente ligadas ao atendimento do paciente, sejam elas em algumas áreas de apoio. Então, realmente, tivemos que fazer investimentos importantes nas duas áreas. Em processo, inclusive tendo que aumentar a quantidade de pessoas para o atendimento em algumas áreas e assim por diante, para poder cumprir os padrões [...], a gente teve que fazer contratações adicionais, muitas vezes a gente fazer remanejamento internos para poder adequar o processo [...], mas quando era uma atividade nova numa área e aí assim, fazia a chamada dos concursos existentes.”
A4	“Teve! Teve bastante mudança sim. Até porque toda mudança de processo ela acaba impactando. Na questão da mudança comportamental, das pessoas e algumas mudanças estruturais para adequar as exigências desses níveis. Então, tiveram diversas mudanças, com certeza! [...] Eu lembro que a gente usava o crachá a gente tinha aquelas cordinhas de pano que isso não podia. Então, assim, teve toda essa mobilização. Vestiu-se uma cultura! Sem dúvidas!”
A5	“Na estrutura física com certeza [...], a estrutura física do ponto de vista de equipamento, teve alterações, teve que alcançar um patamar mínimo, ideal das temperaturas [...], então assim, todas essas recomendações que são conferidas no processo de acreditação, você tem que se organizar. Então, se organizar, você mexe, estrutura física, na estrutura de mando não. Não vi o organograma ser revisado [...] revisamos os prontuários[...], foi adquirido um módulo, chama-se “ <i>Document Manager</i> ”, de gerenciamento de documentos. Então, a acreditação trouxe isso, provocou na gente uma organização dos documentos envolvidos na rotina, no dia a dia, então, eu não sei se não tivesse a acreditação, se a gente teria isso tão bem rico como é hoje, entendeu?”
A6	“Eu acho que a gente esbarra sempre, que é a diferença de um hospital público, na coisa de investimentos, de melhorias de infraestrutura, ou aumentar o número de pessoal, por exemplo, então, a gente tem essa dificuldade. Para aumentar um funcionário, tem que passar pelo Ministério do Planejamento, para aumentar uma vaga, tem que ser explicado por A mais B, e normalmente ele só pode aumentar se o hospital aumentar de tamanho ou aumentar o turno. Então, acho que é mais isso, a dificuldade de implantação de determinadas coisas por conta de recursos. recursos financeiros [...], a engenharia aqui, o SESMET, a medicina do trabalho olhou o prédio inteiro, fez uma varredura no prédio inteiro para saber se todas as rotas de saída estavam identificadas, e aí teve um plano de melhoria por trás, também de investimento financeiro [...], essas porta corta-fogo, por exemplo, foi todo um investimento do hospital em colocar isso, é um prédio antigo [...] A gente fez uma série de melhorias a partir disso, a partir dessa crítica do diagnóstico inicial para o processo de acreditação. [...] Mudança na estrutura, nas políticas de gestão de recursos humanos, na própria organização dos prontuários funcionais [...], então, essas matrizes de capacitação, toda a estruturação de matriz de capacitação, de regras, outro jeito de fazer em prol da qualidade e da segurança nessas três questões: segurança do paciente, do ambiente e dos profissionais, isso é muito diferente hoje, é muito diferente em toda a trajetória, a gente foi fazendo vários projetos de melhoria.”
A7	“Sim! Teve na qualificação, na estrutura física, nos processos, mais na qualificação e na melhoria dos processos e físico também, mexeu portas, engenharia, porta corta-fogo...”
A8	“Muitos problemas [...], eu posso falar as que dizem mais respeito a minha área [...] era uns problemas financeiros, que a gente teve que fazer uma série de adaptações, para poder participar da acreditação. Mas, eu acredito que a parte mais complicada que foi essa parte que a coordenadora médica da acreditação, junto com a sua equipe deve ter enfrentado foi a parte de mudança na cabeça das pessoas [...], eu não digo tanto assim mudança, eu digo assim, internalização das coisas como devem ser feitas [...], a gente teve que colocar recursos para poder arrumar as determinadas áreas, arrumar as rotinas, para que nós pudéssemos atingir todas aquelas exigências que o pessoal da <i>Joint Commission</i> nos impôs.”
A9	“Houve muita mudança, muito mais coisas estruturais, até porque, talvez, estruturais, área física, sejam mais difíceis de movimentar, mas o processo de acreditação, e dentro, talvez, do grau de amadurecimento que a gente já tinha, foi muito mais uma mudança de processo de trabalho, e aí os recursos que precisam é recurso de treinamento de pessoal e, na maioria das vezes, não é mais pessoal, é organização do processo de trabalho, da estrutura que você já tem aqui, isso que mudou muito [...], acho que as mudanças que houve na instituição foram mais relacionadas à processo de trabalho, organizacional, com foco em algumas ações prioritárias. [...] gerenciamento de risco já tinha no hospital, mas ele foi remodelado [...], eles conseguiram recursos humanos para fazer, área física para trabalhar [...], então, profissionais foram destacados, farmacêuticos, enfermeiros, foram direcionados. Tem uma farmacêutica que é exclusiva e uma enfermeira que é exclusiva, que era uma enfermeira da UTI. Então, esse remanejamento de recurso humano aconteceu para algumas áreas...”

A10	“Olha, tem várias coisas que acabou impactando, teve uma questão estrutural bem importante [...] tem várias coisas que teve que fazer melhorias. [...] na estrutura física, de algumas coisas, teve um investimento pesado nisso, tem uma parte de recursos humanos que sim, que ela onerou, o hospital contratou várias pessoas desde o momento que se iniciou o projeto da acreditação [...], então, isso foi importante, também foi bem significativo, o serviço farmácia ganhou bastante vaga com processo da acreditação, eu acho que a parte mais difícil é mudar a cultura das pessoas que trabalham aqui, é mostrar que sim, tem que fazer de uma outra forma para ser melhor...”
A11	“Teve modificações estruturais enormes, tanto portas-corta fogo quanto de acesso e escada [...], então toda a parte de entrepiso, entre um andar e outro tem o entrepiso e tem as instalações elétricas, tudo isso estruturalmente se mudou muito. Se mudou muito em termos de cumprir as exigências [...], por exemplo, nós estamos agora fazendo todo um processo de avaliação, passamos um mapeamento de risco em uma unidade de internação psiquiátrica, baseado em ferramentas, em um <i>checklist</i> que a gente buscou...”

Fonte: Elaborado pela autora.

Verifica-se no Quadro 29 que, vários impactos organizacionais foram citados pelos entrevistados do grupo A, inclusive os mais citados foram as mudanças estruturais e as mudanças de processos. Para uma melhor compreensão, os impactos foram subdivididos em cinco categorias: mudanças estruturais; mudanças nos processos; mudança comportamental; e investimentos e custos extras. A Figura 19 relaciona os impactos mais relatados pelos entrevistados do hospital investigado.

Figura 19 – Resumo dos impactos organizacionais da acreditação internacional



Fonte: Elaborada pela autora.

A primeira categoria, as mudanças estruturais, referem-se as mudanças nas estruturas físicas no hospital, como por exemplo a criação de algumas unidades de gestão de qualidade em alguns setores estratégicos do hospital (radiologia e terapia intensiva), ampliação das Subcomissões de Segurança e Qualidade (sCOMSEQ) e ampliação do setor de gerenciamento de risco. Além disso, para atender as exigências da JCI, também foram realizadas modificações

nas instalações da instituição, como por exemplo, modificação na estrutura de corrimões, nas escadas do hospital, nos sistemas de alarme de incêndio, nas rotas de fuga, portas corta-fogo, entre piso e nas instalações elétricas.

A segunda categoria, as mudanças nos processos, diz respeito as grandes mudanças realizadas nos processos assistências e de apoio, como as modificações na revisão e na organização dos prontuários médicos, as modificações nas políticas de gestão de recursos humanos, a modificação na estrutura de matriz de capacitação funcional, organização dos processos de trabalho de toda a instituição e as modificação nas regras da instituição em prol da qualidade e da segurança do paciente. A próxima categoria, a mudança comportamental, remete a mudança da cultura das pessoas sobre a segurança e qualidade do paciente e a internalização, ou seja, a adoção ou incorporação das pessoas nos novos processos de trabalho. A quarta categoria, os investimentos extras, trata-se dos investimentos que a instituição não tinha consciência que teria que investir para atender as demandas oriundas da acreditação internacional, como por exemplo, a aquisição de um software de gerenciamento documental “*Strategic Adviser*” módulo “*Document Manager*” conhecido na instituição como o “GEO”, para gerenciar todas as políticas e os procedimentos operacionais padrões, e por fim, na última categoria, os custos extras, que trata das novas contratações adicionais de pessoas por contratos e por intermédio de concurso público.

Para verificar se perspectivas dos entrevistados do grupo B sobre os impactos organizacionais são semelhantes as percepções do grupo analisado anteriormente, foi elaborado o Quadro 30, que demonstra as respostas dos entrevistados.

Quadro 30 – Impactos organizacionais pela percepção do grupo “B”

C.E.	Categoria de 1ª. ordem: Processos institucionais - Categoria de 2ª. ordem: Habitualização
	Categoria de 3ª. ordem ou unidade de registro: Impactos organizacionais
Unidade de contexto: fragmentos essenciais	
B1	“ Mudança de processos (reorganização de todos os processos, reorganização das escalas, reorganização de serviços e realocação de pessoas).”
B2	“ Mudanças estruturais e a mudança de cultura (“a acreditação entrou na rotina”).”
B3	“ Mudanças de processos (revisão de processos) e mudanças estruturais (retirada dos móveis de madeira).”
B4	“ Mudanças de processos e mudanças estruturais (readequação das portas em relação às rotas de fuga e modificação nos móveis de madeira para materiais higienizáveis).”
B5	“ Mudança comportamental (dificuldades do pessoal de assimilar os novos processos).”
B6	“ Investimentos e custos extras (no serviço de farmácia, teve contratação em torno de 20 farmacêuticos para atuar na parte clínica) e mudanças estruturais (reestruturação completa da gerência de risco).”
B7	Mudanças estruturais (obras na área cirúrgica), mudança comportamental (trabalhar as resistências e a conscientização das pessoas) e a mudança dos processos.
B8	“Na minha área (contabilidade) não teve impacto nenhum , não teve influência.”
B9	“Necessidade de qualificação, mudança cultural (adaptação da linguagem dos novos processos), mudanças de processos (inclusão dos eventos adversos) e mudanças estruturais (reestrutura de todo o hospital).”

B10	“ Mudanças de processos (reescrever os processos), mudança comportamental (“a partir do momento que a gente entendeu o que é a acreditação começou a ficar mais fácil”), investimentos e custos extras (software GEO que se joga todas as informações que a gente quer acessar) e mudanças estruturais (os pisos, a questão da integridade das paredes, a pintura e a questão da elétrica).”
B11	“ Mudança comportamental (entender o que estava acontecendo, o porquê da exigência e entender a importância desse selo), mudanças estruturais (saídas de incêndio e as rotas de fuga foram modificadas, sinalização, criação da farmácia satélite dentro da emergência) e investimentos e custos extras (na farmácia, contratação de farmacêuticos).”
B12	“ Mudanças estruturais (bloqueio do acesso das pias e portas corta-fogo) mudança comportamental (montagem de equipes para dar significado as mudanças) e mudanças de processos (capacitações gerais).”
B13	“ Mudança comportamental (resistências e as dificuldades de compressão das pessoas) e mudanças estruturais (criação de comissões e construção de uma sala específica para dar notícias aos familiares em ambiente privado).”
B14	“ Mudanças de processos (na central de anestesia, onde tinha vários processos que muitos deles saíram do bloco para serem feitos no centro de material e esterilização, contratações de profissionais, as mudanças de processo que estavam saindo da enfermagem e passando para o profissional da anestesia, da farmácia e dos técnicos da farmácia também, mudança dos processos da sala de preparo, na recepção de pacientes, na sala cirúrgica e a implantação do <i>checklist</i> de cirurgia segura) e mudanças estruturais (criação uma estrutura para farmácia, dentro do bloco).”
B15	“ Mudança comportamental (inúmeras brigas com a farmácia e com o almoxarifado “porque a nossa unidade também se reestruturou de uma outra forma”), mudanças estruturais (abertura de mais uma sala para os pacientes de alta complexidade, a sinalização, a brigada de incêndio, a disposição dos extintores, espelhos, as luzes, as tomadas, fechamento dos ralos embaixo das pia tudo, a disposição dos equipamentos dentro da sala de procedimento, teve que melhorar os nichos das gavetas, troca dos móveis de madeiras para acrílico) e mudanças de processos (treinamento de pessoas, a forma de dispensação de medicamento, organização dos gases e a forma de limpeza).”

Fonte: Elaborado pela autora.

Observe-se no Quadro 30 que na percepção dos entrevistados do grupo B, semelhante aos resultados do grupo A, o que mais impactou na instituição foram as diversas mudanças estruturais (11 observações) ocorridas por causa da institucionalização da acreditação internacional. O segundo maior impacto foram as mudanças de processos (7 observações). Cabe destacar que as cinco categorias do impacto organizacional (mudanças estruturais; mudanças nos processos; mudança comportamental; investimentos extras; e custos extras) encontradas anteriormente no grupo A, também foram encontradas no grupo B, porém neste último grupo foi encontrada mais uma categoria: a mudança cultural. Esta categoria refere-se as adaptações das novas rotinas de trabalho e as linguagens dos novos processos inseridos com a implantação da acreditação.

No que se refere a mudança comportamental, o grupo B foi mais detalhista nas respostas em relação aos impactos organizacionais, pois foram citados fatos que ocorreram no momento da implantação, como por exemplo, as resistências das pessoas as mudanças, as dificuldades de compressão e assimilação do novo processo, dificuldades das pessoas de entender o que estava acontecendo, dificuldade de entender a importância do selo e as divergências ocorridas entre os setores operacionais por causa das mudanças. No que tange os investimentos e custos extras,

os entrevistados do grupo B também citaram o GEO e as 20 contratações que ocorreram na farmácia.

Analisando o Quadro 30 percebe-se que os setores assistenciais e de apoio que mais sofreram impactos foram: centro cirúrgico, farmácia e gerência de riscos. No centro cirúrgico foi criada uma estrutura nova para a farmácia, foi criada uma sala específica para dar notícias aos familiares dos pacientes, foram incluídos diversos novos processos e a implantado o *checklist* de cirurgia segura. Na farmácia, conforme os relatos, ocorreram em torno de 20 contratações de farmacêuticos para o controle de uso de medicamentos. O setor de gerência de risco, conforme os entrevistados, teve que ser todo reestruturado, pois só existia apenas uma pessoa para representar o setor, não existia uma equipe e nem uma estrutura física para tratar dos riscos e dos eventos adversos. Em contrapartida, de acordo com o entrevistado B8, a área contábil não sofreu nenhum impacto com a institucionalização da acreditação. Contudo, para outras áreas, principalmente para as áreas assistenciais e apoio, os impactos organizacionais deixaram a etapa de habituação bem atribulada, pois houve bastante mudanças estruturais e muitas mudanças de processos.

4.3.1.2 Políticas institucionais

Para compreender com profundidade as mudanças do processo de acreditação internacional, foi indagado para os entrevistados do grupo A e B quais foram os novos procedimentos ou as novas políticas inseridas com a implantação do processo. As respostas do grupo A estão apresentadas no Quadro 31.

Quadro 31 – Políticas institucionais na percepção do grupo “A”

C.E.	Categoria de 1ª. ordem: Processos institucionais - Categoria de 2ª. ordem: Habituação
	Categoria de 3ª. ordem ou unidade de registro: Políticas institucionais
Unidade de contexto: fragmentos essenciais	
A1	“Na própria Gestão de Pessoas a gente tinha alguns POPs estabelecidos, mas a gente, com tudo isso, a gente sentiu a necessidade que poderia reescrevê-los e também de implantar outros POPs. A própria política e planos da área de Gestão de Pessoas que foram reescritas e até escritas novas , foram em virtude desse processo. Hoje a gente tem um sistema, um software, e nesse software, que é o GEO, a gente tem aí todos os planos, POPS, políticas, protocolos, todas as orientações da Instituição. E tudo isso, veio em virtude deste processo. Essas políticas, planos e POPS ficam todas dentro desse sistema e são aprovadas por uma equipe, que faz esse controle todo, e elas ficam disponíveis para consulta de todos os funcionários...”
A2	“Bom, todo o processo de consentimento do paciente que era uma coisa meio picada assim. Alguns serviços tinham lá o termo de consentimento, a gente tem um plano e uma política de gestão para consentimento . E não é o termo só em papel, é política de consentimento para procedimentos. Toda a parte da gestão documental unificada também é um plano de gestão documental que a gente tem no hospital.”
A3	“Certamente muitas políticas, que foram modificadas que tiveram esse impacto, eu vou ter um pouco de dificuldade de lembrar de algum exemplo mais significativo. Mas, eu posso afirmar que sim muitas coisas para notificadas e que tiveram esse tipo de impacto.”

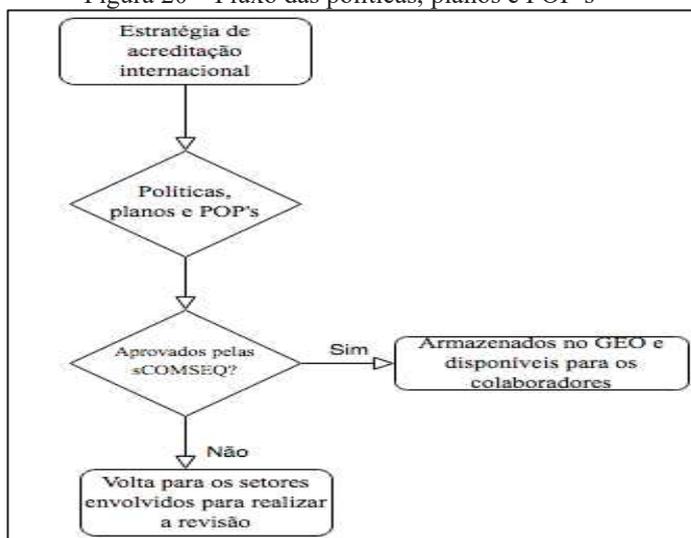
A4	<p>“Eu acho que a questão das metas de acreditação internacional, todas a gente teve que adaptar. Então, a questão da identificação correta dos pacientes, a questão dos medicamentos, a cirurgia segura, isso tudo a gente não fazia com esse nível, com essa padronização. Então, tudo isso foi implementado. A questão do risco de quedas, a questão do gerenciamento de risco, a questão do controle de infecção, acabou que ficou muito mais rigoroso nesse sentido. Então, tudo isso, a sustentabilidade entra indiretamente na questão dos descartes de resíduos...”</p>
A5	<p>“Foi adquirido um módulo, o chamado “<i>Document Manager</i>” de gerenciamento de documentos. Esse módulo que está no software da Interact, por sinal, essa empresa vende esse software para muitos hospitais por causa da acreditação. Então, é o <i>Strategic Adviser (AS)</i>, o software, que tem um módulo que chama <i>Document Manager</i>. Ali um repositório dos planos, das políticas, dos POPs, que as pessoas sabiam como fazer aquele procedimento, mas guardavam na gaveta [...], então, a acreditação trouxe isso, provocou na gente uma organização dos documentos envolvidos na rotina, no dia a dia...”</p>
A6	<p>“Sim, por exemplo, um dos capítulos do manual da <i>Joint Commission</i> são as metas internacionais de segurança do paciente [...], a gente não tinha nenhuma política, procedimento algum [...], então, a gente teve que estabelecer um plano de gerenciamento de documentos, por tipo documental, incluindo as políticas, por quem aprova esses documentos, qual o tempo de vida, de validade do documento, layout dos documentos. Então, você não pode pegar, criar uma rotina de trabalho, uma situação que a gente tinha antes da acreditação, por exemplo: as rotinas aqui a gente chama de procedimento operacional padrão “POP”. O layout do POP da enfermagem era diferente do POP da área administrativa, o controle dos POPs era descentralizado, então a enfermagem ia lá na sua área do centro obstétrico e escrevia um POP de cuidado da gestante e mandava para a comissão das normas e rotinas de enfermagem, aprovavam e daí ficava na pastinha do centro obstétrico o POP vigente, mas era descentralizado, se um funcionário da unidade cirúrgica quisesse saber do POP do C.O, só indo lá buscar, só indo a pé. Então, a gente investiu em um software de gestão documental e organizou todos esses documentos, então tudo isso foi descrito, são 54 políticas, 200 planos e mais de 3.200 POPs que a gente tem, hoje, atualmente, no sistema.”</p>
A7	<p>“[...] acho que é a principal é a segurança dos pacientes. Essa política foi bastante...acho que é o nosso principal objetivo aqui. [...] Gerenciamento de riscos, a sustentabilidade ela teve... nós temos uma área que é a ambiental e trabalha forte nesse sentido e é um dos pontos muito forte!”</p>
A8	<p>“Sim. Teve no meu setor, no gerenciamento de contratos, na forma que a gente tem que tratar os clientes, uma série de coisas, até nas próprias, até nas próprias regras de segurança do trabalho, nos influenciou bastante, bastante mesmo. Nas análises de riscos das operações...”</p>
A9	<p>“[...] tem um grupo que trabalha com a questão da energia elétrica, a sustentabilidade em relação ao consumo de energia elétrica. A questão da JCI é muito mais relacionada com a segurança do paciente em si, mas existem pontos que se referem aos custos e ao ambiental, então a energia é uma e a outra é o papel, por exemplo, a coisa do reciclável e a coisa da restrição do uso. Por exemplo, uma medida prática, reduziu-se o número de impressoras drasticamente e recomendou-se que cada centro fosse monitorado com relação ao consumo de papel. A gente aqui, por exemplo, uma mudança importante, todos os dias a gente recebia da CGTI impresso, com 30, 40 folhas, todos os dias [...], isso, nos últimos três anos, sumiu, não existe mais...”</p>
A10	<p>“Olha, acho que um exemplo que a gente pode ter é da meta 1, que é a identificação do paciente, o hospital sempre teve nome do paciente, o número do prontuário, o número do leito, mas não existia uma regra de quais são as formas corretas de identificar o paciente, para eu ter certeza de que aquele é o paciente certo, então, acho que isso é um exemplo, hoje a gente tem a definição da instituição e nome completo do paciente e prontuário, então eu não vou chamar o paciente de 705C, é o paciente fulano, nome completo. Então, eu acho que isso é um exemplo de tantas coisas que se mudou.</p>
A11	<p>“[...] Hoje existe a inserção do paciente no seu cuidado [...], o paciente também é responsável pelo seu cuidado. Nós temos que trabalhar dentro de uma política de responsabilização do paciente [...] a equipe do hospital tem que saber como inserir o paciente para que ele tenha conhecimento do que está sendo realizado com ele e que ele também participe do cuidado e tenha voz ativa no seu cuidado. Essa é uma das políticas que estão mudando. Os novos procedimentos? Todo processo de cirurgia segura veio com a acreditação. A implantação, a mudança de processos de trabalho para atender critérios de qualidade dentro do processo cirúrgico. Desde a documentação, que é necessário que o paciente tenha consciência do termo de consentimento informado, como que você aplica, como que ele assina, a identificação do paciente no bloco cirúrgico, até a aplicação de <i>checklist</i> da cirurgia cirúrgica e todas as suas etapas [...], também se construiu toda uma política em relação aos cuidados com medicamentos de alta vigilância, como que eles são armazenados, como eles são dispensados pela farmácia, como que eles são armazenados nas unidades de internação, como que eles são separados, armazenados na unidade, dispensados e administrados.”</p>

Fonte: Elaborado pela autora.

Observe no Quadro 31 que, de acordo com os entrevistados foram inseridas 54 (cinquenta e quatro) políticas, 200 (duzentos) planos e mais de 3.200 (três mil e duzentos) procedimentos operacionais padrões (POP's) na instituição por causa da institucionalização da acreditação internacional. Algumas das políticas que foram inseridas por causa da estratégia da acreditação internacional, foram lembradas e citadas pelos entrevistados como: a política de gestão de pessoas; a política das metas internacionais de segurança do paciente; políticas de gerenciamento de riscos, a política de sustentabilidade; a política de gerenciamento de contratos; a política de responsabilização do paciente (gestão para consentimento); e a política de cuidados com medicamentos de alta vigilância. Além dos relatos das áreas assistências e de apoio, o setor financeiro, que pertence a área administrativa, revelou que também houve mudanças nas políticas e nos procedimentos da sua área, como por exemplo, a inclusão da política do gerenciamento de contratos, a mudança na forma de abordagem dos clientes, mudança nas regras de segurança do trabalho e nas análises de riscos das operações.

Os entrevistados mencionaram que políticas de sustentabilidade também foram inseridas devido a institucionalização da acreditação internacional. O entrevistado A9 informou que no manual da JCI existem pontos que se referem aos custos e a sustentabilidade ambiental, e citou o consumo de energia, o papel e a redução do número de impressoras como exemplos de medidas que foram tomadas para a sustentabilidade da instituição. Além disso, o entrevistado A4 também citou “os descartes de resíduos hospitalares”, como uma questão que já estava sendo tratada, mas melhorou com as novas políticas de sustentabilidade no hospital. A Figura 20 ilustra o resumo do fluxo das inserções das novas políticas, planos e POP's adotado pela instituição com a institucionalização da estratégia de acreditação.

Figura 20 – Fluxo das políticas, planos e POP's



Fonte: Elaborada pela autora.

Conforme os relatos dos entrevistados do grupo A, após a implantação da estratégia de acreditação, todas as políticas, planos e POP's são padronizados, aprovados e controlados pelas sCOMSEQ. Após a aprovação todas as informações são organizadas e armazenadas no software de gerenciamento de documentos (GEO) e ficam acessíveis para os funcionários.

Para demonstrar as percepções do grupo B sobre as novas políticas e procedimentos com a institucionalização da acreditação, foi elaborado o Quadro 32.

Quadro 32 – Políticas institucionais na percepção do grupo “B”

C.E.	Categoria de 1ª. ordem: Processos institucionais - Categoria de 2ª. ordem: Habitualização Categoria de 3ª. ordem ou unidade de registro: Políticas institucionais Unidade de contexto: fragmentos essenciais
B1	“Só a criação das políticas em si, já é uma coisa da acreditação, porque antes não tinha nada muito escrito, assim. Como é que deve fazer isso? Como é que deve fazer aquilo? Como é que o processo deve ser conduzido? Isso tudo tem escrito agora e fica guardando e a gente tem que de tempos e tempos tem que dar uma revisada nessa documentação. O principal acho que é a segurança farmacológica [...] realmente foi necessária uma reforma para ficar com essas taxas, contratação de mais pessoal para fazer a conferência dos documentos e tudo. Aí teve alterações físicas importantes de processo.”
B2	“É uma que estou diretamente envolvida, [...] que é dos contratos, essa é GD8 [...] são as normas e políticas das contratações , um negócio assim. E outra que eu vejo muito é a da política das mãos , não pode ter as cordinhas, aquelas dos crachás, o crachá direto na roupa, não pode mais ter. [...], a gente tem uma área nova agora, que é gerência de riscos [...], e está bem mais presente nessas situações. O mapeamento de risco que antes a gente via muito na área assistencial [...], de mapeamento de risco, quedas de paciente, infecção hospitalar. Tudo eles têm isso mapeado. E agora eu vejo que a área administrativa também está se preocupando com isso, que é bem legal. Porque a gente está começando a fazer os mapas de risco das nossas áreas, de tudo o que acontece.”
B3	“Sim. Políticas de gerenciamento de risco, de sustentabilidade [...], a gente tem uma gerência de risco enorme aqui dentro hoje, divididas em sCOMSEQ que atuam em todas as unidades do hospital [...], então, se a gente fizer alguma coisa, saída de algum fluxo, se tiver alguma coisa diferente, a gente comunica e vai atrás, para saber o quê que aconteceu, porque a gente sabe que só assim que a gente vai poder modificar, esse fluxo [...], então, a gente faz planos de melhoria, acompanha...”
B4	“[...] existem as metas internacionais de segurança do paciente e são seis metas internacionais, e uma delas era a meta 5 que era de higienização das mãos, que é do controle de infecção, que eu tinha conhecimento, que é meu dia-a-dia. Mas, existem outras metas que se implantou e fortemente vem se batendo, se trabalhando nessas metas para se atingir, que é a identificação correta dos pacientes [...], a questão de risco de quedas, que o paciente tem o risco de queda, ele é sinalizado, tem uma pulseira de identificação [...], outra coisa também é o <i>checklist</i> de cirurgia segura...”
B5	“Na nossa área sim, toda essa questão de verificação em fonte, de certificação profissional , da habilitação profissional, isso não existia, assim, a gente não fazia isso, não olhava para isso, entendeu? [...], essa gerência de risco é que monitora isso, não é a política da nossa área, é mais as políticas que são voltadas para gestão de pessoas mesmo [...], os planos, as políticas que estão lá, no GEO, colocadas lá, tem políticas também para sustentabilidade .”
B6	“Muitas! Principalmente as metas internacionais [...], as metas internacionais de qualidade e segurança, que é a comunicação efetiva, identificação correta do paciente, comunicação efetiva, monitoramento medicamento de alta vigilância, a da cirurgia segura, controle de infecção, evitar infecção e evitar risco de quedas aos pacientes. Essas daí foram prioritárias [...], sustentabilidade? Sim, não tinha, agora tem [...], política de gerenciamento de risco, sustentabilidade e grandes políticas foram instituídas, aqui.”
B7	“Tiveram várias políticas institucionais. Mas nossas assim da unidade, por exemplo, a implantação do checklist da cirurgia segura [...], vários POP'S foram criados, que muitas coisas a gente fazia na prática, mas não tinha nada escrito. Vários processos foram padronizados no hospital todo. Por exemplo, e a gente é uma área grande, é o centro cirúrgico ambulatorial que é, é o bloco cirúrgico, a unidade de recuperação pós-anestésica, e o ICME. A gente conseguiu criar um protocolo, por exemplo de admissão do paciente único para as duas áreas, indicadores uniu os blocos em várias coisas, que antes não eram padronizadas [...], houve, a gerência de risco [...], a gerência de risco teve toda uma mudança da cultura, da notificação...”

B8	“Sim, de gerenciamento de risco , o hospital agora tem uma gerência de risco. Já tem mais da parte assistencial, que é de médica. E agora da parte administrativa, a gente até, da nossa área a gente já elaborou. Esses regulamentos, esses pops eu acho que também é uma consequência disso, mas como eu imagino que na parte médica, então, tenha muito mais consequências em função disso [...], você falou em riscos, realmente isso agora o hospital tem e está bem forte nisso. A gente está trabalhando bastante nisso e na área administrativa, dos descritivos, das tarefas, de ter isso escrito, que antes a gente não tinha [...], a gente tem uma agenda ambiental que faz todos os serviços, a gente tem as empresas contratadas...”
B9	“Muitas! A do <i>checklist</i> , cirurgia segura é uma, a da identificação do paciente é outra. Direitos e deveres dos pacientes? Meu Deus do céu, essa é um viés imenso. A do básico, da estrutura de processos é outra [...], eu tenho dos Pops e do registro de evento adverso, da parte de fardos, de descarte de resíduo [...] política de sustentabilidade ? Claro! Aliás, acho que a gente já tinha algumas pessoas que acreditavam. Isso só trouxe. Ela ajudou. Na verdade, a ideia que o hospital tem é o hospital fazer parte de uma outra política, que não é só a JCI, de sustentabilidade. Aí tem a ver com a luz, principalmente com a preocupação com o descarte de resíduos. Eu acho que o descarte de resíduos, o hospital já tem bem planejado e organizado.”
B10	“Antes a gente tinha uma etiqueta, botava o nome do paciente, hoje não, você tem que manter o sigilo. O paciente recebe uma pulseira, tem uma identificação se ele é alérgico ou não, a pulseira é de outra cor. [...], houve a implementação da questão da comunicação efetiva e a checagem [...] tudo da segurança [...], então, foram criados serviços dentro do hospital também, que garantem a continuidade do cuidado. [...], a questão do medicamento também, hoje a gente não tem medicamento circulando...”
B11	“Organização! Eu falo na emergência! Não que nós não fossemos, mas nós éramos organizados da nossa forma. Até nós entendermos que, daquela forma ficaria melhor como eles colocaram, demorou um tempo. Mas, foi o que melhor deu resultado! Hoje a gente consegue enxergar!”
B12	“Aí foram tantas... Bah! Muitas políticas, infinitas políticas. Na verdade, com a acreditação, eu acredito que as políticas, os planos foram mais sistematizados. Hoje a gente consegue acessar a partir do “GEO” todas as políticas, todos os planos. Então, na verdade, o hospital tinha, mas não era documentado, existia rotina tal, mas, não era documentado [...] por exemplo, linhas de cuidado de paciente, sempre teve linhas, mas, quais são? Então, hoje está descrito exatamente, protocolos...”
B13	“Acho que vou focar na minha área, porque fica, fica mais fácil, eu vou dar alguns exemplos praticados no nosso dia. Compliance com a NR 32 , que era uma coisa simplesmente desconhecida da maioria das pessoas, [...], era desconhecido por todo mundo, hoje a gente sabe que não se deve usar cabelos pendentes, que não se deve usar objetos que assim que venham a diminuir a eficácia da lavagem das mãos, a própria lavagem das mãos foi uma coisa muito enfatizada [...], e depois no centro cirúrgico, por exemplo, a aplicação da marcação da lateralidade, da realização do timeout [...], todas essas coisas foram implantadas pela acreditação, pelo processo, a decisão do hospital de fazer a acreditação [...], o gerenciamento de risco é outro aspecto muito interessante, nós estamos hoje nos alinhando muito mais a política de poder conversar entre os laços, isso também faz parte de mudança de cultura [...], o hospital tinha uma política, tratou disso e acreditação veio reforçar essas coisas...”
B14	“Então, foi o <i>checklist da cirurgia segura</i> , a gente tem uma política, que tá no nosso GEO [...], veio junto também, mas, se solidificou um pouquinho mais tarde também a gerência de riscos [...], então, isso é um processo que teve durante esse período, a formação das sCOMSEQ, o <i>checklist</i> da cirurgia segura, uma rotina de padronização dos medicamentos, dos psicotrópicos também, que foram criados os psicoblocos [...], como a farmácia, organizou de uma forma diferente, esses resíduos de medicamentos, de frascos, eram todos devolvidos para farmácia [...], então, foram várias mudanças durante esses anos que a gente teve, mas, assim isso está na política de resíduos.”
B15	“A gente fala muito na NR32. Tem as metas de segurança , as seis metas de segurança, que eu acredito que seja o foco principal. Em cima dessas a gente vai trabalhando. Para nós impactou muito a meta quatro, que é o <i>checklist</i> da cirurgia segura, porque hoje a hemodinâmica tinha o nome bloco cirúrgico - antigo. Isso foi bem estruturado e organizado, tanto que existe um <i>checklist</i> no hospital para o bloco cirúrgico, CCA, locais que atendem cirurgia e nós adaptamos para a nossa realidade.”

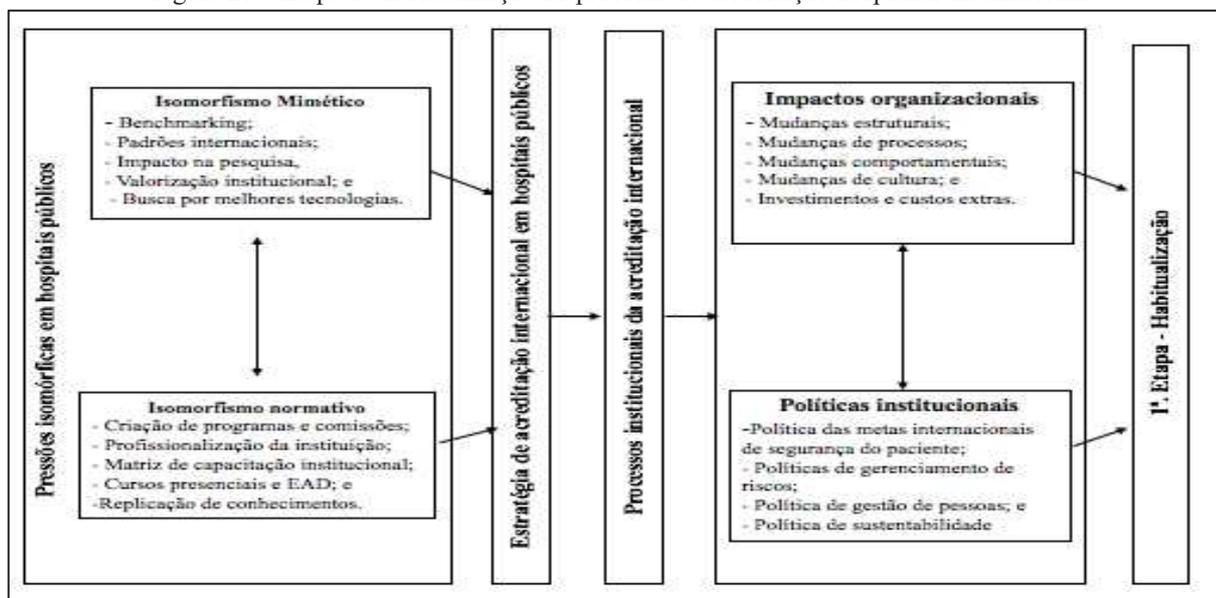
Fonte: Elaborado pela autora.

Verifica-se no Quadro 32 que as respostas foram do grupo B, foram bem semelhantes as respostas do grupo A. A política das metas internacionais de segurança do paciente, a política de gerenciamento de risco e a política de sustentabilidade foram as políticas mais lembradas e citadas pelos entrevistados do grupo B. Semelhantes as respostas do grupo A, nas áreas

assistenciais e de apoio, no grupo B também foi relatado que foram inseridos diversas políticas, planos e POP's com a implantação da acreditação internacional. Além disso, foram relatados pelos entrevistados dos setores de contabilidade e gestão de contratos e custos, que a implantação da acreditação internacional trouxe, que antes não tinha na área administrativa somente na área assistencial e apoio, a política de gerenciamento de riscos e os mapeamentos de processos. Além disso, o entrevistado da área de contratos e custos, também destacou a inclusão da política de gerenciamento de contratos, conhecida também por políticas das contratações.

A partir das respostas dos entrevistados do grupo A e B, fica evidenciado que a institucionalização da acreditação hospitalar internacional transcorreu pela etapa de habitualização bem no início do novo processo, e que etapa foi muito complexa e conturbada, devido aos impactos organizacionais sofridos pela instituição, como por exemplo, as mudanças de processos, mudanças estruturais, mudanças comportamentais, mudanças de cultura e investimentos e custos extras, além das inúmeras inserções de políticas e procedimentos com a institucionalização do novo processo que ocorreu em toda a instituição. A Figura 21 resume a etapa de habitualização do processo de acreditação hospitalar internacional no hospital investigado.

Figura 21 – Etapa de habitualização no processo de acreditação hospitalar internacional



Fonte: Elaborada pela autora

Percebe-se pela Figura 21 que o processo de acreditação hospitalar internacional do hospital público investigado possui relações fortes com a teoria institucional. Além de sofrer pressões isomórficas (mimética e normativa) com a busca da acreditação internacional, o processo apresentou fatores no início do processo (impactos organizacionais e as políticas

institucionais) que estão relacionados com a primeira etapa do processo institucional de Tolbert e Zucker (1999), a etapa de habitualização.

4.3.2 Objetificação

De acordo com Tolbert e Zucker (1999) na etapa de objetificação é adotada uma nova estrutura organizacional. É nessa etapa que são monitorados os resultados e observados os riscos com adoção da inovação. Além disso, é nesta fase que é percebido se ocorre o equilíbrio relacionado aos custos e os benefícios adquiridos. Para identificar a etapa de objetificação na instituição hospitalar pública investigada, esta seção foi dividida nos seguintes temas: estrutura organizacional; fatores críticos; monitoramento organizacional; e custos hospitalares. Os temas desta seção foram analisados pela análise de conteúdo dos dados primários e análise de conteúdo dos dados secundários.

4.3.2.1 Mudança na estrutura organizacional

Para compreender se no processo de institucionalização da estratégia de acreditação houve mudança na estrutura organizacional da instituição investigada, foi elaborado o Quadro 33 com as respostas do grupo A. Neste subitem optou-se por analisar apenas as percepções do grupo A, pois trata-se de questões vinculadas diretamente as decisões da alta administração da instituição. Além das análises das entrevistas, neste tema também foram analisados os relatórios de gestão dos períodos de 2012 a 2018.

Quadro 33 – Mudança na estrutura organizacional

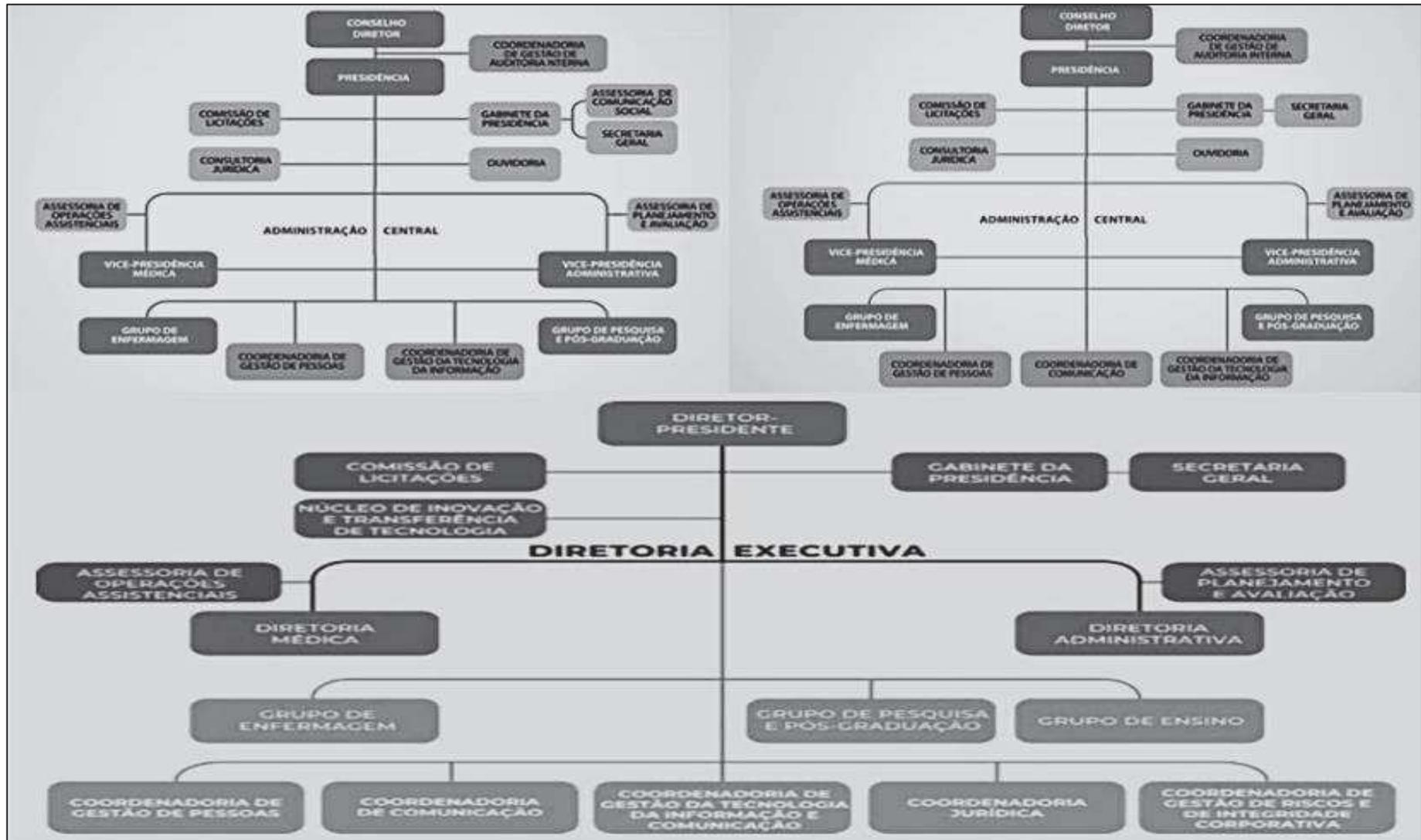
C.E.	Categoria de 1ª. ordem: Processos institucionais - Categoria de 2ª. ordem: Objetificação
	Categoria de 3ª. ordem ou unidade de registro: Estrutura organizacional
Unidade de contexto: fragmentos essenciais	
A1	“Processos de trabalho, principalmente, porque daqui a pouco eles percebiam que no processo faltava alguma etapa de checagem, ou aquilo que a gente dizia, não se efetivava, então, se via a necessidade de educar, de trabalhar com esses profissionais, então, acho que teve melhorias bem significativas.”
A2	“[...] Porque a gestão documental, a questão da avaliação de desempenho, a questão da revisão de prontuários isso são coisas que foram sendo incorporadas na equipe pelo Programa Qualis para fazer a coordenação. [...], o que acontece é que muitas unidades tipo, por exemplo: a radiologia, a terapia intensiva, os serviços foram criando unidades de gestão da qualidade dentro...”
A3	“[...] em processo, inclusive tendo que aumentar a quantidade de pessoas para o atendimento em algumas áreas e assim por diante, para poder cumprir os padrões, então, não necessariamente, a gente teve que fazer contratações adicionais, muitas vezes a gente fazer remanejamento internos para poder adequar o processo, mas em alguns casos até isso teve que se fazer. [...], mas aí sim, no caso quando era, se fosse uma atividade nova numa área e aí assim, chamada dos concursos existentes.”
A4	“[...] a gente acabou criando áreas que não tinha, como por exemplo, o Qualis. A gerência de risco tomou um novo corpo, enfim, e a exemplo disso é que a gente acaba incorporando tanto na rotina que eu não vou lembrar, mas, com certeza tiveram contratações, e alterações de algumas estruturas, para poder atender.”
A5	“Não vi organograma ser revisado [...], revisamos os prontuários [...], provavelmente tiveram alocações, ou seja, você vai deixar de estar no papel que você atuava e vem para o grupo de acreditação. O processo de acreditação exigia que tivesse uma determinada área para revisão e gerência de risco. Então, se organizou um grupo para gerência de risco...”

A6	“[...] então, a questão do gerenciamento de risco vem bem forte com a certificação, porque tudo é controlado justamente para não ter erros [...], o núcleo de segurança do paciente é composto pelo programa da qualidade associado à comissão da gerência de risco. Então, o Qualis e a gerência de risco trabalham na mesma área física, próximos. O Qualis nasceu com o objetivo de organizar o hospital para a acreditação [...], primeiro a gente já reuniu toda a área de qualidade que já existia, as comissões que já faziam o controle de processo, controle de infecção, suporte nutricional, o próprio Qualis, os comitês de qualidade dos laboratórios, a gente foi juntando esses grupos para poder organizar...”
A7	“Olha, alocação de pessoal novas eu imagino que não. Mas, teve uma readequação interna e realocação de pessoas internas [...] realocados! É o que mais funciona aqui no hospital é isso!”
A8	“[...] foram criadas poucas funções, uma ou duas pessoas no máximo, inclusive a coordenadora que passou a se dedicar no hospital integralmente a essa área [...] o pessoal se organizou bastante, em diversas áreas, teve da enfermagem, teve da área médica, nas áreas administrativas, nas áreas de infraestrutura...”
A9	“[...] é organização do processo de trabalho, da estrutura que você já tinha aqui, isso que mudou muito [...], então, acho que as mudanças que houve na instituição foram mais relacionadas à processo de trabalho organizacional, de foco em algumas ações prioritárias [...], por exemplo, a gente tem profissionais que aumentam a sua carga horária e dedicam parte dessa carga horária para o programa Qualis.”
A10	“Então, aqui no hospital tem a direção, tem o presidente, tem um diretor médico, administrativo e tem o Qualis, que é o grupo da qualidade. Então, o Qualis é o que coordena todo esse processo, vinculado ao Qualis, então, tem o grupo de profissionais que tá bem envolvido com esses capítulos [...], então, todo esse grupo, cada um trabalha dentro do seu capítulo, mas sendo olhado pelo Qualis, que é o que coordena.”
A11	“[...] Fora isso, você tem que trabalhar com processos de liderança. As pessoas que são responsáveis por determinadas metas têm que estar envolvidas em um processo de liderança e isso modifica toda uma estrutura hierárquica dentro da instituição. A primeira coisa é bem isso. A gente viu que o hospital, para poder começar um processo de acreditação, tem que ter a sua alta liderança investindo nesse processo. A partir dali você tem que ter o envolvimento das lideranças dos diversos setores e ir formando equipes, as comissões [...] como o hospital se organizou: primeiro a alta liderança do hospital apostando de que esse era um processo que tinha valor para a instituição [...], a consultoria do CBA, foi fundamental [...], uma das coisas que eles fazem é revisão dos processos, [...] você enxuga muitos processos. Você melhora o fluxo do processo em si e isso, muitas vezes, faz com que você consiga deslocar profissionais para fazer. [...] O Qualis foi criado em função da acreditação [...], o Qualis, inicialmente, junto com essa consultoria do CBA, ele foi formando uma base para poder desenvolver os critérios para trabalhar, para qualificar os processos e para atender os critérios da acreditação [...]. você tem que padronizar e cumprir critérios para você realizar um processo. Ela (acreditação) discrimina as etapas que você tem que fazer para ter um processo seguro. Acho que é isso, mais ou menos.”

Elaborado pela autora.

De acordo com as respostas do grupo A, houve várias mudanças nas estruturas organizacionais na instituição investigada, que ocorreram de forma incremental e gradativa, ou seja, aos poucos, para atender as exigências e critérios da acreditação hospitalar internacional. Porém, segundo os entrevistados, por causa da estratégia de acreditação não houve necessidade de realizar uma mudança no organograma do hospital. Para validar as falas dos entrevistados sobre o organograma da instituição, foram analisados e comparados os relatórios de gestão de 2012 a 2018 e foi verificado que, realmente, não houve mudanças significativas no organograma da instituição no período antes e depois da institucionalização da acreditação internacional. A Figura 22 ilustra o organograma do ano de 2012 (em cima à esquerda) período antes da acreditação, ano de 2013 (em cima à direita) período durante o processo de acreditação e o ano de 2018 (embaixo) período relatório atual).

Figura 22 – Organogramas da instituição dos períodos de 2012, 2013 e 2018



Fonte: Adaptada dos relatórios de gestão do HCPA dos períodos de 2012, 2013 e 2018.

Nota-se na Figura 22 que a única mudança no ano de 2012, antes da acreditação, para o ano de 2013, durante a institucionalização do processo, foi a saída da assessoria de comunicação social de staff do gabinete da presidência para uma nova coordenadoria. E com o passar dos anos as únicas mudanças significativas no organograma foi a criação de outras coordenadorias (Coordenadoria de Gestão da Tecnologia da Informação e Comunicação, Coordenadoria Jurídica e Coordenadoria de Gestão de Riscos e Integridade Corporativa) e a criação do Núcleo de Inovação e Transferência de Tecnologia, porém não se sabe essas mudanças no organograma estão relacionadas diretamente ou indiretamente com o processo de acreditação, pois nas análises dos relatórios de gestão do período de 2012 a 2018 não foi citada essa informação. Além disso, nota-se também que em todos os três organogramas a Assessoria de Operações Assistenciais e Assessoria de Planejamento e Avaliação são cargos que continuaram sendo *Staffs* da Diretora-Presidente (Diretoria Executiva). Cabe destacar que essas duas assessoras da presidência foram as pessoas nomeadas para serem coordenadoras dos programas que alavancaram a institucionalização da acreditação na instituição, ou seja, a primeira é coordenadora do Programa “Qualis” e a segunda é coordenadora do Programa “Equalização”.

Em relação as mudanças organizacionais, além dos relatos de criações de algumas funções que não existiam antes no hospital e que foram criadas com o processo de acreditação, de acordo com os entrevistados, as mudanças organizacionais mais significativas para o processo de institucionalização da acreditação internacional, foram a criação do Programa “Qualis” e a reestruturação da gerência de risco. A partir do novo processo, para facilitar a comunicação e as reuniões periódicas, o Qualis e a nova gerência de risco trabalham, lado a lado, no núcleo de segurança do paciente.

Para a criação do Qualis e a reestruturação da gerência de risco, houve a necessidade de realocação de diversos profissionais das suas áreas para compor as novas equipes multidisciplinares que foram criadas com o processo de acreditação, sendo que alguns desses profissionais trabalham com exclusividade e outros dedicam apenas algumas horas de trabalho. Com a coordenação do Programa Qualis, o trabalho da Comissão de Gerência de Riscos e as revisões dos processos realizados pelas consultorias da CBA, foi possível conquistar o selo e dar continuidade a institucionalização do processo de acreditação internacional na instituição pública investigada.

Além disso, os entrevistados também ressaltaram a questão da importância do envolvimento alta liderança no processo de acreditação, que segundo eles, foi o passo crucial para a institucionalização da estratégia de acreditação. Além do envolvimento da alta administração e do Programa Qualis, de acordo com os entrevistados, outra questão foi

fundamental no processo de institucionalização da acreditação, que foi a ajuda das lideranças setoriais, principalmente devido a criação de diversas equipes, ou seja, as subcomissões de qualidade e segurança (sCOMSEQ). Essas subcomissões foram consideradas o mecanismo substancial para a continuidade do processo de acreditação internacional, pois as pessoas envolvidas nessas subcomissões são as responsáveis por disseminar os capítulos e as metas do manual da JCI. As criações das comissões, do Qualis, do Programa Equalização e das sCOMSEQ no processo de acreditação internacional foram os grandes achados da instituição pública investigada para alavancar a etapa de objetificação no processo de institucionalização da acreditação internacional.

4.3.2.2 Fatores críticos

Para identificar os fatores críticos e desafiadores do processo de acreditação internacional no hospital público investigado, foi elaborado o Quadro 34, que evidencia as percepções dos entrevistados do grupo A. Neste subitem foram analisadas as percepções dos grupos A e B.

Quadro 34 – Fatores críticos nas percepções do grupo “A”

C.E.	Categoria de 1ª. ordem: Processos institucionais - Categoria de 2ª. ordem: Objetificação
	Categoria de 3ª. ordem ou unidade de registro: Fatores críticos
Unidade de contexto: fragmentos essenciais	
A1	“Na área de Gestão de Pessoas, [...], o prontuário do funcionário [...], outra situação que está se trabalhando é a própria avaliação de desempenho clínico... ”
A2	“[...] teve um investimento grande de estrutura e organização . A gente também teve que aproximar pessoas [...], coisas que nos desesperam até hoje: [...] a concessão de permissões [...], tem também a questão da avaliação do desempenho clínico... ”
A3	“Eu diria que o principal, foi a mudança de cultura , fazendo com que as pessoas passassem a olhar para aquele processo sobre prisma do risco que ele poderia estar trazendo para um paciente, caso ele não fosse adequadamente analisado e estabelecida as barreiras para que os erros não aconteçam. Então, esse eu acho que foi o principal gargalo, o gargalo da conscientização... ”
A4	“Eu acho que foi a questão da mudança de cultura das pessoas [...], fazer com que as pessoas entendam quanto aquilo pode ser prejudicial para o paciente, para eles...”
A5	“É o preenchimento do prontuário . No preenchimento do prontuário, se acostumou a falar em sigla, então o maior desafio, que ainda existe, é a qualidade da escrita dentro do prontuário.”
A6	“[...] todo ano a gente tem uma saída de 500 residentes e entrada de novos 500, tem todo esse envolvimento nessas rotinas [...], às vezes o funcionário que está na ponta não entende muito o sentido daquilo ali [...], os maiores desafios eu acho que foram as pessoas e treinar todo mundo... ”
A7	“Foram diversas, questões de estrutura , que envolveu engenharia, diversas adequações [...], a gente como eu te falei, não fomos muito atingidos, mas foi telespectador nesse sentido. Bem diretamente, inclusive a organização interna de caixas, papéis, arquivamento... ”
A8	“Se eu tivesse que destacar, eu destacaria as alterações que a gente teve fazendo em algumas áreas de procedimentos e também alterações físicas [...], nos custaram dinheiro no início [...], a gente teve que colocar recursos para poder arrumar as determinadas áreas, arrumar as rotinas, para que nós pudéssemos atingir todas aquelas exigências...”
A9	“[...] é o registro médico , foi padronizar uma prática de registro, de evoluções [...], hoje, por exemplo, na nota de alta do paciente não pode ter nenhuma sigla [...] essa padronização, é bem difícil...”
A10	“[...] a JCI, ela tem metas internacionais [...] Medicamento, têm um grupo de medicamento que são os de alta vigilância, que eu tenho que olhar eles de uma outra forma e tem uma rotina bem específica para ele. Para as farmácias foi o maior desafio, fazer que essa rotina deixe o processo mais seguro...”

A11	"Inicialmente, era sempre o discurso “eu estou fazendo isso por causa da acreditação” [...] agora está se chegando em “eu estou fazendo isso porque isso melhora o meu processo de trabalho e isso traz segurança para o paciente”. Sempre se trabalhou com dar significado para aquilo que você está fazendo [...], por isso você tem que trabalhar muito com as lideranças...”
-----	---

Elaborado pela autora.

Percebe-se no Quadro 34 que alguns dos entrevistados focaram em relatar sobre desafios bem específicos da sua área de atuação, como por exemplo, o prontuário do funcionário, a concessão de permissões e avaliação do desempenho clínico que foram os desafios da área de gestão de pessoas; rotina de medicamentos, que foi um desafio específico da área da farmácia; o registro médico ou preenchimento do prontuário, desafios da área médica e enfermagem; e organização interna de caixas, papéis, arquivamento, desafios da área contábil.

Em contrapartida, os entrevistados também abordaram os desafios gerais para a instituição, como a mudança de cultura de segurança do paciente, aproximação/interação das pessoas, conscientização das pessoas, lidar com as pessoas, rotatividade dos residentes, treinamento das pessoas, dar significado e sentido ao novo processo e o investimento na estrutura física e custos na organização dos processos da instituição. Nota-se que a maioria dos desafios citados foram relacionados à mudança de comportamento das pessoas envolvidas no novo processo. Isso significa que, na percepção do grupo A, na fase de objetificação da institucionalização da acreditação hospitalar internacional no hospital público investigado, o comportamento das pessoas foi o maior desafio.

Para entender melhor os desafios da instituição investigada, foi elaborado o Quadro 35 com as percepções dos entrevistados do grupo B, ou seja, os desafios da parte operacional do hospital investigado.

Quadro 35 – Fatores críticos nas percepções do grupo “B”

C.E.	Categoria de 1ª. ordem: Processos institucionais - Categoria de 2ª. ordem: Objetificação
	Categoria de 3ª. ordem ou unidade de registro: Fatores críticos
Unidade de contexto: fragmentos essenciais	
B1	“Eu acho que foi a interação entre diferentes equipes dentro do hospital. A questão da comunicação foi um desafio muito grande aqui e a necessidade de mudar processos que envolvia mais de uma profissão, por exemplo, anestesistas, que são médicos, enfermeiras...”
B2	“[...] eu acho que impactou muito foi a cultura, nosso processo cultural aqui dentro, eu vejo isso em outras coisas que a gente tenta implementar e às vezes encontra-se muita dificuldade pela mentalidade pública [...], isso e também a burocratização . A gente tem que ter um processo que já é mais na minha área; é um processo licitatório ou um processo administrativo, para contratação. E a gente via que a prática do mercado era outra, a gente tem algumas restrições contra isso, então a gente teve que fazer algumas adequações na contratação para poder viabilizar a contratação.”
B3	“Na minha avaliação, o que foi mais difícil foi a mudança de comportamento [...], eu penso que a dificuldade maior foi que sempre a gente trabalhou de um jeito e a gente teve que mudar essa forma de trabalhar e isso é uma coisa difícil. É difícil mudar comportamento, o padrão de comportamento, é difícil.”
B4	“[...] a rastreabilidade de materiais , quando processa material, que ele reutilizado em vários pacientes. [...], e nós temos um limitador maior ainda, que o nosso hospital é um hospital universitário e não apenas público. Então todo ano, todo ano troca os residentes, sempre está trocando as pessoas...”

B5	“A gente teve bastante, assim, no sentido da qualificação e olhando para minha área, toda a lógica para nós mudou, para nós quanto CGP mudou. O próprio jeito de arquivar documentação ficou diferente, então, nós temos 7 mil funcionários, a gente não conseguia terminar isso [...], com relação a parte assistencial, o próprio jeito de cuidar da segurança do paciente [...] isso não estava documentado, não estava formalizado, não era monitorado, não pelos menos de forma formal...”
B6	“[...] a parte de medicamentos foi bem no início trabalhosa [...] que não envolve só a prescrição e a dispensação que o farmacêutico também fazia, mas envolve toda área de preparo e administração que envolve a área de enfermagem [...], outra área que foi bem trabalhosa foi implantar a cirurgia segura, que é a utilização do checklist , durante a cirurgia, a identificação correta do paciente também para evitar a troca de paciente [...] isso aí foi bem trabalhoso e continue sendo...”
B7	“[...] eu acho tão desafiador trabalhar com as pessoas , eu não sei se, então, foi isso [...] ninguém vai mudar um processo para a JCI, a gente vai mudar um processo porque é melhor, porque é mais seguro, porque é para a qualidade. Ninguém vai mudar porque é o selo. A gente não queria criar essa cultura, a gente quer mudar porque é para melhor. [...], então, acho que foi isso mais desafiador...”
B8	“[...] eu acho que era a questão de adequação dos espaços , de alguns materiais específicos que tinham que ter comprados... Porque assim, aí quando aconteceu essa primeira acreditação eu trabalhava em outra área, que era na contabilidade, mas era na fiscal, e a fiscal é mais ligada com as compras do hospital [...], então, eu me lembro que daí eu tinha bastante contato com o pessoal dos suprimentos [...], eu lembro que teve toda essa demanda. Então, eu acho que teve sim uma mobilização e um custo para se adequar a tudo isso. Ah, sim eu me lembro do envolvimento das pessoas .”
B9	“[...] acho que o checklist foi desafiante [...], eu digo ainda que tem um viés da universidade vinculado. Ter a universidade faz com que eu fique na ponta de atualização, mas significa que eu tenho que ter um time de capacitação de pessoas e que a universidade vista essa camiseta tanto quanto... ”
B10	“Eu acho que a adequação dos processos de trabalho gerou bastante discussão, eu acho que foi a parte mais complexa [...], é a gente entender o processo e trabalhar nele, dentro da complexidade que a gente tem dentro de um serviço de emergência, dentro de uma superlotação. Eu acho que o desafio da emergência foi: como adequar as normas; como adequar os processos em uma superlotação? E um serviço tão grande e complexo com aluno, porque como é um hospital escola, tem o aluno, tem os professores [...], tem que trabalhar com todo esse grupo de pessoas, adequar a nossa realidade, a nossa superlotação...”
B11	“ A nossa superlotação, como administrar! Como implantar um sistema desses, tendo que atender um técnico de enfermagem e doze pacientes, dentro de uma emergência? Porque a nossa cultura aqui é sobrecarregada [...], então, isso impactou muito [...], a gente trabalha sempre assim! Então, esse impacto para nós foi como adaptar um novo processo desse, dentro o contexto que tu tens, dentro de todo o trabalho que tu tens? Isso para nós foi terrível! Terrível! É, muito crítico!”
B12	“[...] a coordenação talvez tenha uma visão diferente daquilo que é mais difícil, mas eu vejo para a gente que tá na ponta, na assistência diariamente, a parte estrutural é a mais difícil, tem sido mais difícil, porque meio à uma crise financeira, não se compra, não se gasta, não se pode isso, não se pode aquilo, não se pode reformar isso. Então, a parte estrutural para mim é mais difícil.”
B13	“[...] eu prefiro mencionar exemplo da minha área porque são do meu dia a dia, acho que foi a compreensão das pessoas [...], acho que a dificuldade foi essa de compreensão e de usar aquela velha desculpa: têm tanta coisa faltando e agora nós vamos nos preocupar com isso aqui [...], se eu pudesse dizer qual foi a maior dificuldade: a resistência das pessoas, resistência cultural .”
B14	“A gente teve uma mudança de estrutura , que daí a gente não tinha farmácia no bloco e daí teve que se criar uma estrutura para farmácia, dentro do bloco [...], a gente nesse meio tempo implantou o checklist de cirurgia segura que foi junto também...”
B15	“Para mim é a parte da medicação da farmácia [...], porque a gente não tinha um farmacêutico próprio [...], isso, eu vou dizer, não é que foi difícil, foi trabalhoso. Esse foi o mais impactante. A própria situação do checklist também, que a gente não trabalhava em cima disso...”

Fonte: Elaborado pela autora.

Verifica-se no Quadro 35 que, alguns desafios encontrados são bem semelhantes aos achados do grupo A (interação das pessoas, mudança de comportamento das pessoas, mudança de cultura da segurança do paciente, medicamentos, trabalhar/lidar com pessoas, investimento/mudança na estrutura física e custos de organização), porém outros fatores

considerados críticos sobre o processo de acreditação internacional foram percebidos pelo grupo B, como por exemplo, no processo em específico do serviço de centro cirúrgico: o *checklist* de cirurgia segura foi o mais desafiador; no setor de centro de materiais: o desafio era a rastreabilidade dos materiais; no serviço de análise e controle: os desafios foram a burocratização e o processo licitatório para as contratações; na coordenadoria de gestão de pessoas: os desafios foram a qualificação de pessoas e o arquivamento de documentos; no serviço de controle e distribuição de suprimentos: o desafio era a adequação dos espaços; e no serviço de emergência: o desafio maior era adequar os processos em um ambiente de superlotação. Outros desafios gerais também foram encontrados como: a comunicação entre as pessoas; as mudanças dos processos; o envolvimento da universidade; resistência cultural das pessoas da instituição.

O desafio do serviço de emergência, ou seja, a superlotação do setor, citada pelas entrevistadas B10 e B11, foi observada pela pesquisadora nas observações feitas no campo (veja notas de campo – anexo B). Foi percebido o quão complexo e desafiador é manter e dar continuidade aos procedimentos adotados pelo processo de acreditação internacional pela instituição, principalmente pelas pessoas que estão na linha de frente do serviço de emergência. Portanto, tendo em vista todos esses inúmeros desafios encontrados pelos entrevistados dos grupos A e B, percebe-se que a etapa de objetificação do processo de acreditação internacional em hospital público aparentemente foi a fase mais complexa.

4.3.2.3 Monitoramento organizacional

Este subitem foi elaborado para entender como a instituição se organizou para atender, gerenciar e monitorar as demandas e os resultados do processo de acreditação internacional no hospital investigado. Para este tema, foram analisadas exclusivamente as respostas do grupo A, pois, além de ser o grupo das pessoas da linha de frente da instituição, neste grupo tem duas pessoas que podem ser consideradas como as “peças-chave” desse processo, que são as coordenadoras responsáveis pelo programa que foi criado para implantar a acreditação, e pelo programa que atualmente organiza e monitora a continuidade dos processos de acreditação, ou seja, as coordenadoras do Programa Qualis e Equalização, respectivamente. O Quadro 36 apresenta as respostas dos entrevistados.

Quadro 36 – Monitoramento organizacional

C.E.	Categoria de 1ª. ordem: Processos institucionais - Categoria de 2ª. ordem: Objetificação Categoria de 3ª. ordem ou unidade de registro: Monitoramento organizacional
	Unidade de contexto: fragmentos essenciais
A1	“[...]Auditorias internas existem, de forma periódica tanto nas áreas assistenciais [...], a gente mesmo tendo as visitas dos acreditadores, a gente faz sempre essa auditoria interna como se fosse uma pré-visita. Então, se faz uma checagem, se olha, se orienta...”
A2	“Eu coordeno o Programa de Qualidade e Informação e Saúde no hospital. Um programa, aqui no hospital, que tem um caráter bem transversal. E esse programa ele tem uma área, tem um grupo mais executivo, que foi sendo ampliado, e ele se capilariza em vários setores do hospital. Porque para dar conta do processo de acreditação, que o principal motivador da criação desse programa, a gente precisou organizar um grupo de coordenadores de capítulos do manual da Acreditação da <i>Joint Commission</i> . E são pessoas de referência em alguma área. Não necessariamente chefias, mas que trabalham com controle de infecção, que trabalham com gestão, com coisas de engenharia, de manutenção, de segurança do trabalho. É uma equipe multidisciplinar, que foi se ampliando, para dar conta de algumas coisas que a gente teve que incorporar na Acreditação [...], depois em 2013, quando surge a portaria de segurança do paciente, a gente junto com a gerência de risco, um comitê de gerenciamento de risco inter-hospitalar, integra, forma um núcleo de segurança do paciente. Um programa específico para gerenciar esse processo. O Programa Qualis, ele, olha o manual e a gente olha os padrões e a gente com os coordenadores, que são pessoas de várias áreas do hospital, vai construindo, digamos, uma estrutura para conseguir ser acreditado. O monitoramento dos resultados a gente verifica a cada ano quando faz uma avaliação simulada, por exemplo [...], os nossos sCOMSEQ, que são as Subcomissões de Qualidade e Segurança [...], estão fazendo as análises de incidentes menores e agora, o Programa de Equalização, que é um programa de auditoria interna com foco em verificar processos e educar, ao mesmo tempo, que faz ciclos anuais [...], é um programa novo também, que junta gente, que pega horinhas cedidas, duas semanas do ano, de pessoas que se voluntariam para trabalhar nisso.”
A3	“Desde o início desse projeto hospital criei o programa Qualis [...], são feitas auditorias internas, por uma equipe que a gente criou, o programa que se chamou aqui de “Equalização”, que é um grupo de pessoas que periodicamente através de um cronograma, vai passando nas áreas, para ver os seus processos e atestar aqui está tudo dentro dos padrões.”
A4	“[...] o Qualis, então, que é o que concentra, digamos assim, organiza hoje muito mais disseminado por toda a instituição, mas é quem organiza [...], a gente acabou capacitando a equipe interna para ser um pouco auditor [...], é o “Equalização” que é o programa que foi criado pelo programa Qualis...”
A5	“Não só se criou o Qualis, tem um grupo imenso, de quase 50 pessoas eu acho, eu vejo aquela sala do conselho tendo reunião toda semana [...], um grupo grande que é titulado como grupo da acreditação, que faz auditorias periódicas...”
A6	“[...] a gente tem, também, além da avaliação externa, a gente criou um programa interno de auditorias, chama-se “Equalização”, é um dos braços do Qualis, eu sou a coordenadora desse programa [...], então, de certa forma, a Equalização é um controle interno de que esses padrões de qualidade, que já estão descritos ali, sejam na legislação, sejam no manual da <i>Joint Commission</i> , estão sendo seguidos, a gente faz esse controle interno também. A gente chama de programa de monitoramento da qualidade. A gente não chama de auditoria porque ele não tem só um caráter fiscalizatório [...], quem participa desse programa são os profissionais do próprio hospital, a gente fez um convite para a comunidade e na primeira turma vieram 150 profissionais, que se voluntariaram para participar do programa como avaliadores, como “equalizadores”, que é o nome que a gente tem no programa [...], a gente chama de programa permanente de monitoramento da qualidade, porque a gente nunca mais vai deixar de ter, então, ele funciona entre ciclos, a gente teve uma avaliação agora em maio, uma avaliação externa, e em outubro a gente vai ter uma avaliação interna. Ano que vem a gente vai ter de novo, todo ano vai ter um grande momento, são duas semanas que a gente “para” o hospital [...], tem essa agenda de inspeções nas áreas, então é bem legal, porque a gente também, com isso, fomenta a cultura de segurança. O profissional que trabalha em uma determinada unidade, a regra é que ele não avalia a sua unidade. Se, por exemplo, o técnico de enfermagem que está sendo “equalizador”, a gente aloca ele para ir na unidade do vizinho, para ele poder aprender com a unidade do vizinho também, porque, às vezes, as unidades têm problemas comuns que, na outra, já foi solucionado com uma rotina bem simples [...], então, essa disseminação dos padrões e o reforço da cultura de segurança, o reforço de “vou atender o meu colega”, aquela coisa de gentileza no trabalho, que é uma coisa que a gente quer, quer estimular, de receber bem o colega, “ele está vindo aqui me equalisar”, “ah, vou receber ele bem, vou mostrar como funciona aqui na unidade”. É bem legal, conta com a participação de médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionista, administrador, vigilante, bioquímico, tem uma série de profissionais que integram.”

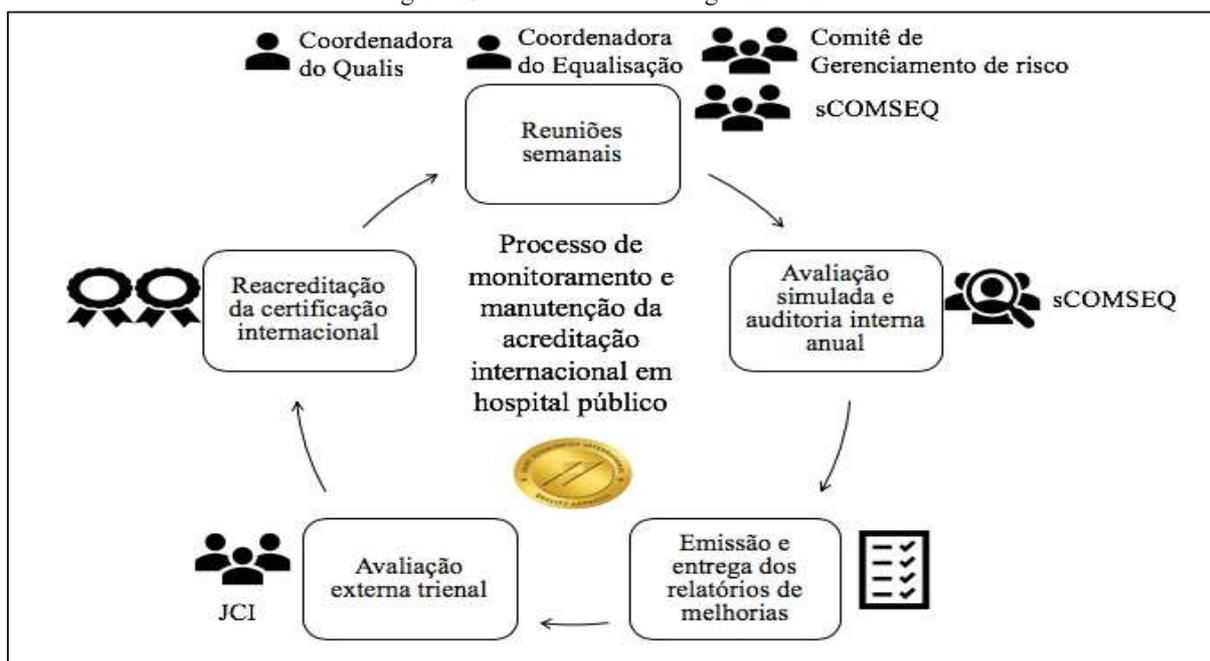
A7	“[...] tem setores específicos e diversos setores. Em todas as áreas, principalmente as mais atingidas, assistencial toda, e engenharia, serviços gerais, limpeza, talvez a parte administrativa que envolve, mais próxima...”
A8	“Foi, foi criado o setor específico que é coordenado pelo uma médica, e ela tem levado muita sério isso, e tem atingido, acredito eu, que tenha atingido apenas as expectativas da direção em relação a isso, tanto é que nós fomos acreditados, né? Então, ela gerencia toda a demanda e faz o controle.”
A9	“O Qualis são mais 30 pessoas, multiprofissionais, do hospital, que se reúnem semanalmente desde então. Toda semana tem reunião do Qualis, com todo mundo na reunião, para tratar as questões de segurança do paciente [...], tem vários treinados em auditoria de segurança, a gente, inclusive, está transformando vários profissionais do hospital, não só do Qualis, em auditores do hospital, internos, porque a auditoria era externa, anual, de educação, fora a auditoria da acreditação, que é a cada três anos...”
A10	“[...] então, foram criados serviços dentro do hospital que garantem a continuidade do cuidado.”
A11	“O Qualis foi criado em função da acreditação [...], ela (acreditação) discrimina as etapas que tem que fazer para ter um processo seguro.”

Elaborado pela autora.

Analisando o Quadro 36 percebe-se que, em relação ao monitoramento do processo de acreditação internacional, praticamente todos os entrevistados comentaram sobre o Programa o Qualis e sobre o Programa Equalização, pois são os programas responsáveis pelo gerenciamento, monitoramento e continuidade da qualidade e segurança do paciente na instituição e conseqüentemente, da manutenção da certificação internacional.

De acordo com as informações dos entrevistados do grupo B, em especial, as explicações dadas pelas entrevistadas A2 e A9, a organização e o monitoramento do processo de acreditação hospitalar internacional para a manutenção da certificação foram sistematizados conforme ilustrado na Figura 23.

Figura 23 – Monitoramento organizacional



Fonte: Elaborada pela autora.

Conforme os relatos dos entrevistados, em 2013, instituição conquistou sua primeira certificação pela JCI. Neste mesmo ano surge a portaria de segurança do paciente, e o Qualis junto com a gerência de risco, ou seja, o comitê de gerenciamento de risco inter-hospitalar, integram e formam um núcleo de segurança do paciente.

Com o passar dos anos, a diretoria da instituição junto com o Qualis, que coordenar a qualidade e a segurança do paciente no hospital, perceberam a necessidade de criar um grupo executivo, um programa permanente de monitoramento da qualidade, ou seja, um processo de avaliação interna dos processos intitulado como “Equalização”.

Em 2017, foi executado a primeira avaliação do programa “Equalização. Este programa possui a finalidade de auditar e avaliar os processos da instituição, além de monitorar e organizar os capítulos do manual da acreditação da *Joint Commission*. Quem participa desse grupo são os profissionais do próprio hospital que se voluntariaram para participar do programa como “equalizadores” que são os avaliadores internos da instituição. Geralmente, esses profissionais voluntários que participam desse grupo, são referência em alguma das áreas do hospital. Este grupo é uma equipe multidisciplinar, composta médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionista, administradores, vigilante, bioquímico, dentre outros. O grupo foi subdividido em 20 Subcomissões de Qualidade e Segurança (sCOMSEQ) e possui cerca de 140 participantes.

Semanalmente, a coordenadora do Qualis, a coordenadora do Equalização e o comitê de gerência de risco, realizam reuniões junto com as sCOMSEQ. Nessas reuniões são analisados os padrões de segurança e qualidade e os riscos de todos os novos processos, e em seguida são distribuídos para os membros das sCOMSEQ os dezesseis capítulos do manual da JCI. Os monitoramentos dos resultados do processo são verificados anualmente, quando se faz a avaliação interna simulada. Esta avaliação anual funciona entre ciclos, ou seja, uma avaliação interna ocorre em duas semanas de inspeções em cada uma das áreas do hospital. Por questões de imparcialidade e aprendizado, o profissional que trabalha em uma determinada unidade, não avalia a sua unidade. No final das avaliações internas são emitidos relatórios para cada unidade e para a Diretoria Executiva, contendo propostas de planos de melhorias para os itens não conformes. Cabe destacar que, a cada três anos ocorre novamente a avaliação externa da JCI, para a reacreditação da certificação internacional.

4.3.2.4 Custos hospitalares

Este tópico trata de duas vertentes. A primeira é sobre a percepção dos entrevistados sobre a redução dos custos hospitalares com a implantação da acreditação internacional, para

compreender se realmente o novo processo trouxe custo-benefício para a instituição com a institucionalização da estratégia de acreditação internacional. E a segunda é em relação ao monitoramento e controle dos custos hospitalares da estratégia de acreditação internacional. O Quadro 37 demonstra as percepções dos entrevistados do grupo A. Para este tema foram analisados dados primários (entrevistas) e dados secundários (relatórios de gestão e demonstrações contábeis).

Quadro 37 – Custos hospitalares

C.E.	Categoria de 1ª. ordem: Processos institucionais - Categoria de 2ª. ordem: Objetificação Categoria de 3ª. ordem ou unidade de registro: Custos hospitalares
Unidade de contexto: fragmentos essenciais	
A1	“Isso eu também não tenho tão preciso assim para te dar [...], então, eles reviram todos os procedimentos e alguns processos [...], então, tudo isso foi revisto, e com certeza isso teve alguma redução de custos.”
A2	“Não avaliamos isso. É até importante, mas a gente não avaliou. A gente tem esse desafio de saber quanto é que custa um hospital assim. A gente sabe em geral, mas, quanto é que custa cada parte dele a gente não sabe. A gente está fazendo esse exercício por causa de um projeto de melhoria que a gente entrou, um relatório abrangente de resultados, mas a gente ainda tem custo rateado, enfim, é difícil apropriação de custos, eu só sei dizer isso: apropriação de custos em hospital é difícil. Eu só sei repetir isso, porque eu já tentei aprender [...], isso é uma baita preocupação. Então, não foi porque a gente não quisesse medir. Tem duas coisas a tua pergunta, assim. Por exemplo: não foi porque a gente não quisesse medir que a gente não conseguiu dimensionar isso. Mas também, fica difícil a gente saber se foi só por causa da acreditação. Entende? Não sei se a gente consegue. Mas, enfim, a gente está buscando.”
A3	“É uma boa pergunta. Eu posso afirmar claramente que o seguinte, que o início do processo, tranquilamente, eu posso afirmar que é um aumento de custos, porque a segurança tem custo, melhoria de processo tem custo, qualificação de pessoas tem custo. Claro que esse é um custo que também pode ser considerado um investimento, e que ali adiante a gente deve e consegue já mensurar hoje, e colher admissão de alguns custos. Eu não tenho hoje uma estrutura de custos organizada ao ponto de fazer essa mensuração, eu tenho algumas coisas que a gente empiricamente pode deduzir. A partir do momento que eu implanto sistemas de segurança assistencial melhor, eu com certeza diminuo os efeitos adversos e efeitos adversos tem custos, seja na promulgação da internação, seja na complicação que os pacientes venham a ter que exijam tratamentos adicionais não previstos, seja na diminuição das taxas de infecção hospitalar. Isso diminui custo, seu eu diminuo esse tipo de circunstância, então, todo e qualquer minimização de efeitos adversos diminui custos. Mas, eu hoje, eu não posso te afirmar que eu consigo mensurar isso, mas, a gente tá trabalhando no sistema novo de apuração de custos e que a gente pretende sim, conseguir mensurar isso adequadamente.”
A4	“[...] Eu posso te falar empiricamente, eu entendo que sim. Quando tem um controle de qualidade de alguns processos e que tu vais padronizar, o risco de incidência de erro, enfim, ele diminui. Mas, assim da gente mensurar e eu poder te dizer que isso reduziu diretamente [...], não tem ninguém fazendo gerenciamento de custos, tanto que a gente está agora desenvolvendo um sistema para nos apoiar nessa questão dos custos. Então, a gente está nessa fase de desenvolvimento desse sistema, mas, de forma geral a gente acompanha...”
A5	“[...] Só se na parte de medicação, custos do dia a dia, da operação da empresa, custos da funcionalidade do hospital. A acreditação trouxe redução de custos? [...] Acho que sim. É, sim, teve [...], por esse raciocínio, sim. Se eu peço exame do raio X e vejo que ele já tem aquele raio X, eu não peço mais o exame. Sim, cria mais processos padrões a serem seguidos, mais controles, e reduz.”
A6	“[...] Eu acho que a gente tem uma gestão melhor dos próprios processos. Por exemplo, medicamentos, eles saíam da farmácia em uma sacola e eram distribuídos nas gavetas. Então, existia de certa forma, um desperdício, um descontrole do medicamento. Agora não, os medicamentos saem da farmácia com endereço certo, tem algumas unidades que têm dispensário de controle. [...], não tem controle dos custos , eu acho que é uma coisa mais de redução de custos, talvez o uso racional dos recursos, evitar que algum erro aconteça, porque, eu vou te dar um exemplo, a gente não tem ainda um valor financeiro, transformar isso em um valor financeiro, mas o próprio índice de redução de quedas, e quedas sem gravidade [...], o conceito da meta seis é de prevenção de lesões decorrentes das quedas, então, o que a gente previne é que o paciente, por exemplo, caia e quebre o braço, ele não vai, por causa da fratura do braço dele, ficar internado mais 10 ou 15 dias, então isso é uma coisa de redução de custos direto [...], ter um hospital mais seguro evita o evento adverso. Tudo isso agrega custo e também, de uma certa forma, tem um uso racional de recursos.”

A7	<p>“Eu te diria assim que fonte específica, eu te devo isso, mas eu diria que muitos recursos, por exemplo, de manutenção são pagos pela própria receita de custeio, eles vêm da união, sim [...], não necessariamente uma fonte específica para isso [...], eu acho que se mantiveram, ou tiveram reduções de custos [...], assim, eu te digo, o monitoramento ele é por área. Eventualmente dependendo do tipo de custo, a própria direção até se envolve. Mas, hoje, nesse período, nós estamos desenvolvendo o sistema de custo interno [...], o sistema de custos já era uma necessidade nossa, uma visão que nós tínhamos que, é claro, sempre tem uma priorização, uma assistência e tal, e agora nós estamos com uma equipe, um projeto, na fase inicial, mas nós estamos montando um sistema interno, um módulo do nosso sistema interno de custos. E vai ser o custo assistencial por atividade, hoje é o que está mais avançado, o desenvolvimento. E agora nós estamos montando a base para o custo contábil, e aí claro, vai ser para o desenvolvimento também [...], por centro de custos, por atividade [...], nós queremos chegar no custo das atividades do paciente. Hoje a gente tem um sistema de custo, mas ele é bem manual, bem braçal. Se você perguntasse quanto custa isso, eu teria que pedir pra calcular. Vamos chegar a um momento que vai apertar um botãozinho e vai sair o custo.”</p>
A8	<p>“Não! Ainda não, espero que no futuro isso venha ocorrer. Porque assim, a área de custos hospitalar é uma área muito “ebulitiva”, ela está sempre em ebulição. Pela lógica a acreditação deveria diminuir os custos [...], não existe pessoas monitorando isso, e teoricamente para a sociedade, eu acho que teria um potencial maior de diminuir custos para instituição em si. Em que sentido? Pela resolutividade da doença, se o cara vai no hospital acreditado, ele consegue se curar e não volta no hospital, não reincide aquele custo para a sociedade [...], no hospital eu ainda não tenho parâmetros para dizer, mesmo porque eu acho que a gente está no processo inicial ainda [...], e hoje eu posso dizer que eu gastei dinheiro com acreditação, e eu espero que o hospital com o futuro, colha os frutos disso aí, porque a gente trabalhando numa forma de maior qualidade, teoricamente por consequência, os custos deveriam acompanhar.”</p>
A9	<p>“[...] sim, com certeza [...], mas, que eu saiba, não tem um processo formal, sistematizado, para mensurar isso aqui dentro do hospital, até porque eu acho que não é muito fácil, mas eu posso estar enganado, não sei se o compras, o pessoal da licitação tem isso [...], quando eu coloco aqui, por exemplo, aquela de pneumonia, que eu vou te mostrar. Pneumonia de ventilação mecânica: três infecções por mil dias de ventilação. As pessoas não conseguem entender direito isso, por que qual é o risco? Quanto mais tempo o paciente fica com tubo, mais risco ele tem, então o seu denominador são os dias que ele está com o tubo e o teu numerador são as infecções [...], então, aquilo que eu te falei de 25 para 1, é isso, você entende que houve uma redução muito grande, mas você não entende muito os indicadores, porque é difícil o entendimento, mas isso aqui você entende, por isso esse é um dos primeiros dos nossos relatórios, até para o entendimento das pessoas aqui, você imagina então, o leigo lá fora [...], para você ver: se em 2005, a cada 11 que se internavam, 1 tinha, e agora é a cada 20. Bom! Melhoramos [...], quanto é o custo de uma infecção hospitalar? Varia, pode variar de 10 a 100 mil reais [...], olha aqui, esse é um dos nossos relatórios, olha o que tem de número aqui dentro. Ele é superimportante para nós, para monitorar até as nossas ações aqui dentro [...], Óbito: três óbito pela infecção hospitalar, isso que a gente também quer reduzir, em última instância [...], e essa aqui a gente também reduziu, a gente teve 18, essa aqui está em outro relatório, vou te mostrar só para a gente ter uma ideia de que a CCIH tem um triângulo: os antibióticos, você viu aquela redução ali? Então, a vigilância epidemiológica, que é a parte da prevenção e das medidas preventivas, e os indicadores [...], a gente, desde 2006, implementou ações de pneumonias, que são essas 20 aqui, dentro daquele direcionamento que a gente fez de priorizações. A gente tinha uma mediana de 18, em 2006; com as ações, em 2017, a mediana caiu para 13,5; e em 2018, 11. Então, essa pneumonia que matava 10%, 20 no ano, hoje já caiu para a metade. O nosso foco principal é o paciente, como controle de infecção, é reduzir a infecção hospitalar, e ainda mais, reduzir morte, reduzindo as infecções hospitalares [...], então, tudo isso aqui dentro, nesse painel de controle que a gente tem, a gente vai direcionando as ações, independente da acreditação, mas a acreditação nos cobra isso: “quais ações foram feitas para reduzir isso aqui?”, aí a gente mostra. É quase um tutor, que vai nos apontando o que a gente tem que fazer e vai nos cobrar depois [...], acho que aqui tem um slide que eu queria te mostrar, estou numa aula da infectologia. Olha aqui, isso aqui eu mostro porque saiu na imprensa em determinado momento, é a nossa emergência, como é que a gente consegue trabalhar a prevenção de infecção num cenário desses? Já melhorou, eu mostro essa foto porque ela saiu na Zero Hora há um tempo atrás. Isso aqui eu divulgo internamente, isso é aquele protocolo: em média, em 2006, que teve um pico de 25, como eu te falei, mas em média a taxa era 18, caiu para 1. Isso é uma redução de 92% da taxa, uma economia de 13,4 milhões de reais, estimando que uma infecção custe 25 mil reais, e uma prevenção de 117 mortes.”</p>
A10	<p>“Não é esse o objetivo. A gente pode fazer um ganho secundário ou uma redução de custo, porque tu erras menos, porque o teu paciente tem menos eventos relacionado ao mau uso de algum medicamento ou de algum procedimento [...], o objetivo não é financeiro, é qualidade, é segurança, que ela acaba impactando quem sabe? Seria uma consequência, mas, o objetivo não é esse, nem sempre o processo da segurança deixa o processo mais barato.”</p>

A11	<p>“Sim. Os processos de trabalho, inicialmente, você tem um custo maior com eles. Depois ele vai te trazendo benefícios em termos de execução. A execução dele fica mais fácil, você tem um desperdício menor de material e, é redundante, mas vou te dizer, se tiver uma taxa de infecção menor, eu vou ter um custo muito menor. Talvez, no início eu tenha um custo maior [...], se você melhora o processo, depois, você reduz o custo no sentido disso, melhorando os indicadores de qualidade. Se você tiver menos transferência de pacientes para a UTI em decorrência de uma falha no processo de cuidado dele, uma transferência de um paciente na UTI é caríssima. Isso sim. Agora, contexto global da instituição, diminuiu o custo porque você tem um resultado melhor. Se tiver uma cirurgia realizada errada em um paciente, eu tenho um custo muito alto para isso. Se eu realizasse sempre a cirurgia certa no paciente certo, eu vou ter um custo menor [...], cada área específica tem a dimensão desse custo...”</p>
-----	--

Fonte: Elaborado pela autora.

De acordo a coordenadora do Qualis, os custos hospitalares com a estratégia de acreditação não foram avaliados e nem mensurados, nem na época da implantação da acreditação e nem atualmente, pois, segundo os entrevistados A2 e A3, além de ser difícil a apropriar dos custos desse processo, a instituição não possui uma estrutura de custos organizada ao ponto de fazer essa mensuração. Além disso, conforme a coordenadora do serviço de gestão contábil, na época da implantação não foi orçada nenhuma fonte específica para a acreditação, ou seja, não foram solicitados recursos para a união para custear a acreditação, foi utilizado os mesmos recursos orçamentários rotineiros do hospital, para todo o investimento e manutenção da acreditação. Ademais, conforme os entrevistados A6, A8 e A9 não existe um processo formal na instituição para o monitoramento e controle dos custos com a acreditação. E segundo a coordenadora de gestão contábil, a entrevistada A7, também não foi criada nenhuma uma conta contábil para controle e gerenciamento dos custos e despesas com a acreditação. Porém, cabe ressaltar que, apesar dos custos da acreditação não serem avaliados e mensurados, na percepção dos entrevistados, com o novo processo, a tendência é reduzir os custos hospitalares, pois segundo o diretor administrativo da instituição:

“A partir do momento que eu implanto sistemas de segurança assistencial melhor, eu com certeza diminuo os efeitos adversos e efeitos adversos tem custos, seja na promulgação da internação, seja na complicação que os pacientes venham a ter, que exijam tratamentos adicionais não previstos, seja na diminuição das taxas de infecção hospitalar. Isso diminui custo, se eu diminuo esse tipo de circunstância, então, todo e qualquer minimização de efeitos adversos diminui custos.”

O diretor administrativo também informou que no início da implantação da acreditação houve aumento nos custos da instituição, pois de acordo com o entrevistado, trazer segurança, melhoria de processos e qualificação de pessoas tem custos. Nota-se pela análise do Quadro 34 que no momento, conforme a maioria dos entrevistados, o hospital está em fase de implantação de um sistema interno de custos para verificação dos custos assistenciais e contábil, por centro

de custo e por atividade. Porém, nota-se também que existe uma área que mesmo sem ter ainda um sistema de custo robusto na instituição, são realizadas, mensalmente, mensurações, simulações e controles de custos de forma manual e informal, ou seja, a partir da implantação da estratégia de acreditação, estão sendo elaboradas, planilhas e gráficos para a mensuração dos custos, pois segundo o entrevistado A9, a auditoria externa da acreditação cobra as ações realizadas para a redução dos custos, portanto no momento da reacreditação, são demonstradas para a auditoria externa da acreditação, as planilhas com as mensurações e simulações de custos para a realização da prestação de contas do processo.

A área na instituição que realiza controles manuais e informais é a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). De acordo com o coordenador médico, responsável pela CCIH, essas mensurações, simulações e os controles são realizados por trinta pessoas que atualmente estão trabalhando nessa comissão. Após a mensuração dos custos, os mesmos são divulgados apenas em relatórios internos, ou seja, as informações só ficam acessíveis para a comunidade interna, a sociedade externa interessada não tem acessibilidade sobre essas informações.

Como os relatórios dos custos na CCIH não estão disponíveis no *website* da instituição, foi realizada a observação não participante pela pesquisadora neste setor para observar a riqueza dos dados que são apurados na CCIH (nota de campo – anexo B). Esses custos apurados pela CCIH são mensurados e simulados a partir dos indicadores de controle de infecção hospitalar, taxa de mortalidade por infecção e controle de eventos adversos. O coordenador desse serviço aparentemente tem *expertise* nesse assunto e consegue evidenciar a partir da elaboração de relatórios internos que, a diminuição da taxa de infecção hospitalar realmente trouxe redução de custos para a instituição. Além do controle de infecções, a CCIH também realiza o controle do uso de antibióticos no hospital, que é um serviço extremamente importante tanto para os pacientes e quanto para a instituição. O médico infectologista responsável pela CCIH demonstra mensalmente para os médicos que estão prescrevendo medicamentos para os pacientes no hospital, o motivo pelo qual não há necessidade de prolongar por muitos dias de uso de antibióticos. Logo, para validar as informações, foi demonstrado na observação não participante, o relatório que evidencia o indicador que ilustra a redução do uso de antibióticos na instituição durante os últimos anos.

Além das entrevistas, para este tema, foram analisados os relatórios de gestão e as demonstrações contábeis no período de 2010 a 2018 disponíveis no *website* da instituição, para buscar informações a respeito da redução dos custos relacionados com a acreditação. Para encontrar essas informações, foram buscadas nos relatórios: os custos dos serviços em específico na área assistencial e os custos dos serviços de forma geral. Os resultados do

levantamento dos dados secundários sobre os custos hospitalares, são evidenciados nas Figuras 24, 25, 26 e 27 que serão ilustradas na sequência.

Figura 24 – Custos dos serviços assistenciais do HCPA

Produtos/serviços	Custo Total 2014	Custo unitário			VARIACÃO %	
		2014	2013	2012	2014/2013	2014/2012
Consulta	32.190.883,62	59,90	52,86	4,77	13%	34%
Internação em Tratamento Intensivo	105.232.620,03	35.265,62	34.400,47	30.280,22	3%	16%
Atendimento de Emergência	67.592.162,57	4.783,93	4.277,63	3.655,87	12%	31%
Exames	138.320.208,11	43,07	9,92	37,67	8%	14%
Terapias	70.591.860,79	1.273,05	1.175,16	1.070,28	8%	19%
Internação Cirúrgica	285.695.916,45	26.655,71	25.611,04	21.640,58	4%	23%
Internação Clínica	141.075.830,10	18.717,77	17.239,89	14.496,79	9%	29%
Internação Obstétrica	30.387.116,19	7.608,19	6.700,89	6.667,77	14%	14%
Internação Pediátrica	52.989.882,51	17.505,74	15.345,94	12.839,41	14%	36%
Internação Psiquiátrica	25.103.104,79	38.092,72	35.447,50	38.539,05	7%	-1%
Total geral	949.179.585,15					

Fonte: Relatório de gestão do período de 2014 do HCPA.

A partir da análise dos relatórios e demonstrações contábeis é possível afirmar que não existem informações nos relatórios de gestão e nem nas demonstrações contábeis sobre a redução dos custos devido a implantação do processo de acreditação hospitalar internacional. Porém, foram encontradas no relatório de gestão do ano de 2014, informações sobre os custos hospitalares da área assistencial da instituição. Foi possível perceber pela análise da Figura 24 que, no período da conquista do selo internacional, ou seja, no ano de 2013 não houve redução dos custos unitários nas áreas assistenciais da instituição. Ou seja, na Figura 24 nota-se um aumento dos custos nos principais serviços prestados pelo HCPA, com exceção dos exames e das internações psiquiátricas, onde houve um decréscimo entre os anos de 2013 e 2012.

No ano posterior a conquista da certificação, ou seja, no ano de 2014, conforme a Figura 24, também houve aumentos nos custos das áreas assistenciais, com exceção das internações pediátricas. Cabe informar que de acordo com o relatório de 2014, o aumento desses custos foi devido dois fatores: o primeiro fator foi a grande influência das variações das taxas cambiais nos insumos hospitalares e o segundo fator foi devido a variação da folha de pessoal. Segundo as informações do relatório, entre 2012 e 2014 as despesas com a folha de pagamento aumentaram cerca de 36%, em função, principalmente, de dois reajustes coletivos no período e ao aumento de quadro. Essas informações validam as informações dadas pelos entrevistados, principalmente as informações dadas pelo diretor administrativo, que relatou que devido a estratégia de acreditação, principalmente no início da implantação do processo houve aumento nos custos hospitalares da instituição. Para ilustrar e comparar os custos dos serviços

hospitalares de forma geral, antes e depois da implantação do processo de acreditação, foi elaborada a Figura 25.

Figura 25 – Custos dos serviços hospitalares do período de 2010 a 2018



Fonte: Elaborada pela autora com base nas demonstrações contábeis do período de 2010 a 2018.

Todas as informações da Figura 25 foram coletadas das demonstrações contábeis do período de 2010 a 2018. Percebe-se pela análise da Figura 25 que, realmente no geral, os custos dos serviços não foram reduziram com a implantação do processo de acreditação internacional. Percebe-se também que no ano de 2013, ano da conquista da certificação de acreditação hospitalar internacional, foi o ano que os custos tiveram maior percentual de aumento em relação aos custos dos anos anteriores e posteriores, ou seja, neste ano teve um aumento de 27,09% em relação ao ano anterior, sendo o maior percentual de aumento em relação à todos os períodos apurados, conforme ilustrado na Figura 25. Nos demais anos posteriores, nos períodos de 2014 a 2018, percebe-se que os aumentos dos custos hospitalares foram menores e foram diminuindo os percentuais de crescimento ano a ano, ou seja, a instituição manteve um equilíbrio de aumento dos custos dos serviços em comparação com aumento no ano da implantação da acreditação internacional. Esses resultados confirmam novamente a informação dada pelos entrevistados, que no início da implantação da acreditação internacional os custos dos serviços aumentaram. Além disso, o entrevistado A8, que é o coordenador financeiro da instituição, informou que na sua percepção o hospital ainda não obteve o equilíbrio entre o custo e o benefício com o processo de acreditação e espera que no futuro isso venha acontecer. Então, para verificar a relação do custo-benefício, a pesquisa apurou nos relatórios de gestão do período de 2010 a 2018, a produção assistencial do hospital, ilustrada na Tabela 11, que é composta pela quantidade de atendimentos das internações, procedimentos de média ou alta complexidade e a quantidade de serviços ambulatoriais, diagnósticos e terapias.

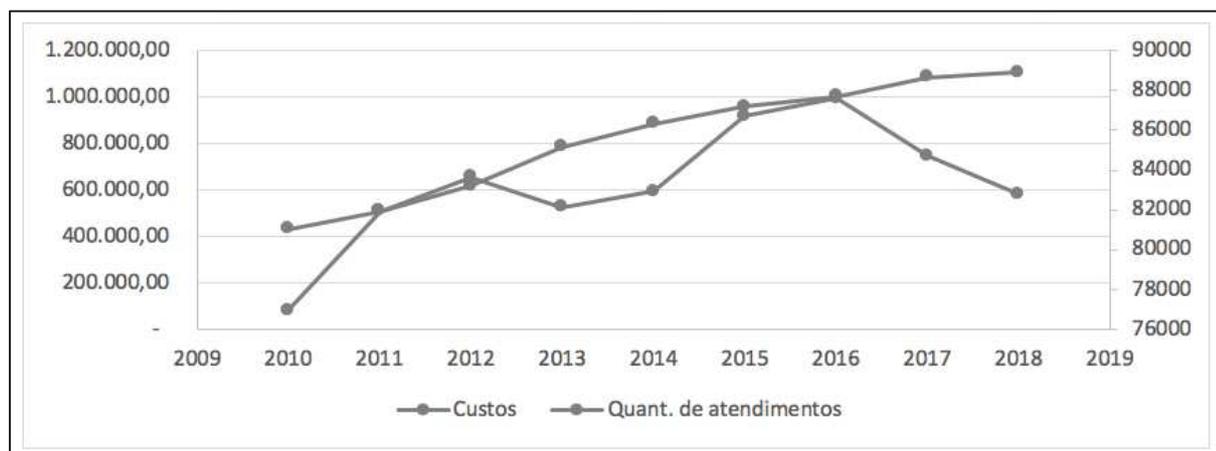
Tabela 11 – Produção assistencial do HCPA do período de 2010 a 2018

Ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Internações e procedimentos de média ou alta complexidade	76986	81937	83649	82142	82942	86716	87608	84714	82778
Internações	30.943	32.354	33.585	32.114	32.056	34.161	34.416	31.245	31.288
Procedimentos cirúrgicos	42.121	45.326	45.768	45.643	46.847	48.092	48.983	49.559	47.546
Transplantes	412	479	507	491	472	466	484	495	429
Partos	3.510	3.778	3.789	3.894	3.567	3.997	3.725	3.415	3.515
Serviços ambulatoriais, diagnósticos e terapias	3.689.837	3.704.090	3.853.555	3.983.507	4.150.633	4.385.159	4.426.008	4.158.936	3.949.107
Consultas atendidas	577.504	586.283	594.942	600.492	590.306	601.732	612.214	589.566	569.359
Serviços auxiliar de diagnósticos - exames	2.767.804	2.779.951	2.904.273	3.039.987	3.211.531	3.422.564	3.435.528	3.199.144	3.122.562
Procedimentos em consultórios	248.430	248.161	259.458	246.415	245.548	259.791	281.913	275.841	257.186
Sessões terapêuticas	96.099	89.695	94.882	96.613	103.248	101.072	96.353	94.385	-
Total Geral (1+2)	3.766.823	3.786.027	3.937.204	4.065.649	4.233.575	4.471.875	4.513.616	4.243.650	4.031.885

Fonte: Elaborado pela autora.

Verifica-se na Tabela 11 que, a partir de 2013 até 2018 não houve um aumento crescente na quantidade de atendimentos do hospital investigado, e nos últimos dois anos (2017 e 2018) houve uma queda significativa comparando com a quantidade de atendimentos dos anos de 2015 e 2016. A partir das informações da produção assistencial da Tabela 10 a pesquisa comparou o quantitativo de atendimentos com o custo dos serviços prestados do hospital do período de 2010 a 2018 e foram geradas as Figuras 26 e 27.

Figura 26 – Custos versus internações e procedimentos de média e alta complexidade

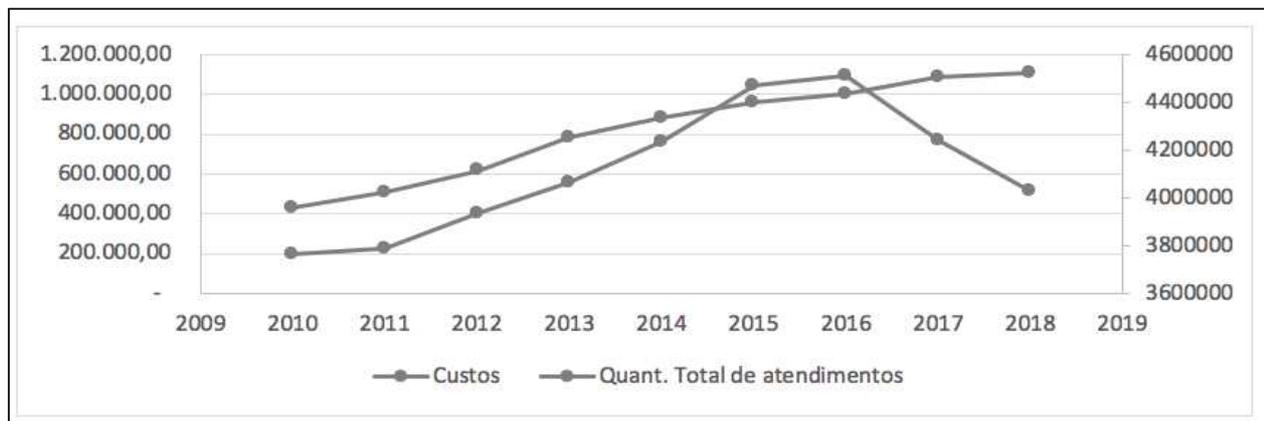


Fonte: Elaborada pela autora.

Primeiramente foi comparado os custos com a quantidade de atendimentos das internações e dos procedimentos de média e alta complexidade, pois esses atendimentos geralmente são os que mais produzem custos para o hospital. Nesta comparação fica nítido que os custos aumentaram com o decorrer dos anos, porém a quantidade de atendimentos não

acompanhou este crescimento. A Figura 27 relaciona os custos versus a quantidade total dos atendimentos do hospital investigado.

Figura 27 – Custos versus quantidade total dos atendimentos do HCPA

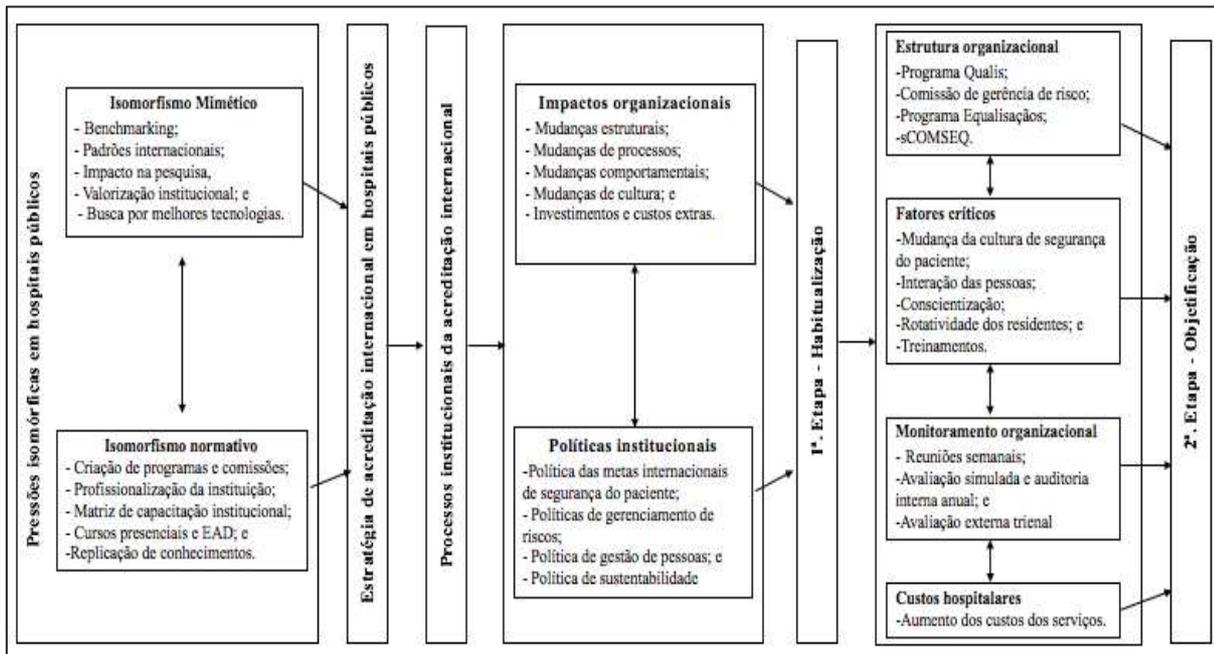


Fonte: Elaborada pela autora.

Na Figura 27 percebe-se que quantidade total dos atendimentos a partir da implantação da estratégia de acreditação, ou seja, a partir do ano de 2013, estava crescendo junto com os custos, porém nos dois últimos anos, ou seja, nos anos de 2016 a 2018, os atendimentos sofreram quedas tão significativas, que o total de atendimentos do ano de 2018 ficou inferior ao total de atendimentos do ano de 2013. Sendo assim, a partir desses dados, pode-se afirmar que a quantidade de atendimentos do hospital não seguiu a evolução contínua de crescimento, assim como os custos de serviços a partir da implantação da estratégia de acreditação hospitalar internacional.

A partir das informações obtidas pelos entrevistados, pelos relatórios de gestão e pelas demonstrações contábeis, é possível afirmar que o processo de acreditação internacional no hospital público investigado, transcorreu pela etapa de objetificação, pois no processo de acreditação internacional foi adotada uma nova estrutura organizacional pela instituição, foram monitorados os resultados e riscos dos processos, e porque foi percebido pelos entrevistados apenas o aumento dos custos dos serviços hospitalares, ou seja, para a instituição ainda ocorreu o equilíbrio entre os custos e os benefícios com adoção da estratégia de acreditação internacional. Portanto, a Figura 28, resume as relações encontradas entre o processo de acreditação internacional no hospital público investigado e o processo de institucionalização, na etapa de objetificação de Tolbert e Zucker (1999).

Figura 28 – Etapa de objetificação no processo de acreditação hospitalar internacional



Fonte: Elaborada pela autora.

Percebe-se pela Figura 28 que o processo de acreditação hospitalar internacional do hospital público investigado, possui relações diretas com a teoria institucional, pois além de sofrer pressões isomórficas para a implantação da acreditação, apresenta fatores que estão relacionados com a primeira etapa de habituação e também apresenta elementos (estrutura organizacional, fatores críticos, monitoramento organizacional e custos hospitalares) que estão diretamente ligados com a etapa de objetificação do processo institucional de Tolbert e Zucker (1999).

Cabe ressaltar que, nesta etapa do processo foram relatados inúmeros desafios pelos entrevistados dos dois grupos como: interação das pessoas; mudança de comportamento das pessoas; mudança de cultura da segurança do paciente; medicamentos; trabalhar/lidar com pessoas, investimento/mudança na estrutura física e custos de organização); o *checklist* de cirurgia segura; rastreabilidade dos materiais; burocratização; processo licitatório para as contratações; qualificação de pessoas; arquivamento de documentos; adequação dos espaços; adequar os processos em um ambiente de superlotação; a comunicação entre as pessoas; as mudanças dos processos; o envolvimento da universidade; e resistência cultural das pessoas da instituição. Sendo assim, percebe-se que, no geral, o comportamento das pessoas aparentemente foi o maior desafio para a instituição e que a etapa de objetificação da institucionalização da acreditação hospitalar internacional no hospital público investigado foi, aparentemente, a etapa mais complexa do processo. E para enfrentar os desafios da etapa de objetificação, foram

criados programas, comissões e subcomissões para gerenciar e monitorar as demandas do processo de acreditação hospitalar internacional na instituição investigada.

4.3.3 Sedimentação

Nesta fase do processo é totalmente difundida a nova estrutura organizacional, porém ainda pode ocorrer as resistências operacionais em relação as mudanças das estruturas organizacionais (Tolbert; Zucker, 1999). Para constatar se o processo de acreditação hospitalar percorrer pela etapa de sedimentação de Tolbert e Zucker (1999), este tópico foi subdividido em dois temas: continuidade e manutenção; e resistências operacionais. Os dados primários deste tópico foram analisados com a análise de conteúdo.

4.3.3.1 Continuidade e manutenção

Neste subitem foi questionado para o grupo A, que como uma instituição pública, consegue assegurar e garantir a continuidade e manutenção da acreditação internacional. As respostas dessa questão são apresentadas no Quadro 38.

Quadro 38 – Continuidade e manutenção do processo de acreditação internacional

C.E.	Categoria de 1ª. ordem: Processos institucionais - Categoria de 2ª. ordem: Sedimentação Categoria de 3ª. ordem ou unidade de registro: Continuidade e manutenção
	Unidade de contexto: fragmentos essenciais
A1	“Através de muito trabalho de parceria [...], com a questão do próprio Qualis e com a questão de ter todos esses capítulos que permeiam o processo dessa constituição, e para cada capítulo a gente tem um coordenador [...], isso dá sustentabilidade a esse processo.”
A2	“Bom, a gente joga pelas regras da acreditação. A gente reporta incidentes, a gente já teve visitas surpresa aqui no hospital. E a gente está sempre se preparando [...], mas, é sempre um desafio maior. Porque a gente, cada vez mais, a gente vai sendo mais crítico do que a gente faz aqui. Então, a gente garante com: monitoramento constante, com preparação constante, capacitação constante também.”
A3	“Eu não vejo diferença entre ser público e o privado para essa questão [...], poderia ter alguma dificuldade maior financeira para manutenção de algumas coisas, mas, uma vez que o hospital estabelece essa questão como prioritária, ele também estabelece no seu orçamento essa prioridade [...], a manutenção é muito mais na mobilização, não deixar a situação morrer, na busca de conscientizar as pessoas de que aquela atividade ela é uma atividade tem que ser incorporada, e ela não é uma atividade só para o momento da avaliação [...], o grupo do Qualis, tem atividades que elas são rotineiras, justamente para buscar a incorporação dessa visão no dia a dia e não como uma coisa que se preocupa só no momento da avaliação. São feitas auditorias internas, por uma equipe que a gente criou [...], um grupo de pessoas que periodicamente através de um cronograma, vai passando nas áreas, para ver os seus processos e atestar aqui está tudo dentro dos padrões.”
A4	“[...] a gente se estruturou de uma forma que o processo acaba sendo incorporado nas rotinas [...], não só se preparar para avaliações que venham ocorrer, mas, também garantir que os processos estejam dentro desses padrões, o tempo todo. Então, a gente faz reuniões de integrações entre os responsáveis pelos capítulos e a gente está sempre criando novas formas de poder garantir que essa questão da qualidade e da segurança possa ter continuidade [...], a gente acabou capacitando a equipe interna para ser um pouco auditor [...], e a gente entendeu que está bem nesse momento, e pode abrir mão de uma frequência deles (CBA)...”
A5	“Mantendo vivo, mantendo auditorias internas, mantendo capacitações sempre na área, mantendo um grupo que fica concebendo novas situações para provocar aquela qualidade. Dando continuidade, não trabalhando só nas vésperas de um processo de acreditação.”

A6	“[...] a gente criou um programa de monitoramento da qualidade, um programa interno para estar sempre olhando para isso, sempre movimentando o hospital, então, a gente faz a manutenção dessa forma. A gente agora está discutindo, mantemos ainda um contrato de consultoria com o CBA [...], o CBA nos dá uma parte educativa [...] os nossos consultores vêm a cada dois meses [...], eles vão na área, revisam [...], e a gente tem avaliações do próprio CBA, que são avaliações de manutenção [...], a gente não perde o selo, mas a gente vê o quanto a gente continua em conformidade com o manual [...], a gente está até revendo isso, se a gente vai precisar mesmo de manutenção todos os anos, se tem a “Equalização” que dá conta...”
A7	“[...] por vontade! [...], os recursos que a gente acaba usando são próprios [...], então, assim, claro, tem que ter o recurso e cabe a administração definir isso. É algo muito importante...”
A8	“Quase que como por milagre. Ninguém nos dá, ninguém nos dá nenhum tipo de privilégio pelo fato da gente ser acreditado, a gente faz isso porque a gente quer continuar sendo acreditado. Então, isso é bem difícil [...], de poder ficar cada vez mais com mais com mais qualidade, mas é complicado a gente não tem ajuda de nada. A gente tem que ir pela gente mesmo.”
A9	“[...] a gente tem uma estrutura montada para manter isso, não para manter o selo, mas para manter a segurança. Isso está muito claro, hoje, no nosso direcionamento, o que o escritório do Qualis faz é essa manutenção das práticas de segurança, independentemente de manter ou não o selo. É óbvio que a gente se prepara para a prova, para a auditoria, mas isso é uma continuidade do hospital, eles têm as auditorias surpresa [...], então, já existe essa cultura de segurança no hospital [...], não existe recurso específico, como isso entrou das prioridades do orçamento do hospital, são pessoas que trabalhavam em outros locais que foram direcionadas para isso...”
A10	“[...] se preparando, não mudando processo só para ter avaliado. Entendendo tudo, a cultura da segurança e acreditação, cada vez que for avaliado, ela vem de uma forma muito mais rígida, numa primeira avaliação o critério manual é sempre o mesmo, mas o olhar do avaliador muda [...], passados dois anos [...], agora já está maduro para estar sendo avaliado um nível acima. Na terceira, já tem que manter o que tu tinhas e já vai ser cobrado por mais coisas, para que cada vez o processo fique mais seguro. Então, é um caminho sem volta, não tem como te preparar só para aquele momento...”
A11	“Segue-se trabalhando. Se aprendeu a trabalhar nessa forma de comissões [...], o Qualis não está só para a acreditação, já agregou outras tarefas, mas ainda você tem essa comissão voltada para a manutenção dessa acreditação [...], no início contrata uma consultoria com uma frequência maior, agora cada vez menor. Esse custo de consultoria diminuiu. Eu não tenho conhecimento se o hospital paga para ter o selo de acreditação. Deve ter um valor para você contratar, para você poder receber o selo [...], mas o hospital já tinha verba de investimento em termos de material e equipamento [...], quando eles vêm fazer a acreditação, você tem um custo de manutenção de hotel [...], a passagem, hotel, manutenção [...], a primeira coisa é a alta liderança do hospital dizer “eu quero”. Se a diretoria executiva dizer “não tenho bem certeza”, não vai ter. Então, assim, a diretoria executiva, na época, bancou e disse “não, nós vamos concorrer ao selo de acreditação e para isso nós vamos formar um departamento, uma comissão que vai encaminhar isso”, mas, com certeza, ficou claro que verba tem que ser liberada para mudar a estrutura.”

Fonte: Elaborado pela autora.

De acordo com o diretor administrativo da instituição, ou seja, o entrevistado A3, a questão de ser uma entidade pública não interfere na questão de continuidade e manutenção da acreditação. Para o gestor a única dificuldade que poderia ocorrer por ser uma entidade pública seria alguma dificuldade financeira, mas no caso do hospital investigado, a acreditação foi definida como uma questão prioritária, sendo assim, recursos do hospital sempre são orçados pensando nessa prioridade.

De acordo com o entrevistado A11, as despesas propriamente ditas para dar manutenção a acreditação internacional não possui um custo muito alto, pois trata-se apenas de pagamento das visitas das consultorias e dos auditores externos, despesas com viagem, despesas com o hotel e taxa do selo de acreditação internacional.

Para dar continuidade e manutenção no novo processo, quase todos os participantes do grupo A, citaram a estrutura de apoio que foi criada a partir da implantação da estratégia de

acreditação internacional, ou seja, o Programa Qualis e o Programa Equalização e equipe de coordenadores, ou seja, as sCOMSEQ. Para os entrevistados do grupo A, essa estrutura é que está garantindo a continuidade e manutenção da acreditação internacional. Além disso, de acordo com a coordenadora do Qualis, a continuidade e a manutenção são garantidas com a preparação constante, monitoramento constante e com capacitação constante.

Para a coordenadora do Equalização, o programa de monitoramento da qualidade é fundamental para a questão da continuidade e manutenção do processo de acreditação. De acordo com essa coordenadora, ou seja, a entrevistada A6, além do monitoramento desse programa, para o processo permanecer sempre ativo, o hospital também conta com as consultorias do CBA bimestralmente, para fornecer a parte educativa, e anualmente para as avaliações de manutenção.

Os entrevistados concordam e relatam que para a continuidade e manutenção da acreditação internacional, além das auditorias do Programa Equalização, a instituição tem que buscar sempre manter o processo incorporado nas rotinas diárias do hospital, não pensar em se preparar ou se preocupar com o processo somente na semana em que vão ocorrer as auditorias externas, pois as auditorias podem acontecer eventualmente sem qualquer aviso prévio e agindo ou pensando dessa forma, a qualquer momento podem estar colocando a continuidade do selo de acreditação internacional em risco. Porém, os entrevistados afirmam que a preocupação maior não é somente em manter o selo internacional na instituição, a preocupação principal é sempre manter a cultura de qualidade e segurança para o paciente.

Com base nas afirmações explanadas acima, pode-se afirmar que a nova estrutura organizacional criada a partir da estratégia de acreditação internacional, além de monitorar, dar continuidade e manutenção no novo processo, foi totalmente difundida e de certa forma, aceita pela instituição pública investigada.

4.3.3.2 Resistências operacionais

Para compreender como o hospital superou ou ainda tenta superar as resistências às mudanças organizacionais com o novo processo institucionalizado, foi elaborado o Quadro 39 com as percepções dos entrevistados do grupo A. Para esse tema foram analisadas tanto as percepções do grupo A, quanto as percepções do B.

Quadro 39 – Percepções do grupo “A” sobre as resistências operacionais

C.E.	Categoria de 1ª. ordem: Processos institucionais - Categoria de 2ª. ordem: Sedimentação Categoria de 3ª. ordem ou unidade de registro: Resistências operacionais
Unidade de contexto: fragmentos essenciais	
A1	“Eu acho que superar as resistências foi tentando fazer esse trabalho de formiguinha, junto às próprias lideranças das áreas [...], com campanhas de sensibilização junto aos funcionários. Existiu, com certeza, tanto é que, em alguns momentos a gente ouvia: “ah, tudo isso é por causa da acreditação” [...], então, acho que agora eles já conseguem ter uma visão que isso é independente da acreditação.”
A2	“[...], primeiro, o hospital superou isso quando a gente deu a mensagem da direção do hospital que era isso que queríamos e investiu recurso para isso. Ele superou isso contando com o corpo de profissionais que veste a camiseta do hospital [...], ele superou isso porque a gente juntou um grupo de pessoas que foram mostrando isso [...] mas, assim, eu acho que tem isso assim, o hospital achou que era uma coisa importante, a direção deu essa mensagem, colocou pessoas que eram reconhecidas pelos seus pares [...], mas eu acho que é uma conjunção de coisas assim, de pessoas que consideraram que isso é importante...”
A3	“Eu diria que, esse tipo de circunstância, não necessariamente só nesse processo de acreditação, mas em qualquer processo, a superação de barreiras e obstáculos, principalmente no que diz respeito de pessoas e equipes, ela se dá através da liderança. A liderança precisa estar permanentemente demonstrando que acredita naquilo, e aquilo é uma questão estratégica, e a partir daí através de exemplos, e através da sua própria motivação, vai contaminando as pessoas e fazendo com que elas incorporem aquilo. Então, acho que é isso é fundamental, acho que é o tipo de ação que ela vem de cima para baixo. Não tem outro jeito.”
A4	“[...], é a questão da mudança de cultura. Eu acho que muito mais, podendo mostrar o outro lado, do ganho que se tem com isso. A questão da qualificação, então, daquilo que vai ser feito...”
A5	“Dando o exemplo. Então assim, as pessoas foram selecionadas a dedo, as pessoas que estavam nas lideranças [...], então se eles me falavam sobre aquilo que eles acreditavam [...], então, o que contagiou para mim foi o testemunho, e dando exemplo.”
A6	“[...] É difícil fazer com que as pessoas mudem os seus processos de trabalho, é bem difícil, a pessoa trabalha 20, 30 anos de uma forma, ela mudar porque o chefe dela diz que isso é melhor, é a hora que tem que mudar. Eu acho que o comprometimento da alta liderança foi um fator fundamental, a direção declarando que a acreditação é importante. Isso sempre foi feito, a direção queria muito [...], é uma coisa que, à primeira vista, não tem um retorno financeiro, não vai trazer ou atrair mais pacientes para o hospital, mas a direção, ainda assim, queria tornar o hospital mais seguro, um hospital público melhor para os pacientes que são aqui atendidos.”
A7	“Sempre tem resistência, deve ser porque tem mais trabalho, mais movimento, mas, acho que a força de vontade positiva ou a favor era mais forte e aí, no final todo mundo fica empolgado e tal, aí depois nos próximos é mais tranquilo, mas sempre tem.”
A8	“A gente aguentou porque a gente insistiu nas mudanças [...], foi uma iniciativa que veio da direção do hospital...”
A9	“Isso é muito relacionado a forma como foi conduzido o processo. As resistências ocorreram, essa capilarização da educação com relação à acreditação foi um processo não muito fácil, até hoje a gente tem algumas resistências, porque isso gera, talvez, para algumas situações, uma carga de trabalho maior [...], então, a gente vê muito menos resistências [...], então, eu acho que estar bem mais tranquilo...”
A10	“Têm isso a qualquer momento, a gente não superou 100% ainda, ainda tem algumas dificuldades, porque, o processo ele fica muito mais detalhado, tem mais etapa, tem que ter mais cuidado, tem que parar e pensar antes de fazer as coisas, tem que sair do automático...”
A11	“[...] montando uma estrutura de apoio para que os processos possam ser desenvolvidos e que esse processo tenha um significado para quem está executando, fazendo com que o operacional entenda. A liderança tem que trabalhar para que o operacional entenda que aquele processo que está mudando, que está sendo, no início, muito mais custoso [...], que isso tem um significado. Não está só mudando por mudar [...], é porque isso vai mudar o processo de trabalho e vai trazer mais segurança, vai trazer mais qualidade.”

Fonte: Elaborado pela autora.

De acordo com as percepções dos entrevistados do grupo A, ocorreram resistências com institucionalização do novo processo de acreditação, e alguns fatores foram considerados como fundamentais para resolver este problema, como: a iniciativa e comprometimento da alta direção; o envolvimento forte das lideranças; a educação e a motivação; dar significado ao novo processo; e a criação de uma estrutura de apoio ao novo processo. Porém, de acordo com os

entrevistados, mesmo com a institucionalização da inovação, ainda existe na instituição, algumas resistências com o novo processo de acreditação internacional. Para analisar se percepções do grupo B são semelhantes ao do grupo A, foi elaborado o Quadro 40 com as respostas do grupo B sobre o tema em questão.

Quadro 40 – Percepções do grupo “B” sobre as resistências operacionais

C.E.	Categoria de 1ª. ordem: Processos institucionais - Categoria de 2ª. ordem: Sedimentação Categoria de 3ª. ordem ou unidade de registro: Resistências operacionais Unidade de contexto: fragmentos essenciais
B1	“Eu acho que foi com conversas, com negociações e com pessoas comprometidas que participaram em lugares chaves do hospital. Acho que isso fez toda a diferença, assim, porque realmente na parte operacional tinha muitas perguntas [...], então, acho que foi muito importante o diálogo para implantar as coisas, mas, eu acho que a participação de líderes em locais estratégicos, assim, foi importante.”
B2	“Eu acredito que tenha sido na persistência, ele persistiu na implantação da acreditação, então, eu acredito que tenha sido na persistência na enfatização.”
B3	“É, na minha avaliação, o quê foi mais difícil foi a mudança de comportamento. Acho que isso é a maior dificuldade, a resistência a mudança. Já superamos! A gente não tem mais, assim, o temor da mudança...”
B4	“É, assim, eu acho que a diretoria do hospital, ela estava disposta, ela comprou a briga, ela queria que o hospital fosse acreditado [...], e foi só assim que a gente conseguiu ter as mudanças. Se a diretoria do hospital não tivesse disposta a comprar essa briga, nós não conseguiremos, porque existiam muitas resistências [...] tinha uma resistência geral...”
B5	“[...], em toda a nossa área, as pessoas de uma certa forma, elas tendem, é natural do ser humano, é uma tendência que acho que é natural de achar que o novo é ruim [...], acho que sim, as pessoas foram se adaptando, entendendo e incorporando isso de uma forma natural, assim, acho que não chegou a ser tão resistente a ponto de ter que impeli-las.”
B6	“Ah! existe ainda pessoas que ainda não se engajaram [...], sempre tem, mas eu acho que hoje é muito difícil encontrar um profissional que vai contra, assim, a esse processo, porque a maioria está envolvida...”
B7	“Eu acho que pela liderança das áreas. Eu acho que pela mobilização assim, eu também acho que por muito querer. Tipo assim, o hospital precisava dessa mudança drástica [...], então, precisava desse olhar, precisava disso, estava caindo de maduro isso. Então, foi ótimo vir e alguém falar o que tinha que melhorar.”
B8	“É porque o hospital tem muitos funcionários muito antigos [...], isso a gente ver na parte administrativa, eu tenho funcionário que já trabalha no hospital há 30 anos [...] eu tenho essas dificuldades com outros processos, mas não em função da acreditação.”
B9	“Muita conversa e cada um assumindo a sua responsabilidade...”
B10	“Eu acredito que foi com isso: foi deixando muito claro, sendo muito transparente na questão de falar dos processos e o porquê dos processos. E assim: é só pela acreditação? Não! A gente não faz só pela acreditação, a gente faz isso sempre [...], não é por causa da acreditação que a gente faz bem [...], os processos, quando eles são institucionalizados, eles dão segurança para o paciente, e também para o profissional [...], é a conscientização.”
B11	“A gente conseguiu através de muitos demonstrativos. Foi um passo de formiguinha, mostrando que, é educacional, foi um conjunto [...], então, isso foi sendo trabalhado através de grupos de trabalhos, grupos educacionais, reuniões explicando o porquê daquilo ali, o quê facilitaria a nossa vida [...], a resistência foi muito forte! [...], então, ainda se encontra um tipo de resistência. É educacional, vai aos poucos...”
B12	“Ah! Eu acho que ele ainda está tentando, ainda se vê muitos, quando se tem essas auditorias internas, se vê que tem processo que são mais difíceis de serem incorporados [...], é educar, é a capacitação permanente. É o líder de cada equipe trabalhando com essa equipe, incorporando até esse hábito ser adquirido [...], eu acho que por ser público os funcionários começam: ah, eu sempre fiz desse jeito, nunca deu problema, por que agora tem que modificar? Quem vem aqui, tem que dá significado...”
B13	“Eu acho que foi parte a atitude proativa das pessoas engajadas, acho que as pessoas engajadas insistiram, líderes as insistiram, reiteraram com isso acho que a gente substituiu, conseguiu melhorar muito.”
B14	“[...], tu ver todas as pessoas muito envolvidas nisso, muito engajadas. É o que eu te falei: é um processo de mudança cultura que teve dentro da instituição. Claro que a gente tem muito que caminhar ainda, a gente tem muito que envolver ainda as pessoas.”

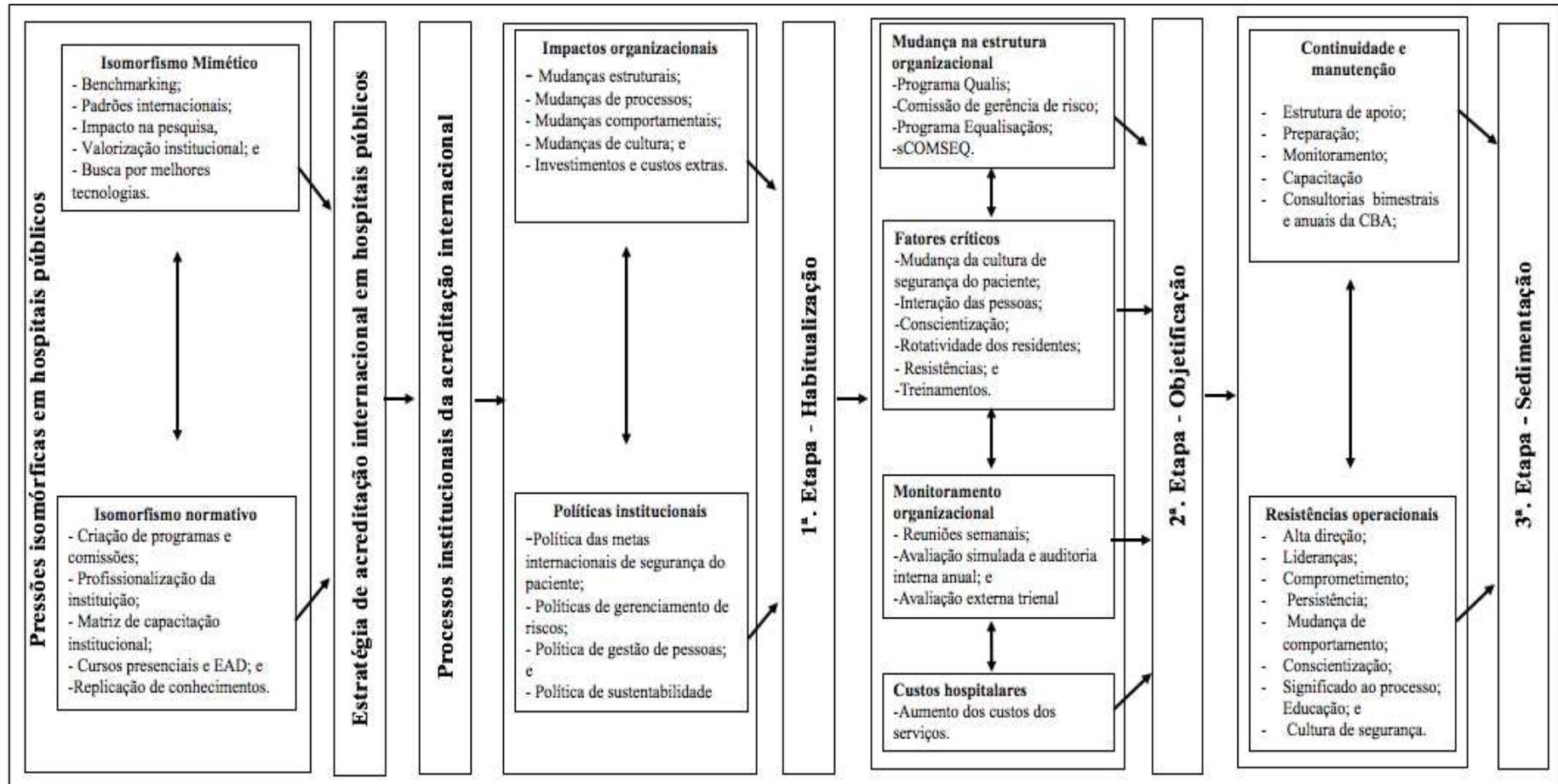
B15	“Eu acho, na minha opinião: vai ser feito e nós vamos fazer [...], eu acredito que isso nos trouxe muito benefício. Foi uma proposta da instituição e não adianta, nós somos as pessoas que trabalham para essa instituição [...], foi uma proposta do hospital, porque tem pessoas que gerenciam esse hospital, administram esse hospital e conseguem vislumbrar e ver que, realmente, isso vai ser um benefício para nós. Então, a gente acreditou. Eu fui uma que compreendi a ideia e tento vender ela...”
-----	--

Elaborado pela autora.

As respostas do grupo B foram bem semelhantes as respostas do grupo A. Para o grupo B, os fatores fundamentais para reduzir e superar as resistências operacionais foram: iniciativa da alta direção; comprometimento das pessoas; a persistência; a mudança de comportamento; conscientização das pessoas; dar significado ao processo; educar as pessoas; e incorporar a cultura de segurança do paciente na instituição.

Na percepção dos entrevistados do grupo B, a institucionalização da acreditação hospitalar internacional foi muito difícil e trabalhosa. As resistências operacionais foram muito fortes, existiam muitas resistências no início do processo de institucionalização da estratégia de acreditação. Mas, com a conscientização de que a estratégia foi uma iniciativa da alta administração, a conscientização e com o comprometimento e motivação das lideranças, as resistências foram diminuindo com o passar do tempo. Porém, as resistências ainda não foram totalmente superadas, ainda existe pessoas que ainda não estão engajadas no novo processo. Segundo os entrevistados do grupo A e grupo B o hospital não trabalha com alta rotatividade de funcionários, ou seja, existem colaboradores muitos antigos, pessoas que tem mais de 20 anos de instituição, então, fazer com que essas pessoas que trabalham há muitos anos de uma forma, mudar todos os seus processos de trabalho, é bem complicado. A Figura 29 resume as relações encontradas do processo de institucionalização da acreditação internacional, incluindo os elementos encontrados na etapa de sedimentação.

Figura 29 - Etapa de sedimentação no processo de acreditação hospitalar internacional



Fonte: Elaborada pela autora.

Verifica-se pela Figura 29 que além de sofrer pressões isomórficas, o processo de acreditação internacional percorreu por todas as etapas de institucionalização sugeridas por Tolbert e Zucker (1999). Observa-se que no processo final, ou seja, na sedimentação, para dar continuidade e manutenção do processo foi necessário criar uma estrutura de apoio, a preparação constantemente para as avaliações do processo, realizar os monitoramentos periódicos, capacitar os colaboradores, e a contratação das consultorias bimestrais e anuais da CBA. Para superar ou reduzir as resistências operacionais na instituição, primeiramente foi necessário a conscientização dos colaboradores de que a iniciativa da estratégia de acreditação foi da alta direção do hospital. Além disso, foi fundamental para a redução das resistências, o comprometimento e motivações das lideranças da instituição, dando apoio e significado ao processo de acreditação, além de incentivar a incorporação da cultura de segurança do paciente. Com a institucionalização do processo de acreditação internacional sedimentada na instituição investigada, os profissionais e a sociedade tendem perceber os benefícios do novo processo. Para entender mais sobre os benefícios percebidos, o próximo tópico aborda o tema “valor público”.

Em resumo, foi mostrado nesta seção que o processo de acreditação internacional percorreu as três etapas de institucionalização sugeridas por Tolbert e Zucker (1999): a habitualização, objetificação e sedimentação. Em relação à primeira etapa do processo, habitualização, foi evidenciado que o que mais impactou a instituição com a institucionalização da acreditação internacional foram as mudanças estruturais, as mudanças nos processos, as mudanças comportamentais, os investimentos extras, os custos extras, e a mudança cultural. Em relação as novas políticas e procedimentos com a institucionalização da acreditação, ainda na etapa de habitualização, foi constatado que foram inseridas 54 (cinquenta e quatro) políticas, 200 (duzentos) planos e mais de 3.200 (três mil e duzentos) procedimentos operacionais padrões (POP's) na instituição por causa da institucionalização da acreditação internacional. Entre as políticas, as mais citadas foram: a política de gestão de pessoas; a política das metas internacionais de segurança do paciente; as políticas de gerenciamento de riscos, a política de sustentabilidade; a política de gerenciamento de contratos; a política de responsabilização do paciente (gestão para consentimento); e a política de cuidados com medicamentos de alta vigilância. No que tange a etapa de objetificação, a segunda etapa do processo institucional, as criações das comissões, do Qualis, do Programa Equalização e das sCOMSEQ no processo de acreditação internacional foram os grandes achados do hospital pública investigado para alavancar esta etapa do processo. Na etapa de objetificação foram organizados os monitoramentos dos resultados do processo, que são verificados anualmente quando se faz a

avaliação interna simulada. No que se refere aos custos, foi observado que, após a implantação da acreditação internacional os custos são apurados, mensurados e simulados por algumas das áreas da instituição, a partir dos indicadores de controle de infecção hospitalar, taxa de mortalidade por infecção e controle de eventos adversos. Apesar disso, os custos com a estratégia de acreditação internacional, aumentaram. Cabe ressaltar que, nesta etapa do processo foram relatados inúmeros desafios e, para enfrenta-los, foram criados programas, comissões e subcomissões para gerenciar e monitorar as demandas do processo de acreditação hospitalar internacional na instituição investigada. Além disso, foi revelado na etapa de sedimentação que, para a continuidade e manutenção da acreditação internacional, além das auditorias do Programa Equalização, a instituição busca sempre manter o processo incorporado nas rotinas diárias do hospital, ou seja, a instituição sempre tentar manter a cultura de qualidade e segurança para o paciente. Ademais, foi evidenciado que nova estrutura organizacional criada a partir da estratégia de acreditação internacional foi totalmente difundida e aceita pela instituição pública investigada. E por fim, na etapa de sedimentação foi revelado que, para superar ou reduzir as resistências operacionais na instituição com o processo de acreditação internacional, foi necessário a conscientização dos colaboradores de que a iniciativa da estratégia de acreditação foi da alta direção do hospital. Além disso, para a redução das resistências, foi fundamental o comprometimento e a motivações das lideranças da instituição, dando apoio e significado ao processo de acreditação, além de incentivar a incorporação da cultura de segurança do paciente.

4.4 VALOR PÚBLICO

De forma geral, o valor público pode ser compreendido como o conjunto de benefícios concedidos aos cidadãos, oriundos do resultado de políticas governamentais e do planejamento estratégico específico das organizações em cada área de interesse. Para compreender quais foram os elementos de valor público criado com a institucionalização da acreditação hospitalar internacional e como foi dada a legitimidade no final do processo do hospital público investigado, esta seção foi dividida em dois temas: valor público na saúde e legitimidade. Os dados primários e os dados secundários desta seção foram analisados com a análise de conteúdo.

4.4.1 Valor público na saúde

O valor público na área da saúde tem uma finalidade bem mais ampla do que a simples explanação de valores financeiros (Schlichter, Svejvig & Andersen 2014). Na área da saúde o

valor público não é a soma das preferências individuais, mas a combinação de metas politicamente mediadas e definidas coletivamente por uma variedade de partes interessadas (Simonet 2017a). Por esse motivo, este tópico foi subdividido em três partes: criação de valor; mensuração do valor público; e indicadores de valor público.

4.4.1.1 Criação de valor público

Para identificar quais são os elementos de valor público criados com a institucionalização do processo de acreditação hospitalar internacional, foi elaborado o Quadro 41. Neste subtópico foram analisadas as respostas dos grupos A, B e C.

Quadro 41 – Percepções do grupo A sobre a criação de valor público no hospital público acreditado

C.E.	Categoria de 1ª. ordem: Valor público - Categoria de 2ª. ordem: Valor público na saúde Categoria de 3ª. ordem ou unidade de registro: Criação de valor Unidade de contexto: fragmentos essenciais
A1	“Para a sociedade? Eu acho que a credibilidade. A gente consegue passar maior credibilidade e segurança no trabalho que realiza, acho que isso se fortalece, com certeza.”
A2	“[...] Então, eu entrego para a sociedade profissionais melhores . Na assistência aos pacientes, quando eu reduzo a infecção , por exemplo, eu reduzo letalidade e morbidade . Quando eu reduzo incidentes na assistência eu estou reduzindo isso. Quando eu promovo a discussão, que a acreditação sempre fala da participação do paciente no seu cuidado, eu também estou criando valor assim. Eu estou respeitando a vontade do paciente , o que importa para o paciente. Quando eu poupo dinheiro, porque eu não tenho infecção, eu não gasto dinheiro em antibiótico para tratar os pacientes. Ou quando eu reduzo morbidade e por isso eu reduzo os custos da internação hospitalar, eu também estou entregando isso para a sociedade [...], quando eu acho que o hospital tem que ter qualidade e segurança , isso também é um valor para a sociedade. Então, eu estou falando de respeito e consideração . E esses são valores que perpassam tudo isso. Para o paciente, para o profissional que está sendo formado, para o profissional que trabalha aqui, para a sociedade, para o governo que nos financia.”
A3	“[...] eu entendo o que que acreditação internacional ela possibilita que a instituição ofereça serviço de melhor qualidade e mais seguro e ao longo do tempo [...], eu acho que a gente tem o benefício fundamental que é oferecer para a sociedade um hospital mais seguro [...], um outro benefício, que daí é mais na esfera da gestão interna do hospital, é que com certeza o hospital ele passa a ser visto de uma outra forma, ou seja, ele tem uma imagem significativa, que possibilita ganhos adicionais, em contratos e recursos de fomento, seja para pesquisa, seja para desenvolvimento, de órgãos governamentais ou até de entidades privadas. Então, eu acho que são os dois principais benefícios que eu vejo, um benefício para a sociedade na questão da segurança e um benefício para quem faz a gestão da instituição. Eu destacaria assim, como a questão fundamental, principal de todo esse processo, é realmente a criação de uma cultura de segurança... ”
A4	"Eu acho que é a qualidade e segurança dos processos assistenciais . Na verdade, é garantir a qualidade daquilo que a gente está entregando para a sociedade, da assistência, enfim, de todos os processos que são realizados aqui no hospital..."
A5	“Difícil, muito difícil. Difícil não por causa da acreditação, difícil para qualquer projeto na nossa área pública, sabe? Porque quando a gente concebe um projeto, vamos chamar a acreditação de um projeto, ela é um projeto [...], então, quando se defendeu a ideia de ter a acreditação aqui, eu gostaria de que essa pergunta estivesse escrita no projeto, entendeu? Eu sinto muita dificuldade, e vejo também em outros grupos, de apresentar qual vai ser o retorno [...], eu não vejo isso aqui no hospital, a gente ainda peca por não ter o custo-benefício, ter o custo versus o benefício [...], eu diria assim: a sociedade percebeu uma resolutividade maior... ”
A6	“Eu resumiria em um hospital mais seguro, não tem muito o que falar além disso [...], mas eu acho que para a sociedade é isso: ter um hospital mais seguro. ”
A7	“Eu diria que são diversos, por exemplo, o próprio reconhecimento internacional de publicações , principalmente da área assistencial que tem um retorno...”
A8	" Melhoria no atendimento, melhoria no ensino. Bah! Muitos benefícios, nem podia citar todos aqui..."

A9	“[...] a acreditação trouxe muitos benefícios para uma instituição que já tinha um grau de preparação, uma maturidade com relação à segurança do paciente , mas é aquilo que eu disse: tornou-se mais fácil fazer a prática de segurança a partir da acreditação, que modificou processos de trabalho. Disseminou o que a gente já estava fazendo, incluiu pessoas de uma forma sistemática e com cobrança, e que conseguiu difundir a cultura de segurança , o que facilitou o nosso trabalho em relação as medidas preventivas de infecção... ”
A10	“Para mim a cultura da segurança . Primeiro, é que passa uma credibilidade maior, o hospital que cuida melhor, que está mais atento aos processos [...], ele quer sim ser um hospital diferente, um lugar mais seguro, um lugar bom de trabalhar, um lugar que o profissional se sinta seguro . [...], o hospital, com acreditação, o resumo de tudo é: ser um local seguro para eu ser paciente e para eu ser profissional [...], com o movimento da acreditação, eu acho que a gente acaba tendo como consequência indicadores melhores [...], é um jeito de pensar diferente [...], eu acho que são muitas coisas que contribuem para te ter aquele resultado ali e muito movido pela acreditação, porque ela te instiga, ela te coloca na obrigação de pensar nas coisas, de redesenhar processos, de olhar a forma que tu estas fazendo.”
A11	“Cada vez melhora os nossos indicadores em termos de taxa de infecção . A gente melhora os nossos indicadores em termos de cirurgia segura . Um reflexo nos indicadores de qualidade do hospital com processos mais bem desenhados e com maior qualidade. Acho que é isso. Para a sociedade é a segurança no cuidado do paciente, o menor risco de evento adverso para o paciente [...], a chance de eu realizar um procedimento errado, a chance de eu contrair uma infecção é muito menor [...], ter uma instituição de cuidado de saúde com qualidade e com segurança .”

Fonte: Elaborado pela autora.

De acordo com as respostas dos entrevistados do grupo A, evidenciados no Quadro 41, os elementos de valor público criados com o processo de acreditação hospitalar no hospital público investigado são: credibilidade; profissionais capacitados; redução de letalidade e morbidade; respeito e consideração ao paciente; redução de custos; serviço de melhor qualidade no atendimento; mais segurança para o paciente e para o profissional (hospital mais seguro); melhoria da imagem da instituição; maior resolutividade; reconhecimento internacional de publicações; melhoria do ensino; melhoria dos indicadores; redução de infecções; cirurgia mais segura; e menor risco de evento adverso.

Cabe destacar que os elementos valor público mais citados, pelos entrevistados do grupo A, foram: um hospital mais seguro, incluindo a segurança para o paciente e profissional, e a cultura de segurança (8 observações), e a melhoria da qualidade dos serviços prestados no hospital (4 observações). Além dos benefícios coletivos para a sociedade, ou seja, o valor público entregue para a sociedade, de acordo com o diretor administrativo da instituição (entrevistado A3) o processo de acreditação também trouxe um valor público extra que beneficiou diretamente a gestão do hospital: melhoria da imagem da instituição. Sendo assim, o hospital conseguiu ter ganhos adicionais com contratos e recursos de fomento, tanto na pesquisa quanto no desenvolvimento da instituição.

Outro ponto interessante foi o relatado pela entrevistada A5, ou seja, a assessora de planejamento e avaliação. Na percepção dessa participante, é muito difícil em qualquer projeto dentro da área pública, como por exemplo, a estratégia de acreditação internacional, seja explícito no projeto o retorno do investimento, ou seja, no projeto da estratégia de acreditação

internacional do hospital investigado não foi anunciado e nem divulgado qual seria o custo versus o benefício.

Para verificar as percepções do grupo B em relação a criação de valor público com o processo de institucionalização da acreditação internacional no hospital investigado, foi elaborado o Quadro 42.

Quadro 42 – Percepções do grupo “B” sobre a criação de valor público no hospital público acreditado

C.E.	<p>Categoria de 1ª. ordem: Valor público - Categoria de 2ª. ordem: Valor público na saúde</p> <p>Categoria de 3ª. ordem ou unidade de registro: Criação de valor</p> <p>Unidade de contexto: fragmentos essenciais</p>
B1	<p>“[...], reduziu o número de mortos no hospital [...], mas, tem outras coisas que é mais difícil de mensurar, assim, de segurança para o paciente [...], talvez na questão de redução de processos contra o hospital por erros. Os benefícios são muito intangíveis e vão continuar sendo [...], a questão de qualidade e segurança [...], e eu acho que um dos grandes benefícios da acreditação foi fazer a gente da sair da nossa casinha e circular e conhecer outros serviços e ter uma interação maior entres as diferentes áreas do hospital...”</p>
B2	<p>“Eu acredito que a segurança para o paciente é a primeira para mim. A segurança dos pacientes; a melhoria dos processos; a própria imagem da instituição, a imagem, que é muito importante [...], e isso torna um referencial para os hospitais públicos [...], hoje ela, a acreditação, já está enraizada dentro da instituição. E tu vê isso, eu acho que é um grande ganho quando a gente consegue mapear processos, mudar processos, abre o teu olhar, saí de dentro do teu casulinho e consegue abrir a tua visão [...], eu me senti bem orgulhosa quando chamaram agora para a gente ver como estão os processos. E eu disse: “a gente pede para todos os fornecedores, para todos os gestores e fiscais, como está a execução”, e isso foi legal, entendeu? Porque é o resultado do trabalho [...], é uma melhoria no serviço, porque eu estou contratando fornecedores que tem menos custos, que são eficientes, que tem alguém monitorando, que realmente o trabalho está valendo a pena. Querendo ou não, como é investimento da sociedade, valoriza...”</p>
B3	<p>“Ganha a tranquilidade de saber que está sendo atendido por pessoas capacitadas num hospital de referência [...], eu acho que a acreditação ela veio para qualificar e melhorar os nossos fluxos, ela nos dá segurança, a gente atende muito melhor os pacientes, a gente atende com mais tranquilidade. [...], segurança na saúde, que a gente entrega para esse paciente. O produto que a gente entrega é a saúde.”</p>
B4	<p>“Eu acho que eu retorno maior é a segurança que os pacientes têm, de estarem sendo atendido aqui. É a qualidade e a segurança. Se eu tivesse que escolher um hospital para fazer qualquer procedimento, eu escolheria o hospital, que é um hospital público. Mesmo podendo pagar por um hospital privado...”</p>
B5	<p>“[...], a questão do atendimento ao paciente, eu acho que isso melhorou, assim, eu acho que a questão relacionada ao atendimento ao paciente, entendeu? Todos os padrões e os processos que se criaram a partir da acreditação [...], o reflexo, o benefício disso é para toda a população de uma forma em geral...”</p>
B6	<p>“A melhoria da qualidade e a segurança dos processos, mas é basicamente é isso: melhorar qualidade e segurança dos pacientes. [...], retorno para a sociedade é na qualidade, acho que foi isso basicamente. Esse retorno, assim de aumento da instituição, também, na verdade com a qualidade, o governo, por si, ele percebe que é uma instituição que dá para valorizar. Essa qualidade até liberou todo esse aumento dessa infraestrutura [...], ter mais investimentos [...], qualidade e segurança, com certeza.”</p>
B7	<p>“Eu acho que o maior, assim, não sei se é para a sociedade, mas foi a segurança. Porque essa cultura da segurança veio muito forte, os processos de segurança, de saber que eu tenho que fazer aquilo pela segurança do paciente, pela segurança do profissional [...], eu acho a segurança e a qualidade foram as duas coisas que trouxeram, que foram os dois maiores benefícios para todos.”</p>
B8	<p>“Eu acho que é uma melhor qualidade no atendimento, com segurança. Acho que a principal questão ali, é uma questão muito de segurança, de procedimentos todo muitos definidos, para a segurança do paciente.”</p>
B9	<p>“Segurança, respeito, visibilidade, acesso, conhecimento [...], segurança para ele, para quem trabalha também, para nós também. Algumas situações de segurança, não segurança só técnica, segurança do ambiente[...], com as crenças e valores também isso deu um viés de respeito mesmo. Ninguém está perguntando qual é a melhor, simplesmente, é respeitar a crença da pessoa [...], a JCI permitiu que o hospital respeitasse todas as crenças. Isso significava que a gente não falava desse assunto. Na verdade, as pessoas, cada uma falava individualmente com o paciente [...], a JCI legitimou o grupo que já estava e fez a gente compartilhar com os outros [...], acho que a parte de crenças e valores é um outro item que não existia no hospital [...], [...], a JCI fez com que abrisse a porta de uma vez do que a gente já estava falando [...], essa é a palavra, legitimou, e é uma coisa pública, o respeito às crenças.”</p>

B10	“[...] a questão dos registros dos processos, quando eles são institucionalizados, ele dá segurança para o paciente e também para o profissional [...], o paciente, a sociedade, recebe da instituição a garantia do tratamento seguro [...], o grande ganho foi a questão da segurança. Para mim, todos os hospitais deveriam ser acreditados [...], a acreditação é um ganho para as instituições de saúde para melhorar os seus processos [...], eu vejo assim, você imagina quanto o governo iria economizar? [...], os riscos de infecção , o controle da infecção, quanto o hospital gasta pela infecção? [...], mais tempo de internação, mais tempo de gasto com o medicamento, com material, com tudo [...], mais falta de leitos, porque quanto mais tempo o paciente fica internado, menos rotatividade tem, mais falta de leito tem. ”
B11	“[...] eu acho que isso traz um benefício, uma segurança maior [...], um resultado melhor para o paciente. Eu acho que isso é fundamental. E mais qualidade no tratamento [...], no mínimo os hospitais escolas, deveriam ser acreditados e trabalhados, é isso...”
B12	“Para mim é garantir a segurança do paciente , ela trouxe isso [...], e a acreditação faz com que a gente, a gente não, faz com que o processo de trabalho venha garantir a não ocorrência de erros e a segurança do paciente, acho que o maior benefício é esse...”
B13	“[...] eu acho que a acreditação deu um molde para isso, de uma obrigação. Hoje, eu me sinto muito mais protegido e o meu paciente muito mais protegido quando eu aplico todas as regras, quando eu registro todas as regras...”
B14	“[...] hospital de qualidade , que preza pela segurança do paciente , que olha para os seus processos, que rever, que qualifica...”
B15	“A própria assistência para muito mais pacientes nesse Rio Grande do Sul, que não só Porto Alegre, porque tem gente de tudo quanto é lugar [...], eu vejo o retorno, principalmente, para os pacientes. No momento que eles estão aqui dentro, o quanto eles são bem atendidos [...], com segurança, a gente atende muito mais gente . Por quê? Porque a gente faz um procedimento, o tempo de internação deles diminuiu bastante . O benefício para a sociedade foi imenso. Hoje eu vejo também que tem muita gente que não tem mais plano de saúde e procura o atendimento aqui no hospital [...], então, eu acho que, realmente, ajudou tanto na nossa assistência, na qualificação da nossa assistência, como no atendimento a um maior número de pessoas [...], hoje a gente exige a qualidade do nosso trabalho como também a qualidade dos demais . Eu acho que a gente prioriza isso e a própria situação da segurança...”

Fonte: Elaborado pela autora.

De acordo com os entrevistados do grupo B, os elementos de valor público criados com o processo de acreditação hospitalar internacional, foram: redução da mortalidade; redução de processos contra o hospital; atendimento com mais qualidade; atendimento com mais segurança (para o paciente e para o profissional); melhoria do trabalho em equipe; aumento da interação com os funcionários; melhoria dos processos do hospital; melhoria da imagem do hospital; melhoria da visão dos funcionários; contratos com menos custos; capacitação ou qualificação dos profissionais; saúde; aumento da infraestrutura do hospital; aumento dos investimentos; respeito ao paciente; visibilidade para o hospital; acesso ao paciente; conhecimento ou aprendizado; respeito às crenças; redução de infecções; aumento de leitos; redução dos erros; redução do tempo de internação do paciente; e aumento do número de atendimentos.

Semelhante ao grupo A, no grupo B os elementos de valor público mais citados foram: o hospital mais seguro ou a segurança, tanto o paciente quanto para o profissional (14 observações) e melhoria da qualidade dos serviços prestados no hospital (9 observações). Porém, os entrevistados do grupo B, perceberam uma amplitude de elementos de valor público criados com o processo de institucionalização da acreditação internacional, que possivelmente

podem ser subdivididos em três categorias: valor público para a sociedade; valor público para os profissionais; e valor público para a instituição.

Cabe ressaltar que, além dos elementos de valor públicos que se assemelharam aos do grupo A, no grupo B, foi citado um valor público bem diferenciado que cabe destaque em relação aos demais: respeito às crenças dos pacientes. Este valor público parece bastante relevante para a sociedade, pois refere-se ao profissional saber lidar e respeitar as pessoas e suas convicções num dos momentos mais delicados de sua vida: no momento que ele está doente e é um paciente dentro de um hospital.

Outro destaque, é o valor público “contratos com menos custos”, sinalizado pela entrevista B2, que é a chefe de análise e controle do hospital, subordinada a coordenadoria de gestão financeira do hospital. Este valor público destaca-se por ser um valor que está diretamente relacionado com a eficiência dos novos processos do hospital, pois trata-se do custo-benefício para a sociedade. A experiência desta entrevistada com o processo de acreditação internacional aparentemente foi bem positiva, pois segundo seus relatos, a acreditação além de ampliar sua visão, trouxe a ideia de melhoria dos processos, especificamente na questão dos contratos, sugerida e recomendada pelo manual da JCI, que foi expandida para os demais contratos do hospital. Sendo assim, ela pode perceber o valor público que foi criado a partir da mudança dos processos.

Para analisar as percepções dos representantes da sociedade, ou seja, do grupo C, sobre o valor público criado com o processo de institucionalização da acreditação internacional no hospital público investigado, foi elaborado o Quadro 43.

Quadro 43 – Percepções do grupo C sobre a criação de valor público no hospital público acreditado

C.E.	Categoria de 1ª. ordem: Valor público - Categoria de 2ª. ordem: Valor público na saúde Categoria de 3ª. ordem ou unidade de registro: Criação de valor
	Unidade de contexto: fragmentos essenciais
C1	“Nós podemos observar, por exemplo, na emergência do hospital, uma melhora significativa no atendimento do paciente [...], aquela superlotação que nós vimos alguns anos, não existe, então, o ambiente ficou propício para o tratamento das pessoas que realmente precisa, isso qualificou a estadia do paciente [...], a segurança nos procedimentos do paciente [...], qualidade no atendimento e permanência aqui dentro.”

C2	<p>“O retorno é que, é como eu te disse antes, é um hospital público que atende a população de Porto Alegre, da região metropolitana e do Brasil, que tem muita gente que vem de fora fazer certos tratamentos, fora do estado Rio Grande do Sul. Então, o retorno, eu acho que ele tem um retorno educativo, vamos chamar assim, não pela faculdade médica que forma os alunos, mas educativo, ou pedagógico que seria o seguinte: uma instituição pública pode funcionar bem. Num país que tem uma tradição de queixas sobre o funcionamento da instituição pública, eu acho que isso é um valor. O segundo o retorno é a qualidade em si do serviço. Então, há um retorno, certamente, por ter esforço de buscar acreditação internacional. E mostrar que uma ação pública pode ter um padrão de qualidade internacional. Eu acho que esse é um benefício [...], então, a acreditação ela tem que ser associada a eficiência. Claro que, o custo da acreditação direto é bancado pelo setor público [...], então, a acreditação, na verdade, ela tem que ser vista como algo que vai dar mais condições financeiras gerais para o hospital. Vai melhorar um pouco alguns custos a médio prazo, por razões da eficiência, e vai garantir fluxos de receitas, na medida que, ele seja, inclusive, recompensado com mais subvenções públicas por causa disso. [...], O hospital, por exemplo, tem os contratos com os gestores, o contrato com a secretaria de saúde do estado, do município, etc. Esses contratos, hoje, é uma situação difícil porque está todo o setor público com fortes restrições orçamentárias. Mas, é um trunfo para o hospital na negociação com o gestor do SUS, “quer ter negociação? Quer ter hospital de qualidade para a população de Porto Alegre?”. Inclusive, o hospital pode usar até os meios de comunicação para dizer, “olha, nós estamos com dificuldades, porque o gestor não está nos pagando, nós somos um hospital de qualidade”. Aí, o gestor vai se sentir, desde o prefeito ao governador do estado, ao secretário da saúde, vão se sentir propensos a fazer um contrato que repasse mais recursos para o hospital [...], então, o impacto, até o impacto indireto, estou dizendo assim, se eu sou um cidadão porto alegrense, eu estou morando aqui, a acreditação, indiretamente, pode me beneficiar. Porque pode ser que a secretaria da saúde do município, faça um contrato e dê mais vaga, ou que permita uma produção como eles chamam no hospital, maior de assistência médica, e que vai melhorar a vida do cidadão porto alegrense.”</p>
C3	<p>“Eu resumiria isso tudo em uma palavra apenas, que é confiança. Eu resumo nisso.”</p>
C4	<p>“[...], os próprios procedimentos realizados na instituição e a credibilidade do próprio hospital, fazem com o quê ele seja reconhecido internacionalmente pelos serviços de especialização prestados nessa instituição. E por isso, da necessidade do reconhecimento dos trabalhos realizados ali fazem com quê ele seja credenciado e reconhecido, mas ele precisa ser trabalhado também pela população e ter reconhecimento da sociedade [...], eu sou uma pessoa do interior, a gente já acompanhou pessoas que vem do interior encaminhadas para alguma especialidade que o hospital é referência para nós e alguns municípios do interior [...], pelo conhecimento que eu tenho, todas as pessoas encaminhadas pela nossa região, só tem elogios. É muito bom o atendimento ali, em todas as especificidades que ele está credenciado a atender.”</p>

Fonte: Elaborado pela autora.

De acordo com os entrevistados do grupo C, ou seja, os representantes da sociedade, os elementos de valor público criados pelo processo de institucionalização da acreditação internacional no hospital público investigado podem ser: qualidade do atendimento ao paciente; segurança do paciente; valor educativo; padrão de qualidade internacional; eficiência; redução de custos para o hospital; poder de negociação; aumento de recursos; aumento de leitos; confiança; e credibilidade.

O valor público destaque deste grupo é o “valor educativo”. De acordo com o entrevistado C2, este valor seria um retorno educativo para a sociedade em geral, para mostrar que uma instituição pública pode funcionar bem e que pode ter um padrão de qualidade internacional, assim como os hospitais privados. Além disso, o entrevistado C2 também comentou sobre o poder de negociação que um hospital público acreditado internacionalmente possivelmente pode conseguir com os gestores do SUS no momento da assinatura do contrato. Este relato, confirma as informações dadas pelo diretor administrativo do hospital investigado, que comentou que a estratégia de acreditação internacional possibilitou ganhos adicionais em

contratos e recursos de fomento, tanto para pesquisa, quanto para desenvolvimento, de órgãos governamentais, mesmo com as restrições orçamentárias atuais, e de entidades privadas, ou seja, trouxe um benefício extra para quem faz a gestão da instituição.

Mesmo após apontar os elementos de valor público no hospital investigado com a institucionalização do processo de acreditação, o entrevistado C4 afirma que existe ainda necessidade de divulgação para a sociedade dos trabalhos que estão sendo realizados na instituição, sendo assim, além de acreditado, a instituição seria também reconhecida.

Com a finalidade de analisar e comparar os elementos de valor público percebidos pelos entrevistados dos três grupos analisados (A, B e C), foi elaborado o Quadro 44, que evidencia o valor público na saúde, subdividido por três categorias: valor público para a sociedade; valor público para os profissionais; e valor público para a instituição.

Quadro 44 – Categoria de valor público na saúde

Grupo	Categoria de valor público		
	Valor público para a sociedade	Valor público para os profissionais	Valor público para a instituição
A	Redução de letalidade; redução morbidade; respeito e consideração; melhor qualidade no atendimento; mais segurança para o paciente; maior resolutividade; e melhoria do ensino;	Profissionais capacitados ou qualificados; mais segurança para o profissional;	Credibilidade; redução de custos; melhoria da imagem; melhoria dos indicadores; reconhecimento internacional de publicações; menor risco de evento adverso; redução de infecções; e cirurgia mais segura;
B	Redução da mortalidade; atendimento com mais qualidade; mais segurança para o paciente; saúde; respeito ao paciente; mais acesso ao paciente; respeito às crenças; e aumento de leitos;	Atendimento com mais segurança para o profissional; melhoria do trabalho em equipe; aumento da interação; capacitação ou qualificação dos profissionais; melhoria da visão dos funcionários; conhecimento ou aprendizagem;	Redução de processos contra o hospital; melhoria dos processos do hospital; melhoria da imagem do hospital; contratos com menos custos; aumento da infraestrutura do hospital; aumento dos investimentos; visibilidade para o hospital; redução dos erros; aumento do número de atendimentos; redução do tempo de internação do paciente; e redução de infecções;
C	Qualidade do atendimento ao paciente; segurança do paciente; valor educativo; aumento de leitos; e confiança;	-	Padrão de qualidade internacional; eficiência; redução de custos para o hospital; poder de negociação; aumento de recursos; e credibilidade.

Fonte: Elaborado pela autora.

Comparando as percepções dos três grupos (A, B e C) sobre a criação de valor público, percebe-se que o grupo B apontou mais elementos de valor público criados com a institucionalização do processo de acreditação internacional no hospital investigado. Talvez a percepção deste grupo tenha sido mais ampla devido o contato direto dos profissionais com o processo e com os pacientes, pois neste grupo a maioria dos entrevistados são médicos, enfermeiras, farmacêuticos e técnicos de enfermagem. Em virtude disso, alguns elementos de valor público diferenciados tenham só sido percebidos e apontados por eles, como: respeito às

crenças; redução de processos contra a instituição; aumento da interação dos funcionários; melhoria da visão dos funcionários; contratos com menos custos; e conhecimento ou aprendizagem. Para compreender e identificar quais elementos de valor público que foram criados no hospital investigado com o processo de acreditação internacional são tangíveis ou intangíveis, a pesquisa elaborou o Quadro 45, que evidencia uma estrutura que divide os elementos de valor público por categoria (valor público para a sociedade; valor público para os profissionais; e valor público para a instituição) e por tipo de valor público (tangível; e intangível).

Quadro 45 – Categoria e tipo de valor público na saúde

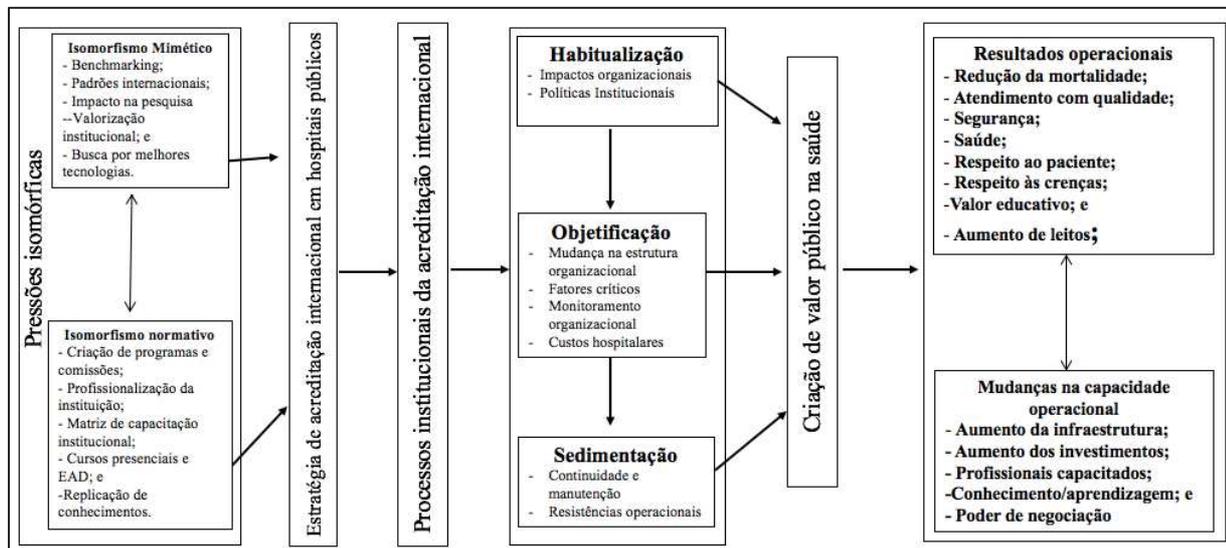
Tipo de valor público	Categoria de valor público		
	Valor público para a sociedade	Valor público para os profissionais	Valor público para a instituição
Tangível	Redução de letalidade; redução morbidade; qualidade no atendimento; segurança para o paciente; maior resolutividade; melhoria do ensino; redução da mortalidade; aumento do acesso ao paciente; e o aumento de leitos;	Capacitação ou qualificação dos profissionais; segurança para o profissional; e o conhecimento ou a aprendizagem;	Redução de processos contra o hospital; melhoria dos processos internos do hospital; redução de custos; melhoria dos indicadores; menor risco de evento adverso; redução de infecções; cirurgia mais segura; contratos com menos custos; aumento da infraestrutura do hospital; aumento dos investimentos; aumento de recursos; redução dos erros; aumento do número de atendimentos; redução do tempo de internação do paciente; padrão de qualidade internacional; eficiência; e o reconhecimento internacional de publicações;
Intangível	Respeito ao paciente; consideração ao paciente; saúde; respeito às crenças; valor educativo para a sociedade e para outras instituições; e a confiança;	Melhoria do trabalho em equipe; aumento da interação; e a melhoria da visão dos funcionários;	Credibilidade; melhoria da imagem da instituição; visibilidade para o hospital; e o poder de negociação;

Fonte: Elaborado pela autora.

Percebe-se no Quadro 45 que, na instituição investigada foram percebidos 42 (quarenta e dois) elementos de valor público criados com o processo de acreditação internacional. Verifica-se também que foram percebidos mais elementos de valor público tangíveis (29 elementos) do que intangíveis (13 elementos). É interessante compreender e entender quais os tipos existentes de elementos de valor público, pois dessa forma fica mais fácil identificar quais elementos são mais quantificáveis e fáceis de serem mensurados e quais elementos são mais complicados e difíceis de serem quantificados e mensurados, e futuramente, se for o caso, quais são os elementos que poderão ser contabilizados na instituição. A Figura 30 ilustra alguns dos elementos de valor público encontrados no hospital público investigado e acreditado

internacionalmente, que estão relacionados com o processo de institucionalização de Tolbert e Zucker (1999) e a teoria de valor público de Moore (1995).

Figura 30 – Criação de valor público no processo de institucionalização da acreditação internacional



Fonte: Elaborado pela autora.

Percebe-se na Figura 30 que, logo após o fim do processo a institucionalização da acreditação hospitalar internacional, os benefícios coletivos foram percebidos pela instituição, ou seja, os elementos de valor público foram percebidos assim que ocorreu a sedimentação do processo do processo de institucionalização. Nota-se, também, que os valores encontrados categorizados como “valor público dos profissionais e valor público da instituição” tem forte relação com a segunda dimensão do triangulo de Moore (1995), ou seja, com a “capacidade operacional”, como por exemplo, aumento da infraestrutura; aumento dos investimentos; profissionais capacitados; conhecimento/aprendizagem. Portanto, ao mesmo tempo que se cria valor público, estão sendo criadas as capacidades operacionais da instituição. Além disso, nota-se que a maioria dos elementos de valor público encontrados são tangíveis, ou seja, são fáceis de mensurar. Porém, existem elementos percebidos pelos entrevistados no hospital investigado que são intangíveis, ou seja, difíceis de ser mensurados pela complexidade do valor público, como por exemplo, a credibilidade, o respeito ao paciente, o respeito às crenças, a imagem e a confiança das pessoas. Para compreender como está sendo realizada a mensuração do valor público no hospital investigado, a pesquisa no próximo tópico abordará o tema “mensuração”.

4.4.1.2 Mensuração do valor público

De acordo com De Graaf & Paanakker (2015) e Simonet (2017a) existe valor público que é visivelmente prático e quantificável em termos monetários, mas outros valores, além de

apresentarem resultados somente em longo prazo, são bem mais difíceis de quantificar. Logo, para identificar como foram mensurados os elementos de valor público, no hospital investigado, foi questionado para os entrevistados sobre como o valor público foi efetivamente mensurado com a institucionalização da acreditação hospitalar internacional e, principalmente, foi questionado quem participa desse processo de mensuração do valor. Além disso, para completar a questão, também foi indagado se existe um processo formal na instituição para identificar os valores públicos criados com a institucionalização da acreditação internacional. As respostas dos entrevistados foram resumidas no Quadro 46. Neste tópico, foram analisadas as respostas do grupo A e B.

Quadro 46 – Mensuração do valor público percepções do grupo “A”

Categoria de 1ª. ordem: Valor público - Categoria de 2ª. ordem: Valor público na saúde	
Categoria de 3ª. ordem ou unidade de registro: Mensuração do valor público	
Unidade de contexto: fragmentos essenciais	
A1	“Não sei se só perante o processo de acreditação, porque hoje a Instituição trabalha com vários indicadores estratégicos para mensurar até o próprio processo para poder implantar melhorias, e eu acho que isso é independente da própria acreditação. [...], e a gente já tem toda a questão, consigo trabalhar também com BSC, e poder se olhar para esses indicadores estratégicos, eles também já dão subsídios para poder se trabalhar [...], mas acho que a acreditação fez com que se lançasse um olhar diferente, poder elencar o que são os indicadores e o que são necessários para ser mensurados...”
A2	“Acho que não. Sistemico, não! Acho que a gente poder fazer isso. Entrevistadora: Não existe um processo que identifica quais foram os valores que foram criados nesse processo? Entrevistada: Não!”
A3	“É uma boa questão, assim. Na verdade, a gente nunca se estruturou formalmente para isso. O que a gente percebe é que em momentos pontuais assim, a gente acaba buscando um ganho, a partir da divulgação desse valor que foi adicionado, a partir da acreditação. Então, é muito de oportunidade e não de uma organização pensada para isso. Acho até que seja uma falha nossa. A gente deveria pensar assim, de uma forma institucional, como é que a gente poderia valorizar mais essa conquista e partir dela. Buscar algumas, outras, alguns dos benefícios, mas a gente tá trabalhando para isso, mas eu acho que pode melhorar bastante isso ainda na Instituição.”
A4	“[...], tem alguns indicadores que a gente acompanha, daí são indicadores bastante específicos que medem nas áreas a questão da qualidade e segurança [...] a gente tem vários indicadores estratégicos [...], é pelos indicadores, eu acredito...”
A5	“Eu nunca vi, o que eu vejo é isso: a gente é acreditado. Tem o percentual de quanto a gente é de adesão lá, 95%, 96, tem um indicador estratégico que mede isso, porque vem a resposta do relatório. Eu vejo as reuniões nos auditórios grandes que chamam toda a comunidade para dizer: “Olha, conseguimos, foi bom, obrigado, não sei o que...”. Eu não, eu vejo, nessas reuniões, mostrar onde é que está se pegando para poder melhorar. Mas a tua pergunta é objetiva. Como? Eu nunca vi. Eu tenho curiosidade de saber a resposta disso das outras pessoas. Eu vou ver o relatório depois de todo mundo?”
A6	“A gente tem uma sorte de indicadores de processos que a gente monitora. Então, por exemplo, quedas. A gente viu que o número de quedas no hospital caiu muito desde que a gente começou a acreditação, que a gente começou a avaliação sistemática dos pacientes, identificação dos pacientes com risco para a queda e implantação de medidas e educação do paciente, então isso, de certa forma, é uma medida de qualidade...”
A7	“Sim. É sempre durante o processo, antes, prévio, durante e depois sempre tem um acompanhamento de todo mundo. Não só os envolvidos, claro os envolvidos acabam se empolgando mais, e sabem tudo que acontece. Existe uma prestação de contas do objetivo [...], assim, tem indicadores, estão nos murais. Entrevistadora: E quando os valores são intangíveis? No caso, eles pedem ajuda ao setor de contabilidade, para ver como vai mensurar isso? Entrevistada: Não! O problema é que não. Nós não temos, eu te confesso, nem está registrado esse nosso intangível contabilmente, porque eu teria que mensurar e eu não tenho essa mensuração. Você já descobriu algum hospital que já tenha registrado esse intangível? [...], sabe por quê? Nós temos intangíveis no hospital, aqui tem um instituto de inovação no hospital, que estou tentando, estou batalhando para conseguir juntar isso e registrar...”

A8	“Eu não sei te responder essa pergunta com segurança, mas eu acredito que sim, porque como que tu vais fazer uma avaliação de um processo de acreditação como um todo, num hospital desse tamanho? Com todas as especialidades que têm! A gente tem, por exemplo, tem uma avaliação global que é feita no teatro, com a participação da presidente do hospital...”
A9	“A gente mede o custo. Posso mostrar uma coisa aqui? A gente tem os nossos indicadores de infecção hospitalar e todo mês a gente gera quatro relatórios, um desses relatórios é de consumo de antibióticos e custo. Vou te mostrar um deles [...], os relatórios são de infecção hospitalar, de processos, ou seja, a gente está vendo que o processo de prevenção de infecção está ocorrendo [...], a gente tem uma meta, a gente acordou que a gente pode gastar 15 reais por paciente por dia de antibiótico. Baseado no nosso histórico, a gente falou: “vamos construir essa meta”, e eu acho que, a gente trabalhando essa meta, a gente não traz dano ao paciente, obviamente, e a gente não está esbanjando recurso [...]. Entrevistadora: Essa meta é divulgada externamente? Entrevistado: Externamente, não! Todos esses quatro relatórios que você está vendo aqui, vão todos para a divulgação interna, todas as chefias de serviço recebem [...], a gente tem muita dificuldade, eu não sei, e os hospitais em si não gostam de divulgar os seus números, mesmo os números bons. A gente nota que essa divulgação externa dos indicadores, mesmo que positivos, ou até negativos, se você se dispõe a divulgar o indicador consumo de antibiótico, não vai deixar de divulgar quando ele está ruim, porque vem gente cobrando...”
A10	“Eu acho que o que a gente tem, uma coisa que são os indicadores, que cada capítulo tem o seu indicador, então, eu tenho indicadores que são da farmácia, como serviço de farmácia, eu tenho indicador que é do capítulo da JCI. Então, eu olho para esse processo, mas eu não olho sozinha, eu olho e repasso para o Qualis, que ele tá olhando todo o processo [...], todo mês é analisado, tem um sistema de indicadores que mensalmente coloca ali, alimenta ele, tudo que não atingiu a meta, está em amarelo e está em vermelho, têm que fazer uma análise crítica, um plano de ação, e trabalhar para poder superar esse resultado.”
A11	“Por exemplo, a gente tem a comissão de infecção hospitalar que acompanha os indicadores de infecção hospitalar [...], a gente tem, além da comissão de infecção hospitalar, a comissão de cateteres e eles fazem todo um acompanhamento do processo, desde instalação até manutenção de cateteres. Se eu traço uma meta dos cateteres implantados dentro da instituição, é aceitável uma taxa de infecção de cinco por cento. Isso ano a ano vai reduzindo. O teu objetivo é diminuir essa taxa. Você tem comissões que acompanham “n” indicadores. Entrevistadora: Essas comissões, elas que mensuraram, não é? Entrevistada: Isso. [...], a própria gerência de risco aqui, que trabalha com eventos adversos. A gente mensura o número de eventos analisados com o plano de ação em determinada margem de tempo. Isso agora eu devolvo para a instituição. Eu apresento.”

Fonte: Elaborado pela autora.

De acordo com a entrevistada A2, que é a coordenadora do Programa Qualis, não existe um processo formal que mensure o valor público criado com a institucionalização do processo de acreditação internacional no hospital investigado. O diretor administrativo, entrevistado A3, também confirmou que realmente a instituição ainda não se estruturou formalmente para mensurar o valor público criado. No momento, de acordo com esses dois entrevistados, o valor público criado pelo processo de acreditação internacional é percebido, porém não é mensurado.

Em contrapartida, a coordenadora do serviço de gestão contábil, entrevistada A7, afirma que os elementos de valor público criados pelo processo de institucionalização da acreditação internacional, que são tangíveis, são mensurados individualmente pelos comitês de cada área de atuação da instituição, e que por intermédio de indicadores hospitalares, são prestadas as contas mensalmente, nos relatórios internos da instituição e nos murais do hospital. Porém, de acordo com a entrevista A7, o valor público intangível ainda é somente percebido, não é mensurado nem formalmente e nem informalmente e muito menos é registrado contabilmente. A questão do valor público intangível corrobora com as respostas dos entrevistados A2 e A3,

pois ambos, quando mencionaram os elementos de valor público, citaram apenas valores intangíveis, e para estes realmente não existe processo de mensuração. Em relação a resposta da entrevistada A7 sobre os valores tangíveis, esta é confirmada pelos demais entrevistados, pois todos os entrevistados, com exceção da entrevistada A5, também citaram e comentaram que a mensuração do valor público é evidenciada pelos indicadores hospitalares, principalmente o entrevistado A9, ou seja, o coordenador da comissão de infecção hospitalar.

O entrevistado A9 mostrou seus relatórios internos quando da observação não participante. O coordenador mostrou, por exemplo, o controle de reduções das infecções hospitalares. A redução de infecção hospitalar foi considerada um valor público pelos entrevistados. As mensurações de custos e os indicadores são elaborados, mensurados e utilizados pela CCIH para controlar as infecções hospitalares periodicamente. Esses relatórios são divulgados somente internamente e informalmente, ou seja, a sociedade externa não tem acesso a nenhuma dessas informações sobre as mensurações dos elementos de valor público.

A partir dos relatos dos entrevistados do grupo A, pode-se afirmar que os elementos de valor público criados pelo processo de institucionalização da acreditação internacional, que são tangíveis, são mensurados individualmente pelos comitês de cada área de atuação da instituição, e que por intermédio de indicadores hospitalares, são prestadas as contas mensalmente, apenas nos relatórios internos da instituição e nos murais do hospital. Porém, como já mencionado, elementos de valor público intangíveis ainda são somente percebidos, ou seja, não são mensurados pela instituição investigada nem formalmente e nem informalmente, e muito menos são registrados contabilmente. O Quadro 47 resume a percepção do grupo B sobre a mensuração do valor público.

Quadro 47 – Mensuração do valor público percepções do grupo “B”

C.E.	Categoria de 1ª. ordem: Valor público - Categoria de 2ª. ordem: Valor público na saúde Categoria de 3ª. ordem ou unidade de registro: Mensuração do valor público
	Unidade de contexto: fragmentos essenciais
B1	"[...] até onde eu sei, em praticamente em todas as áreas do hospital, pelas coisas que a acreditação pede, é que as áreas tenham indicadores, criem seus indicadores estratégicos e acompanhem. Assim, aqui a gente tem dificuldade grande na mensuração desses indicadores, mas, até onde eu sei, todas as áreas têm que ter um indicador que a gente vai acompanhar..."
B2	“Na verdade, é aberto à todas as lideranças, quando a acreditação está aqui, os resultados são abertos para a comunidade, na realidade, é aberto para a comunidade do HCPA. E tu consegue visualizar e ter o conhecimento de todos os resultados [...], eles fazem através de uma apresentação e aí eles demonstram o quê que a gente atendeu, o que não atendeu, porque não atendeu, o que tem que melhorar [...], tem o planejamento estratégico, eles tem os mapas que são os indicadores que são acompanhados periodicamente.”
B3	“Sim. Existem indicadores [...], a gente recebe, por exemplo, a gente recebe o planejamento estratégico, está lá e depois dentro de cada item, do planejamento estratégico, nós vamos receber os indicadores da questão do gerenciamento dos resíduos. A gente tem acompanhamento periódico [...], então, tudo o que aconteceu, tudo o quê teve impacto, tudo o que mudou está tudo dentro do relatório e todos tem acesso. Quem faz essa mensuração? É a nossa presidente e seus colaboradores...”

B4	"[...], então, o hospital ele tem uma gestão de indicadores, ele usa para o BSC se eu não me engano, que são indicadores institucionais, que eles são revistos anualmente e existem responsáveis por cada indicador. Eles são acompanhados mensalmente pela administração central e são indicadores que estão relacionados com a qualidade [...], existe uma meta de infecções que o hospital não pode exceder. Então, mensalmente são acompanhados os casos de infecção, pela própria comissão [...], e uma vez ao mês se discute uma reunião das lideranças da instituição. É divulgada internamente para as lideranças e nessa reunião mensal se olha todos os indicadores do hospital, que são marcadores, a gente..."
B5	"O Qualis acho que atua nisso... O Qualis atua no controle, mensuração e divulgação dos valores criados."
B6	"[...], é, nesse sentido mesmo, os indicadores são divulgados pelas chefias, a instituição tem reuniões com as chefias dos médicos, chefia de enfermagem, chefia administrativas e isso tudo é norteado por muitas dessas reuniões. Acho que uma mensal pelo menos, baseado em indicadores, para área médica, enfermagem e assistencial tem os indicadores assistenciais. Entrevistadora: E quem mensura esses indicadores? Entrevistada: As áreas. Entrevistadora: Cada área mensura os seus? Entrevistada: Cada área e é monitorado pela administração e os principais indicadores são levados para essas reuniões [...], então, ele faz a divulgação, nessas áreas, nessas reuniões, inclusive, através de boletins..."
B7	"Como é que foi medido? Tem os indicadores [...], que são as diversas áreas que coletam [...], tem algumas que são CCIH, alguns dados, tipo antibiótico profilático, parada em sala, aspiração gástrica em sala. É a gente que coleta na hora da cirurgia, quantidade de <i>checklist</i> , tudo isso são indicadores que a gente coleta, alguns a gente, alguns do CCIH, alguns do serviço da anestesia. E tudo isso vira indicador de qualidade e de segurança. E retorna para mim e o chefe, e a gente compartilham com as equipes."
B8	"A nossa direção tem todo um painel de indicadores com gerenciamento de todas as áreas. Então, eu imagino que toda área tenha criado os seus, para manter essa qualidade..."
B9	"Bom! A primeira coisa é o que são os indicadores, entender os indicadores, porque antes os indicadores eram do hospital e eram uma coisa da área. Agora as áreas estão olhando os seus indicadores com ajuda, porque a gente não está acostumado a ter."
B10	"Sim. Sempre. Sempre muito trabalhado os indicadores."
B11	"Sim! Nos temos indicadores! [...], é divulgado para nós através de gráficos e através de números. Que são expostos, sempre, em todos os setores. Se tu andar aqui na emergência tu vais ver o índice de lavagens de mãos. Que é muito batido pela acreditação, por causa da infecção hospitalar [...], e esses indicadores eles estão por toda a emergência."
B12	"Acho que a própria chefe da unidade [...], na verdade, a gente tem metas. E periodicamente, mensalmente, quando a gente recebe esses indicadores a gente vê se está [...], mas, a chefia da unidade, ela divulga e trabalha com as equipes esses indicadores."
B13	"Sim, existem. Eu acho que é atribuição do Qualis que vem trabalhando nisso, mostrando exatamente isso [...], mostrando o que era antes e o que é o depois em relação a todos esses eventos. É claro que tem um viés muito importante nessa mensuração, é porque quando a gente começa a ter o gerenciamento de risco a gente começa a falar sobre os eventos adversos e a registrar os eventos adversos e aí parece que é há um boom de eventos adversos [...], então assim, sendo um pouquinho mais objetivo com relação a tua pergunta: sim, existem pessoas fazendo essa mensuração e existe também um inconsciente coletivo vendo essas coisas na gente [...], algumas delas vem à tona com o processo e aí se a gente vai querer fazer uma coisa tangível e botar para o número de eventos adversos, provavelmente se a gente contar o número dos eventos adversos que o hospital teve nos últimos anos, ele teve um boom depois da acreditação, mas não é porque teve um boom real, porque a gente passou a mensurar."
B14	"É uma coisa, assim [...] quanto vem acreditação com elementos de mensuração, com detalhamento, tu passas a olhar o teu processo de forma diferente, e tu busca passar isso para tua equipe e para os teus funcionários."
B15	"Eu não sei responder ao certo, mas eu acho que próprio Qualis aqui, acho que cuida dessa parte. Em termos de divulgação disso tudo, a gente tem um serviço de comunicação, de eventos, dentro do hospital [...], realmente, a empresa aqui é uma coisa diferenciada. Tem os indicadores. [...], a gente está aprendendo a criar novos indicadores [...], eu até pedi uma ajuda para eles nessa parte de indicadores, porque isso impacta para mensurar, realmente, a efetividade do nosso trabalho..."

Fonte: Elaborado pela autora.

Percebe-se pela análise do Quadro 47 que, as informações dadas pelos entrevistados do grupo B sobre o processo de mensuração do valor público, estão mais detalhadas do que as informações dadas pelo grupo A. Com os relatos dos entrevistados do grupo B, ficou claro que realmente a mensuração dos elementos de valor público, que são tangíveis, são realizadas por

cada área da instituição. A partir da implantação da estratégia de acreditação, os comitês e as lideranças das áreas assistenciais e administrativas realizam periodicamente a coleta de dados dos elementos de mensuração de valor público tangíveis (etapa de habitualização). Após as mensurações, esses dados são transformados em indicadores. Esses indicadores são apresentados em reuniões mensais, para toda a sociedade interna da instituição, pelos comitês e pelas lideranças de cada área do hospital (etapa de objetificação). Além disso, após a apresentação dos indicadores para toda a instituição, os indicadores são expostos nos murais existentes no hospital. Ademais, esses indicadores são gerenciados e monitorados periodicamente pelo Qualis e são revisados anualmente pelo Qualis, pelos comitês e pela administração do hospital. E por fim, trienalmente, são realizadas as prestações de contas desses indicadores para os auditores externos da JCI (etapa de sedimentação).

Verifica-se na que, conforme os relatos dos entrevistados, os elementos de valor público são coletados e mensurados pelos comitês e pelas lideranças e são divulgados através de indicadores para a sociedade interna. Cabe ressaltar que, alguns dos entrevistados (B9 e B15) relataram sobre a dificuldade de mensurar os indicadores de valor público, mesmo sendo tangíveis, principalmente os entrevistados da área assistencial. Quando ocorre essa dificuldade de mensuração, segundo os entrevistados, pede-se ajuda da área administrativa, e geralmente quem ajuda nas dificuldades de mensuração são as assessoras de planejamento e avaliação. Portanto, pode-se afirmar que os elementos de valor público, tangíveis, são mensurados e divulgados para a sociedade interna da instituição investigada. Para compreender e identificar quais são os indicadores que estão relacionados ao valor público na instituição investigada, o próximo tópico discorre sobre este tema.

4.4.1.3 Indicadores de valor público

Neste tópico foi questionado para os entrevistados quais são os indicadores que apontam a criação de valores oriundos do processo de institucionalização da acreditação internacional. As respostas dos entrevistados do grupo “A” sobre os indicadores de valor público, foram ilustradas no Quadro 48. Neste subtópico foram analisadas as respostas dos grupos A e B.

Quadro 48 – Indicadores de valor público percepções do grupo “A”

C.E.	Categoria de 1ª. ordem: Valor público - Categoria de 2ª. ordem: Valor público na saúde Categoria de 3ª. ordem ou unidade de registro: Indicadores Unidade de contexto: fragmentos essenciais
A1	“Na intranet você encontra todo o Planejamento Estratégico com todos os objetivos [...], além do Planejamento Estratégico, a gente tem o Planejamento Tático e Operacional de cada área, que tem o próprio, o pessoal [...], alguns indicadores [...], são as capacitações [...], tudo isso é um trabalho novo...”
A2	“Todos e nenhum. Não é? Todos e nenhum, assim [...], é que a gente monitora, por um requisito da <i>Joint Commission</i> , as metas internacionais de segurança. E, monitora também, por um requisito do ministério, os protocolos de segurança do paciente [...], mas assim, a gente também acompanha o número de incidentes

	reportados e o número de incidentes graves dentre esses. Então, isso é um indicador por exemplo que a gente pode encontrar [...], tem outras, que talvez tenham sido direto. Por exemplo, nossa taxa de pessoas que fizeram um curso de capacitação, a reanimação [...], é um indicador que a CGP está olhando e está preocupada com isso [...], só nesse de verificação da cirurgia segura que não existia e gente estabeleceu [...], é porque a gente busca qualidade e segurança...”
A3	“[...] , tem vários indicadores, que as nossas áreas de monitoração de indicadores, elas avaliam, mas, fundamentalmente indicadores que garantam a maior segurança dos processos. Então, índice de lavagem de mãos, é um dos indicadores mais relevantes nisso, indicadores da identificação adequada do paciente em todos os momentos de interação das equipes assistenciais com paciente, lista de cirurgia segura , comprimento desses parâmetros. Então, tão tudo isso são indicadores que fazem com o quê o hospital seja um hospital mais seguro.”
A4	“Eu acho que aqui, olhando só a questão das melhores práticas que envolve a questão das infecções, né? A questão dos registros de eventos adversos , né? Acho que isso também acaba sendo um legado, a questão da média de permanência [...], a questão da meta 1, da percepção do paciente [...], acho que esses são alguns que eu lembro agora, assim.”
A5	“Tem um capítulo no relatório de gestão que é de acreditação. Provavelmente lá deve ser citado as metas internacionais , provavelmente lá deve ser citado que a identificação do paciente tem 97,5% de conferência, ou seja, quando eu vou dar uma medicação, eu confiro. Provavelmente lá nesse capítulo diz que as cirurgias seguras são garantidas no braço e na perna certa. Lá no relatório de gestão tem um capítulo de acreditação, eu só não acho que a nossa sociedade lê aquele capítulo.”
A6	“[...] , indicadores de controle de infecção, de higiene de mãos, indicadores das metas , o indicador que a gente criou, por exemplo, para esse processo de identificação do paciente. Então, a gente entrevista 18 pacientes todos os dias nas unidades abertas para perguntar para eles se eles percebem que os profissionais conferem a pulseira de identificação antes de dar o remédio, antes de coletar o exame, que são os momentos obrigatórios na nossa rotina [...]. Entrevistadora: Todos esses indicadores são não financeiros? Esses que vocês evidenciam. Entrevistada: Não financeiros. Entrevistadora: Não existe um indicador financeiro que evidencie a contribuição da acreditação? Entrevistada: Não.”
A7	“Na área assistencial foram criados diversos [...], em termos financeiros, contábil e administrativo, o indicador de aumento em repasse, de aumento imobilizado , só em obras em andamento tem quatrocentos milhões de reais em pouco tempo. Tudo aquilo que a gente vinha falando aqui que a sociedade, o quê refletiu socialmente em prol do hospital, os anexos...”
A8	“Consegue. Porque eu fui pego de surpresa agora, se você tivesse me dito que iria perguntar isso, eu iria procurar lê, né? Eu iria fazer uma colinha para mim. Mas tem, pode ter certeza.”
A9	“ Higiene de mãos é o nosso principal indicador de processo, talvez um indicador de qualidade, de cuidado com relação à infecção hospitalar [...], indicadores, por exemplo, que a gente às vezes mensura e nem sabe por que diminuiu, diminuiu porque as pessoas estão cuidando melhor de outra coisa que refletiu naquele indicador da infecção . O processo de cuidado é muito complexo, então às vezes tem variáveis que a gente não consegue mensurar e que são afetadas por um cuidado mais seguro que reflete no indicador [...], A gente fez muita coisa quanto ao custo, por exemplo, todos os antibióticos prescritos no hospital são auditados por nós, 100%. Tudo que eles prescrevem lá em cima a gente dá um parecer aqui embaixo: “olha, doutor, faça isso, faça aquilo, sugira reduzir o tempo, e aumentar a dose, etc.”.
A10	“Eu diria que são os indicadores de metas internacionais . Ele fica, esse relatório está disponível, não é uma coisa só em papel, tem dentro da página do hospital essas informações, mas elas são muito mais trabalhadas a nível interno. Eu não vejo, posso estar errada, mas eu não vejo uma preocupação do hospital em passar para a sociedade esse tipo de indicador, ele é de processo [...], eu acho que ele é muito mais de gerenciamento interno do que para prestar conta para a sociedade [...], o hospital, com acreditação, o resumo de tudo é: ser um local seguro para eu ser paciente e para eu ser profissional, não existe uma preocupação de ser divulgado, mesmo a nível de ministério, os indicadores da acreditação [...], eu tenho: o indicador de controle de infecção, de taxa de mortalidade, de cirurgia segura . Esses que eu te disse são os indicadores, que eu tenho, que são de processos, que estão previstos dentro das metas internacionais...”
A11	“O hospital ele vem com um número de indicadores que representa a qualidade do seu processo de trabalho. A taxa de infecção é um dos grandes indicadores da instituição. A taxa de eventos adversos graves . Analisar como a instituição analisa esses eventos adversos. Indicadores econômicos, de custo e investimento . De gestão de risco é de eventos adversos. É relacionado à segurança do paciente. Um dos indicadores de gestão de risco hoje voltado para a segurança assistencial é o número de eventos adversos graves analisados em determinado tempo e as ações realizadas para evitar.”

Elaborado pela autora.

De acordo com os entrevistados do grupo A, os indicadores que representam os elementos de valor público, que são tangíveis e que podem ser mensurados, e que foram criados com o processo de institucionalização da acreditação hospitalar internacional são: indicador de capacitação; indicador de incidentes graves; indicador de higiene de mãos; indicador de registros de eventos adversos; indicador de média de permanência; indicador de aumento em repasse; indicador de aumento imobilizado ou investimento; indicador de mortalidade; indicador de custo; e os indicadores de metas internacionais de segurança do paciente que são: meta 1: identificação adequada ou correta do paciente; meta 2: melhorar a eficácia da comunicação; meta 3: melhorar a segurança de medicamentos de alta vigilância; meta 4: garantir a cirurgia segura; meta 5: reduzir o risco de infecções; meta 6: reduzir o risco de danos aos pacientes resultantes de quedas (JCI, 2017).

Percebe-se que os indicadores citados que evidenciam o valor público criado com a institucionalização do processo de acreditação internacional, citados pela área assistencial, são indicadores não financeiros. Em relação aos indicadores financeiros que evidenciam o valor público criado com o processo de institucionalização da acreditação hospitalar internacional, pertinentes as áreas que não são assistenciais, como a área financeira, área contábil e área administrativa, a entrevistada A7, ou seja, a coordenadora de gestão contábil, apontou que são: os indicadores de aumento em repasse; e o indicador de aumento imobilizado. Possivelmente com esses indicadores é possível visualizar os elementos de valor público como: o aumento da infraestrutura do hospital; e o aumento dos investimentos.

Percebe-se no Quadro 48, pelos relatos dos entrevistados e pelos enunciados do manual da JCI (2017) que, soma dos indicadores de metas internacionais de segurança do paciente perfaz o indicador que evidencia o valor público principal do processo de acreditação internacional, que segundo os entrevistados, é o indicador da “segurança do paciente”. Além disso, percebe-se também que para estes indicadores, algumas informações dos entrevistados se contradizem, por exemplo, a entrevistada A1 afirma que esses indicadores de valor público estão disponíveis somente na intranet, relacionadas ao planejamento estratégico, dentro do planejamento tático e operacional, porque são indicadores internos e de processo. Outros (A5 e A10) afirmam que essas informações estão disponíveis externamente, possivelmente no capítulo de “acreditação”, dentro do relatório de gestão.

Em relação as percepções do grupo B, sobre os indicadores de valor público, o Quadro 49 apresenta as respostas destes entrevistados.

Quadro 49 – Indicadores de valor público percepções do grupo “B”

C.E.	Categoria de 1ª. ordem: Valor público - Categoria de 2ª. ordem: Valor público na saúde Categoria de 3ª. ordem ou unidade de registro: Indicadores
	Unidade de contexto: fragmentos essenciais
B1	“Tem um indicador que a gente está conseguindo melhorar bastante, é o tempo de espera para consulta no ambulatório para anestésico . Outro indicador que melhorou, mas que flutua bastante é a taxa de analgesias no centro obstétrico. Analgesia de parto... ”
B2	“Esse é aquele que eu te falei, que eu estou mais presente, que é um acompanhamento dos terceirizados . Na realidade a gente implantou em todos, mas a gente direciona mais para aqueles que são serviços prestados para atender o paciente. Isso para nós foi uma rotina.”
B3	“Aqui na nossa área, mais especificamente, uma coisa que teve um impacto bem importante, foi a questão da lei de dias . Por exemplo, o paciente tem 60 dias desde o diagnóstico até o início do tratamento [...], hoje a gente tem um resultado muito bom...”
B4	“Olha, no de controle de infecção, eu diria que seria o indicador de higiene de mãos... ”
B5	“Eu acho que da área da Elisa, na parte da capacitação, eles têm cursos da matriz, tem uma matriz, na verdade, de capacitação , em que todos nós temos que observar. Ele foi criado por conta da acreditação.”
B6	“Ah! Por exemplo, o indicador das metas internacionais , cada meta tem um indicador, os das metas principalmente. Cada meta tem um indicador e é medido em toda a instituição. [...], consegue ver a evolução sim. Em vários anos, inclusive.”
B7	“[...], são os indicadores do checklist de cirurgia segura , os indicadores do controle de infecção . Os indicadores do risco de queda dos pacientes [...], a gente tem os indicadores da nossa área, por exemplo, que são os periódicos dos funcionários , os cursos da matriz de capacitação...”
B8	“Sim. O hospital tem tudo isso no planejamento, tem todos os indicadores, isso é público [...], deveria em todos serviços terem esses indicadores, tem na intranet. Entrevistadora: A contabilidade ela tem indicadores para evidenciar? Entrevistada: Não! A gente ainda não tem, mas a gente sabe que essa demanda está chegando.”
B9	“[...], eu só consigo ver esse de eventos adversos que, para a nossa surpresa, vem aumentando...”
B10	“Eu acho que é o risco de quedas . A gente tem risco de quedas, a gente tem a questão das lavagens de mãos . Tem a questão dos exames periódicos. Eu acho que isso é bem evidenciado, bem trabalhado...”
B11	“ Segurança do paciente! Infecção! O nível de infecção . Esses dois foram fundamentais.”
B12	“Os indicadores assistenciais, pode ser, por exemplo, os indicadores de higienização das mãos , [...], quedas, indicadores de conferência de pulseira , que é perguntado [...], satisfação do cliente também... ”
B13	“Da minha área, a gente tem a adoção dos protocolos da cirurgia segura [...], toda a questão de prevenção de infecções [...], infecção hospitalar , é um indicador importante, na minha área [...], a questão da mortalidade , a mortalidade hospitalar mudou, isso já foi divulgado.”
B14	“[...], Aqui como eu te falei tem do checklist, adesão a lista de verificação , que é bem específico[...], deixa eu pegar ali a lista? Pode ser? [...], eu te trouxe o planejamento estratégico. Os indicadores que têm muitas coisas envolvidas e que são os específicos do bloco cirúrgico. Aqui como eu te falei: taxa de adesão a lista de verificação da cirurgia segura , que era aquilo que eu tinha te falado; A gente tem a taxa de conformidade de descarte de resíduos que também é dos resíduos perigosos, que tem toda a questão que a gente trabalha em cima disso, e a gente tem também toda a parte da capacitações... ”
B15	“Nós temos um indicador que é bem simples, que é o tempo que o paciente de infarto é atendido [...], o número de quedas [...], a lavagem de mãos também [...], as infecções também eu acho que é uma coisa que eu vejo bastante divulgados [...], taxa de infecção hospitalar [...], os eventos adversos... ”

Fonte: Elaborado pela autora.

As respostas do grupo B assemelham-se com as respostas do grupo A, ou seja, muitos dos indicadores citados pelo grupo B, já tinham sido relatados pelo grupo A, como por exemplo: indicador de higiene de mãos; matriz de capacitação; adesão a lista de cirurgia segura; indicador de controle de infecção; indicador das metas internacionais; indicador das quedas do paciente; e eventos adversos. Porém, novos indicadores foram apontados pelos entrevistados desse grupo, como: taxa de analgesias no centro obstétrico ou analgesias de parto; acompanhamento dos

terceirizados; indicador de lei de dias; satisfação do cliente; taxa de conformidade de descarte de resíduos; e tempo do paciente de infarto.

Além de novos indicadores terem sido apontados nesse grupo, um dos diferenciais desse grupo foi que, nesse questionamento houve observação não participante, ou seja, a entrevistada B14 mostrou na íntegra alguns dos seus relatórios internos, dentre eles, o planejamento estratégico que foi explanado abertamente na entrevista para a entrevistadora (veja notas de campo – anexo B). E por este motivo a entrevistada conseguiu apontar, por exemplo, um indicador bem importante para o hospital, pois trata da questão da sustentabilidade ambiental, e que ainda não tinha sido citado no grupo A: a taxa de conformidade de descarte de resíduos. Para compreender como esses indicadores são divulgados, na próxima seção também será abordado o tema “divulgação”.

4.4.2 Legitimidade

Para saber se o valor público criado com processo de acreditação hospitalar internacional na instituição investigada foi legitimado para o governo e para as partes interessadas, esta seção foi subdividida em três temas: a divulgação do valor público; transparência; e credibilidade.

4.4.2.1 Divulgação do valor público

Para identificar se o valor público está legitimado perante a sociedade, foi questionado para os entrevistados do grupo A, ou seja, para os gestores e diretores da instituição, como são divulgados para a sociedade, seja interna ou externa, os valores criados pela institucionalização da acreditação hospitalar internacional. As respostas dos entrevistados estão ilustradas no Quadro 50.

Quadro 50 – Divulgação do valor público nas percepções do grupo “A”

C.E.	Categoria de 1ª. ordem: Valor público - Categoria de 2ª. ordem: Legitimidade Categoria de 3ª. ordem ou unidade de registro: Divulgação Unidade de contexto: fragmentos essenciais
A1	“Sim. Nas áreas existe o Relatório de Gestão , na própria Internet tem todo um processo de transparência e anualmente são publicados relatórios, e a gente tem ali várias notícias do que vem acontecendo dentro do hospital, inclusive com folders , manuais nas áreas, que também divulgam...”
A2	“[...] juntar tal coisa, porque o hospital é acreditado quando a gente vai divulgar essa tal coisa para a população, não existe. Mas internamente, a gente divulga as ações em relatórios e a gente faz reuniões trimestrais com o conselho administrativo, além de uma série de reuniões com a direção do hospital, e a gente divulga isso no relatório de gestão sempre. Entrevistadora: Então, está mais interno ainda essas informações? Entrevistada: É, e para os nossos gestores. Então, a gente divulga que o hospital é acreditado. Mas a gente não faz essa conexão. Não é, assim. Entrevistadora: Divulga os benefícios para a sociedade? Entrevistada: Justamente, essa, não! Isso faz parte, assim, na primeira divulgação que a gente fez a gente tentou dizer: “O que significa ser acreditado? O que traz de benefício?”. Mas, a gente não tem feito isso cotidianamente. Até porque, o hospital não faz muita propaganda [...], a gente não pode fazer isso, então a gente nunca fez isso. Nunca publicou os indicadores nesse sentido. Entrevistadora: Teve um

	investimento, com o dinheiro público, e esse investimento resultou em que para a sociedade? Entrevistada: Claro. Entrevistadora: Seria bem interessante divulgar. Entrevistada: Sim, contar o que a gente sabe que resultou.”
A3	“Na verdade, a gente está evoluindo nessa matéria também. Então, hoje a gente tem alguns relatórios elaborados pela equipe do Qualis que são divulgados internamente e de uma forma bem regular. Sejam em eventos, sejam nos nossos meios de comunicação interno, da intranet, e-mails , etc. Então, tem boletins de segurança do paciente que são divulgados periodicamente, tem apresentações sistemáticas nas reuniões da diretoria executiva e do Conselho de administração e também em várias áreas internas do hospital. Então, internamente entendo que a gente cumpri bem essa etapa de divulgação das ações e das melhorias. Externamente, essa ainda é uma matéria, um tanto quanto mais delicada, e tem que ser trabalhada.”
A4	“Acho que sim. Periodicamente são disparados para a comunidade interna, então, relatórios de qualidade e segurança do núcleo de segurança do paciente. E externa, estão disponíveis na página do hospital. Tem no relatório de gestão. A gente descreve todo o processo de acreditação, então, quais foram os avanços, os indicadores que estão relacionados e esse relatório de gestão ele fica divulgado para a população.”
A5	“Sim, tem todo um grupo de indicadores específicos das cinco metas internacionais lá, que são monitorados, são acompanhados, são avaliados, então, tem uma lista muito legal dessa parte que, vamos dizer assim, é a gestão mesmo do projeto, sim [...], interno, que eu saiba. A gente entra na intranet aqui do hospital, deve dizer que a gente, com o selo, tem um monte de selo lá. Eu nunca vi, pode ser falha minha, mas eu nunca vi assim, fazer um, sabe, assim? Um alarde para sociedade.”
A6	“A gente divulga muito o que o Qualis e o núcleo de segurança fazem, então nós temos, a cada três meses, um boletim do núcleo de segurança do paciente, onde sempre tem um editorial, agora o pessoal está escrevendo sobre a gestão da mudança [...], então, quando a gente termina de fazer o boletim , a gente publica ele, fica público na intranet, e manda para os profissionais também, das áreas. Interno. ”
A7	“Sim! Nós temos relatórios periódicos que são publicados, mas nós temos relatórios no final do exercício, que é um relatório de exercício que são publicados todas esses, ele traz todos os indicadores. Tem no relatório de gestão, mas é de administração e junto com a prestação de contas do Tribunal de Contas. Inclusive vai ter lá até as demonstrações contábeis no final, no link, são peças obrigatórias.”
A8	“[...], a gente tem indicadores que a gente divulga internamente , agora para sociedade, na realidade as formas de comunicação com a sociedade, a forma mais direta que a gente tem é o nosso site. No nosso site a gente tem vários locais, onde o público externo pode acessar e verificar todas as coisas, inclusive notícias a respeito da acreditação.”
A9	“É isso que eu digo, a gente não tem muito, eu acho que deveríamos ter melhor isso, essa capacidade de divulgar isso e de se comparar. Isso é muito bem estabelecido aqui dentro, cada um assume os seus indicadores. O Qualis tem os indicadores das metas de segurança, enfim, a gente é cobrado para devolver esses indicadores... por exemplo, higienização de mãos é a meta de segurança cinco, prevenir infecções através da higienização de mãos, então esse é o nosso principal indicador de meta de segurança de processo, meta cinco. Ele é divulgado internamente... ”
A10	“Relatório de Gestão. Cada unidade tem seus indicadores e eles compartilham com o grupo que trabalha ali, o da farmácia compartilha com o grupo da farmácia, o controle de infecção tem indicadores para cada área, então ele compartilha isso com a unidade e a unidade compartilha com o grupo de funcionários que Externo não, ele fica nível gerencial, para a sociedade não. Ele fica disponível, mas isso não é apresentado para a sociedade, ele é apresentado para o conselho de diretor...”
A11	“A gente tem boletins de divulgação. Eu tenho reuniões em que eu vou apresentar quais foram os eventos adversos graves ocorridos em determinado período dentro da instituição e quais foram as medidas que eu implantei, que eu fiz a análise, para que não voltem [...], ela ocorre de forma interna. Estava falando ontem em outra situação que o hospital tem pouco marketing do trabalho executado. A gente se vende pouco em termos de qualidade. Então é um ponto de melhoria [...], a gente estava falando isso, o nosso marketing como instituição ainda é muito restrito. Talvez, porque seja dinheiro público.”

Fonte: Elaborado pela autora.

De acordo com as respostas dos entrevistados do grupo A, evidenciadas no Quadro 50, os elementos de valor público criados pela institucionalização do processo de acreditação hospitalar internacional, que são mensurados e demonstrados através dos indicadores de valor público, atualmente somente são divulgados internamente, através da intranet da instituição e

por intermédios de relatórios e boletins internos emitidos para os colaboradores, gestores e para o conselho de administração da instituição.

Na instituição investigada, de acordo com os entrevistados, são emitidos, periodicamente, os relatórios de gestão, que são disponibilizados no *website*. Nesses relatórios são divulgadas informações sobre o selo de acreditação internacional, mas os resultados deste processo, ou seja, os benefícios oriundos do processo de acreditação internacional, não são divulgados e apresentados para a sociedade externa.

A entrevistada A2, ou seja, a coordenadora do Qualis, relatou que nas primeiras divulgações, ou seja, logo que foi conquistado o selo internacional, a instituição tentou informar o que significa ser acreditado e o que a acreditação traz de benefício, porém o hospital não tem feito isso cotidianamente. O entrevistado A3, ou seja, o diretor administrativo argumenta que a instituição está evoluindo e que internamente está sendo cumprindo o processo de divulgação das ações e melhorias com a institucionalização da acreditação internacional e que externamente é um tema que ainda tem que ser trabalhado.

Para compreender as percepções dos representantes da sociedade sobre o tema “divulgação” do valor público oriundo do processo de institucionalização da acreditação hospitalar internacional, foi elaborado o Quadro 51, que apresenta as respostas dos entrevistados do grupo C.

Quadro 51 – Divulgação do valor público nas percepções do grupo “C”

Categoria de 1ª. ordem: Valor público - Categoria de 2ª. ordem: Legitimidade	
Categoria de 3ª. ordem ou unidade de registro: Divulgação	
Unidade de contexto: fragmentos essenciais	
C1	“Sim, existe no site do hospital. Ele proporciona o acesso livre para sociedade vê o que está sendo feito, através das comissões internas aqui voltadas para manter essa acreditação, e ainda mais agora com dois anexos novos daqui do hospital, nós buscamos isso: deixar claro para a sociedade o que está sendo feito aqui no hospital para comunidade aqui de Porto Alegre e para comunidade toda em geral.”
C2	“O quê eu quis dizer é que, a sociedade sempre vai ter uma assimetria e uma distribuição de preocupações em relação ao hospital. Essa imagem que a sociedade faz do setor hospitalar, da acreditação, ela é precária. Algumas têm pessoas têm uma informação, algumas acompanham mais e outras acompanham menos. Tem gente que não sabe nada sobre isso. Então, eu quero dizer com isso, é que é a acreditação, para considerar que ela vai ser um balizador da imagem dos hospitais, pela sociedade, esse balizador vai ser sempre desigualmente adotado pela sociedade [...], é como eu disse, falta de educação da população e de informação [...], ela é divulgada, mas com restrições, exatamente, pela característica de órgão público, de limitação de recursos para poder fazer propaganda. Tem o relatório de gestão, mas vai para o TCU, para a CGU, em relatório de gestão. Os relatórios são divulgados no conselho, mas tem os que são publicados nos sites. Mas, não há uma propaganda proativa, vamos chamar assim, ofensiva, agressiva [...], isso não tem [...], a transparência existe, até por causa da lei da transparência e do acesso à informação [...], agora, se isso vai ser ou não, vamos dizer assim, conhecido pela sociedade mais massificamente, aí vai depender de outros fatores [...], mas isso, algumas coisas têm, eu não saberia te dizer se no site sai tudo o que a gente enxerga lá. Por exemplo, o que é apresentado na reunião do conselho e está no site eu não sei te dizer. Não tenho certeza o que é divulgado. O site tem bastante informação, mas essas minúcias aí, talvez algumas coisas não. Agora, sobre a acreditação deve ter no site. Eu acho que essa relação esse aspecto de ter uma instituição pública com acreditação internacional, buscando padrões de eficiência superior, é algo que deveria talvez ser mais destacado, num país em que as instituições públicas são tão vistas de forma pejorativa, às vezes. E eu acho que é um instrumento importante para poder ter uma esperança, assim, de que a sociedade exija e outras instituições públicas melhorem a sua performance, e a sua qualidade de atendimento. Eu acho que,

	inclusive, assim o hospital pudesse ter uma clareza de porque é que ele tem essa capacidade de atender coisas que, às vezes, só uma instituição privada conseguiria com agilidade. Pode ser até uma lição para outros órgãos públicos, ou para os legisladores, que talvez, por exemplo, uma universidade pública tem que ter outro tipo de regramento que facilite essa agilidade quem hospital tem [...], então tem aprendizados aí, que são importantes como o processo para a área pública da acreditação. É isso só que eu queria destacar que eu acho que é importante. No momento que acreditação internacional é obtida por uma instituição pública, isso pode ser muito importante para criar uma nova expectativa sobre atuação do setor público, e até uma nova exigência...”
C3	“Eu acho que não. Eu acho que é muito pouco divulgado. Muito pouco mesmo. Entrevistadora: A sociedade não sabe ainda o que é uma acreditação nem os benefícios que ela está trazendo? Entrevistado: Ela não sabe. A sociedade não sabe disso. Ela sabe apenas um pelo outro. Assim como passa de boca a boca, de um para o outro, que ele foi lá e que ele foi bem atendido [...], eu acho pouca [...], eu acho que a acreditação é importante, mas eu acho que no momento em que é divulgada essa acreditação, se dizer, se deixar claro. Eu vejo assim, se deixar claro que essa acreditação, que eu nunca vi essa divulgação, que fique clara a divulgação dessa acreditação quando foi feita a inspeção [...], o usuário não sabe...”
C4	“Eu creio que sim, mas não como deveria, porque infelizmente isso ainda não está sendo divulgado e conversado com a sociedade de uma forma transparente. A sociedade através do próprio controle social deveria ter um acompanhamento mais próximos dessa realidade. A gente como conselheiro fica sabendo, mas, muito superficialmente ainda dessa acreditação e desse, como se diz, incentivo financeiro pelo poder público nesse hospital. O quê eu estou querendo justamente colocar, da necessidade que deveria ter uma publicação, uma publicidade maior sobre tudo isso e as especificidades que estão sendo atendidos nesse hospital [...], por isso a necessidade de uma maior divulgação dessa questão [...], eu creio que a maioria da população ainda não tem o conhecimento suficiente sobre o quê isso significa e qual o passo que isso é diante da realidade do nosso SUS e Sistema Único de Saúde em nosso país. Que deveria através da divulgação dá um foco maior para que a população tivesse o conhecimento de quê ali tem uma casa de saúde que tem todas as especificidades para fazer um bom atendimento e que tem uma equipe de profissionais capacitados e que muitas vezes não chega ao conhecimento da população [...], portanto, merece divulgação, mas, merece também o comprometimento de cada um de nós, cidadãos, cidadã de ser responsabilizados e que nós somos responsáveis para escrever nossa história como cidadãos de municípios, de estado e de país. E não permitir que outros ditam as regras públicas e construção de políticas e nós sermos, como se diz, meros sujeitos ou assistentes...”

Elaborado pela autora.

Percebe-se pela análise do Quadro 51 que, o entrevistado C1, ou seja, o representante dos funcionários do hospital investigado, afirma que as informações sobre os elementos de valor público criados, ou seja, os benefícios criados para a sociedade com o processo de institucionalização da acreditação internacional estão disponíveis para a sociedade no *website* da instituição. Entrando em contradição com as informações do grupo A, ou seja, com as informações dos gestores do hospital que afirmam que essas informações ainda não estão sendo divulgadas.

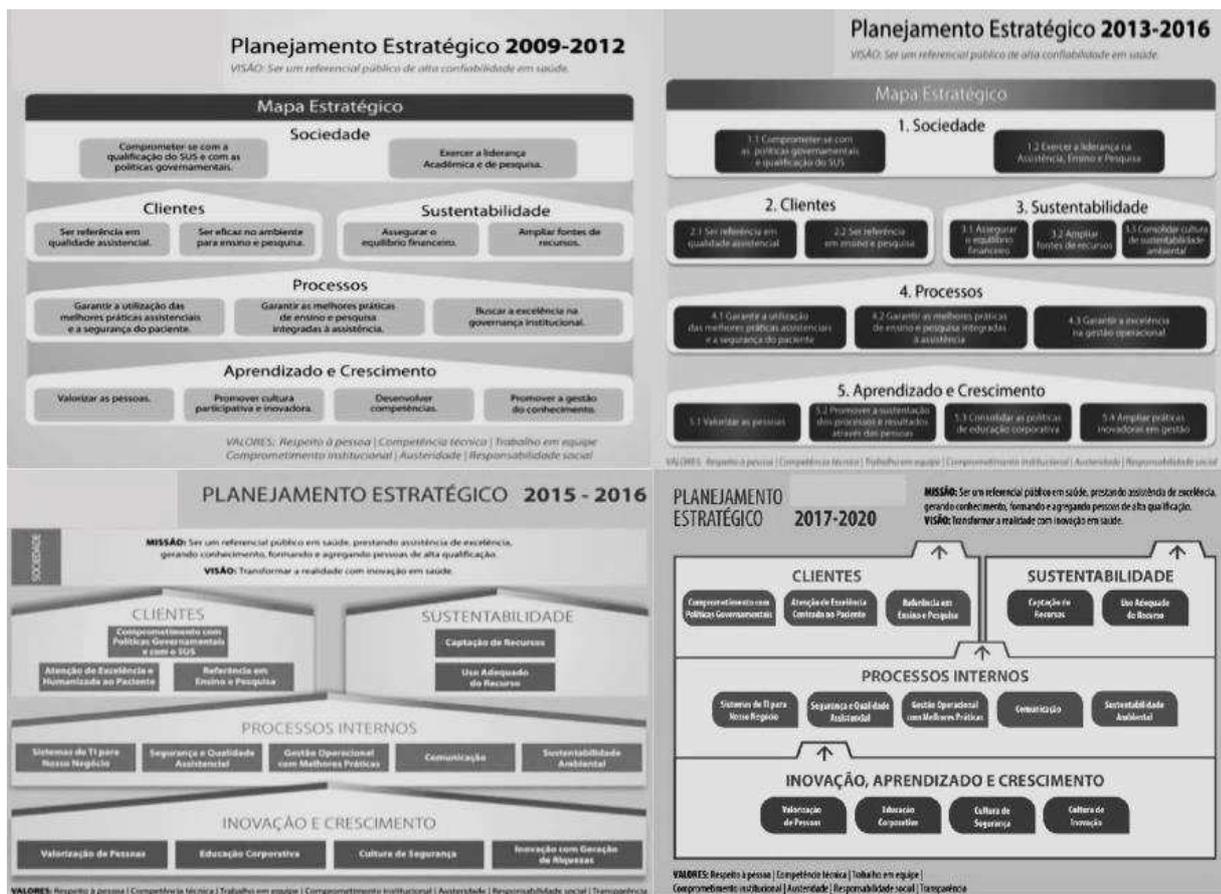
Em contraste ao entrevistado C1, os entrevistados C3 e C4 criticaram bastante as divulgações do hospital investigado. Para estes entrevistados, as informações sobre o processo de acreditação internacional e a criação de valor público com a institucionalização da estratégia, está sendo pouco divulgada para a sociedade. De acordo com estes entrevistados, a sociedade ainda desconhece sobre a acreditação internacional e seus benefícios. Os entrevistados relataram que as informações que estão sendo divulgadas não estão claras para a sociedade e não estão sendo divulgadas como deveriam, que existe uma necessidade maior de divulgação sobre essa tema, pois a sociedade necessita e merece essa divulgação, assim como a sociedade

também precisa de um protagonismo e comprometimento maior com as regras públicas e com a construção de políticas públicas.

Corroborando com os entrevistados C3 e C4, o entrevistado C2, ou seja, o representante da UFRGS, informa que sempre vão existir informações assimétricas na sociedade, principalmente sobre a questão da acreditação internacional em hospital público. Ou seja, de acordo com este entrevistado, tem pessoas já possuem algum tipo de informação sobre a acreditação internacional, sendo que algumas acompanham mais e outras acompanham menos, e tem pessoas que ainda não sabem nada sobre isso. Este entrevistado também informou que existe dois relatórios na instituição investigada: o relatório que é apresentado na reunião do conselho; e o relatório de gestão que é disponibilizado no *website* da instituição para a sociedade. Para este entrevistado, no relatório que está disponível no *website* para a sociedade não existe uma divulgação proativa e agressiva sobre o processo de acreditação e o valor público oriundo desse processo. De acordo com o entrevistado C2, a busca pela acreditação internacional em instituições públicas é algo que deveria ser mais destacado, pois além de ser um instrumento importante para área pública, principalmente por ser um aprendizado para as demais instituições públicas, com mais divulgações, a sociedade perceberia os benefícios deste processo e poderia exigir do governo hospitais públicos com o selo internacional. Portanto, com as afirmações do grupo A e B pode-se refutar a P7, ou seja, os valores públicos percebidos com a institucionalização da acreditação internacional nos hospitais públicos não estão sendo legitimados pelo governo e pelas partes interessadas, ou seja, pela sociedade.

A pesquisa realizou um levantamento nos relatórios de gestão da instituição no período de 2010 a 2018 para tentar encontrar informações sobre o projeto da estratégia de acreditação internacional e os indicadores de valor público oriundos do processo de institucionalização da estratégia. A Figura 31 ilustra os planejamentos estratégicos da instituição investigada, do período de 2010 a 2018.

Figura 31– A evolução dos planejamentos estratégicos do HCPA



Fonte: Relatório de gestão do período de 2010 a 2018 do HCPA.

Pela análise comparativa dos planejamentos estratégicos, ilustrada na Figura 31, percebe-se que houve mudanças significativas nos planejamentos do período de 2009-2012 para o período de 2013-2016. Ou seja, na dimensão “sustentabilidade” foi acrescentado o objetivo estratégico “consolidar cultura de sustentabilidade ambiental”. Na dimensão “processos” foi trocada o objetivo estratégico buscar a excelência na governança institucional para “garantir a excelência na gestão operacional”. Na dimensão “aprendizado e crescimento” praticamente todos os objetivos sofreram mudanças e foram alterados com exceção do objetivo estratégico de “valorizar as pessoas”. A partir do ano de 2015, de acordo com o relatório de gestão, no planejamento de 2015 a 2016 houve um grande amadurecimento das ideias na instituição e além de novos objetivos estratégicos serem acrescentados e modificados, todas as dimensões do planejamento deste período sofreram alterações ou até exclusão, como por exemplo, o caso da dimensão “sociedade” que foi extinta e seus objetivos estratégicos foram incorporados na dimensão “clientes”. A nomenclatura da dimensão “processos” mudou para “processos internos” e na dimensão “aprendizado e crescimento” foi alterada para “inovação, aprendizado e crescimento”. Já nos planejamentos de 2015-2016 e 2017-2020 a única alteração foi na

nomenclatura de um objetivo estratégico, ou seja, o objetivo “inovação com geração de riqueza” passou a ser “cultura de inovação”.

A pesquisa fez um levantamento nos planejamentos estratégicos da instituição em busca do projeto estratégico de acreditação hospitalar internacional, com o fim específico de encontrar as explanações dos objetivos e dos resultados (valor público) dessa estratégia. Após levantar todos os relatórios de gestão do período de 2010 a 2018, a pesquisa encontrou no relatório de gestão de 2011, informações relacionadas ao projeto de estratégia de acreditação internacional que foram demonstradas no quadro 52.

Quadro 52 – Resumo das informações do relatório de gestão de 2011

2.2.1. Projetos Estratégicos
2.2.1.4. Acreditação Internacional
A busca contínua pela melhoria da qualidade assistencial e o estímulo à adoção das melhores práticas assistenciais e de gestão motivou a direção do HCPA a investir na busca da certificação de acreditação Internacional através da <i>Joint Commission International (JCI)</i> , entidade responsável por acreditar mais de 240 instituições de saúde no mundo e que prima, sobretudo, pela segurança do paciente. Este projeto está vinculado à perspectiva Clientes, associado à iniciativa estratégica “Obter o reconhecimento externo pela qualidade assistencial praticada”.

Fonte: Elaborado pela autora com base no relatório de gestão 2013 do HCPA.

Observa-se na Quadro 52 que, o projeto da estratégia de acreditação internacional está relacionado com a dimensão “clientes” e associado da iniciativa estratégica “Obter o reconhecimento externo pela qualidade assistencial praticada”. Observa-se também que os objetivos da estratégia de acreditação internacional até foram explanados no planejamento estratégico e divulgados no relatório de gestão de 2011, da instituição investigada. Porém, não foram divulgados os benefícios coletivos para a sociedade, ou seja, não foi divulgado pelos gestores públicos, qual seria o valor público criado com a nova estratégia de acreditação internacional no hospital público investigado para o governo e para o público interessado. Em outras palavras, não ficou explícito no relatório de gestão qual seria o retorno do investimento que a instituição teria com a institucionalização do processo de acreditação para a sociedade. Essa informação confirma a fala da entrevista A5, ou seja, a assessora de planejamento, que comentou na entrevista que, quando a ideia da busca pela estratégia de acreditação internacional foi planejada e divulgada, não foi apresentada para a sociedade o retorno ou o custo-benefício com o novo projeto.

Além dessas informações, no relatório de gestão, do ano de 2013, foram encontrados os 6 (seis) indicadores das metas de internacionais de segurança do paciente. Nos demais períodos, ou seja, nos períodos entre 2014 a 2018 foi constatado que os indicadores foram retirados dos relatórios de gestão. Essas informações validam os relatos da coordenadora do Qualis, que comentou que somente na primeira divulgação da acreditação internacional que o processo foi

ilustrado com mais detalhes. A pesquisa buscou também a divulgação dos demais indicadores de valor público. O Quadro 53 evidencia os indicadores de valor público tangíveis que foram mensurados e procurados nos relatórios de gestão da instituição investigada no período de 2013 a 2018. Este quadro foi elaborado para facilitar a busca e o mapeamento da divulgação dos indicadores de valor público publicados nos relatórios de gestão da instituição investigada.

Quadro 53 – Checklist da divulgação dos indicadores de valor público do HCPA

Seq.	Indicadores	Ano das divulgações					
		2013	2014	2015	2016	2017	2018
1	Acompanhamento dos terceirizados	-	-	-	-	-	-
2	Adesão à aplicação da lista de verificação da cirurgia segura	x	-	-	-	-	-
3	Aumento em repasse	-	-	-	-	-	-
4	Aumento imobilizado ou investimento	-	-	-	x	x	x
5	Eventos adversos com dano grave ao paciente	x	x	x	x	x	x
6	Infecções hospitalares	x	x	x	x	x	x
7	Início do tratamento oncológico em até 60 dias	-	-	x	x	x	x
8	Matriz de capacitação, número de participantes e horas de capacitação	x	x	x	x	x	x
9	Percepção do paciente sobre a conferência de sua identificação;	x	-	x	x	x	-
10	Plano de medicamentos de alta vigilância	x	-	-	-	-	-
11	Quedas do paciente	x	x	-	-	-	-
12	Redução de custos	-	-	-	-	-	-
13	Registro dos outros eventos adversos	x	x	-	-	-	x
14	Satisfação do cliente ou paciente	x	x	x	x	x	x
15	Taxa de adesão à higienização de mãos	x	x	-	x	x	x
16	Taxa de analgesias no centro obstétrico ou analgesias de parto	-	-	-	-	-	-
17	Taxa de conformidade no descarte de resíduos	x	x	x	x	x	x
18	Taxa de média de permanência	x	x	x	x	x	x
19	Taxa de mortalidade	x	x	x	x	x	-
20	Taxa de retenção das informações comunicadas ao público interno	x	-	x	-	x	-
21	Tempo do paciente de infarto.	-	-	-	-	-	-

Elaborado pela autora.

Percebe-se no Quadro 53 que apenas 6 (seis) dos 21 (vinte e um) indicadores que supostamente estão relacionados com o valor público criado com a institucionalização da estratégia de acreditação internacional, estão sendo divulgados anualmente desde quando foi institucionalizado o processo de acreditação, nos relatórios de gestão da instituição. Porém em nenhum dos relatórios de gestão que foram analisados no período de 2013 a 2018, fica explícito que estes indicadores estão vinculados ou estão relacionados ao valor público criado com a estratégia de acreditação internacional para a sociedade. Além disso, cabe destacar que até em meados de 2017 em nenhum relatório de gestão da instituição investigada foi comentado ou mencionado sobre valor público ou valor entregue a sociedade. Porém coincidentemente, no

relatório de gestão do ano de 2018 (publicado em 2019), que abrange o primeiro ano da investigação e das entrevistas desta pesquisa, nota-se que houve algumas mudanças nas explicações do planejamento estratégico e na apresentação como um todo, pois foi criado um pequeno tópico intitulado “valor entregue à sociedade” que informa que o hospital investigado gera valor nas áreas de assistência, ensino e pesquisa em saúde.

Ademais, no relatório de gestão do ano de 2018 foi percebido uma melhora significativa na divulgação das informações, pois foram encontradas, diferentemente dos demais exercícios, as divulgações de 29 indicadores hospitalares que foram vinculados ao objetivo estratégico da instituição. Além disso, na dimensão estratégica “processos internos”, dentro do objetivo estratégico “segurança e qualidade assistencial” e da iniciativa estratégica de “garantir melhores práticas de segurança e qualidade assistencial” foram vinculados dois dos indicadores que foram citados pelos entrevistados: a infecção hospitalar; e os eventos adversos com dano grave ao paciente. Sendo assim, aparentemente, existe indícios que, esses dois indicadores que foram divulgados no relatório de gestão, de forma implícita, são os indicadores vinculados ao valor público “qualidade e segurança do paciente” criado com o processo de acreditação.

Verifica-se também pelo Quadro 53, que três, dos seis indicadores que estão sendo divulgados nos relatórios de gestão de forma contínua, implicitamente estão relacionados diretamente com o valor público principal da instituição, que é a “segurança do paciente”, ou seja, o indicador de infecções hospitalares, o indicador de adesão à higienização das mãos e o indicador de eventos adversos com dano grave ao paciente. Portanto, vale a pena demonstrar o avanço desses três indicadores demonstrados nos últimos anos pela instituição. A Figura 32 ilustra a evolução do indicador de infecções hospitalares do hospital investigado.

Figura 32 – Controle de infecções hospitalares do HCPA

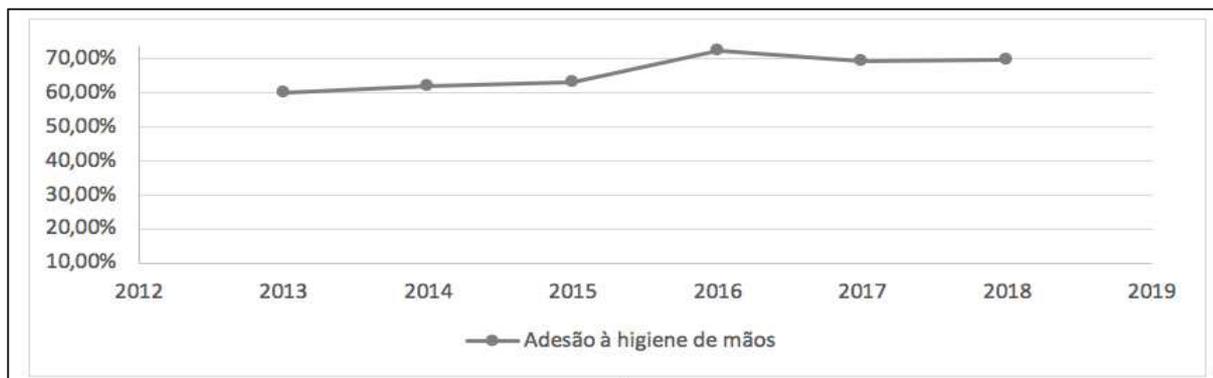


Fonte: Relatório de gestão do período de 2018 do HCPA.

De acordo com o relatório de gestão do HCPA, em 2018, o hospital registrou 1.543 infecções hospitalares, 24 infecções a menos que no ano anterior. A taxa de infecção por saídas

apresentou redução em relação ao ano anterior, ou seja, no ano de 2018 resultou em uma infecção para cada 21 internações. A meta estabelecida pelo hospital investigado para 2018 era de 5 infecções/1.000 saídas. O resultado final deste ano foi de 3,9 infecções/1.000 saídas. Apesar do hospital não ter conseguido atingir a meta pré-estabelecida, houve redução no número de infecções comparando com o ano de 2017. A seguir, a Figura 33 que demonstra a adesão à higienização das mãos no hospital investigado.

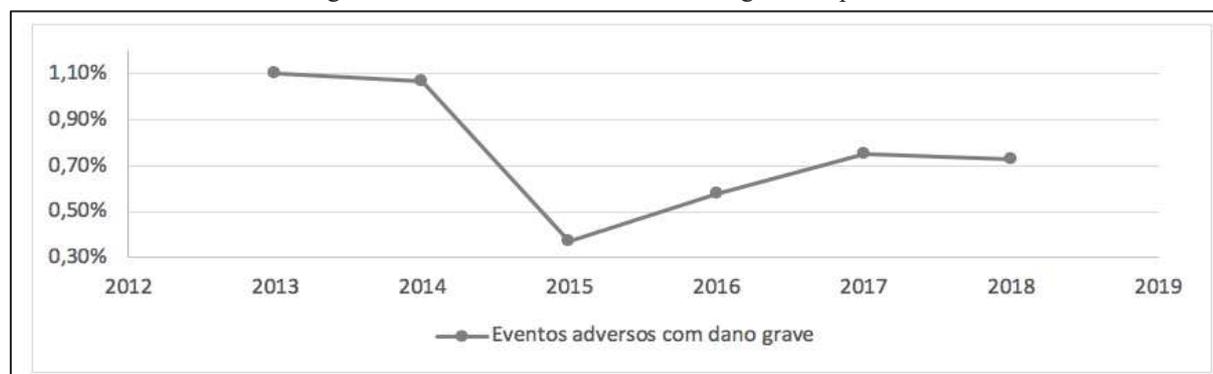
Figura 33 – Adesão à higienização das mãos



Fonte: Elaborada pela autora com base no relatório de gestão do período de 2013 a 2018 do HCPA.

No ano de 2018, a instituição para incentivar à adesão à higienização das mãos, desenvolveu capacitações periódicas com todas as equipes assistenciais sobre as ocasiões que obrigatoriamente devem ser realizadas a higienização de mãos. O resultado da taxa de adesão à higiene de mãos para o ano de 2018 foi de 69,7%. A meta institucional de adesão era de 70%. Observa-se na Figura 33 que no ano 2016 foi ultrapassada a meta pré-estabelecida, porém em 2018 houve uma pequena queda. A Figura 34 apresenta os resultados do indicador de eventos adversos com dano grave ao paciente.

Figura 34 – Eventos adversos com dano grave ao paciente



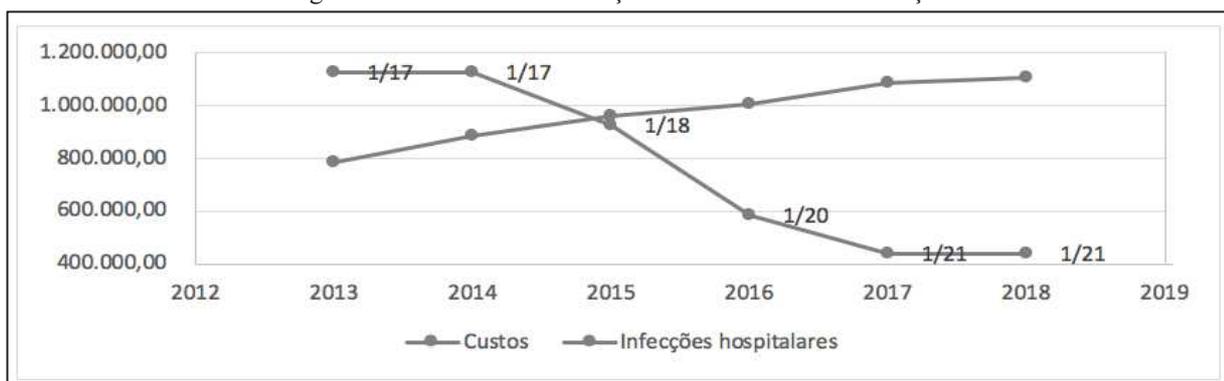
Fonte: Elaborado pela autora com base nos relatórios de gestão do período de 2013 a 2018 do HCPA.

Em 2018, de acordo com o relatório de gestão, houve registro de 3.813 incidentes e eventos adversos. Destes, apenas 28 foram classificados como eventos adversos graves, ou seja,

0,73% em relação aos demais incidentes e eventos adversos. Desde o ano de 2015 que a instituição mudou a metodologia de mensuração deste indicador e adotou medidas e planos de melhoria para os eventos adversos graves. Neste ano de 2018 por exemplo, o indicador novo apontou a adoção de 93% de proporção de planos de ação para eventos adversos graves, a meta era de 100%.

Com base nos dados encontrados desses três indicadores de valor público relacionados com a “segurança do paciente”, foi possível ilustrar a evolução de cada um desses indicadores comparando-as com os aumentos dos custos dos serviços. Essa comparação tem o fim específico de verificar se a partir do ano de 2013, ano da implantação da acreditação internacional, houve melhoria nesses indicadores, assim como houve crescimento dos custos dos serviços prestados, ou seja, simular se houve realmente algum tipo de custo-benefício com a estratégia de acreditação internacional ou se houve apenas aumento dos custos dos serviços, isto é, a pesquisa realizou uma pequena Análise de Custo-Benefício (ACB). A Figura 35 apresenta o indicador de infecções hospitalares versus os custos dos serviços.

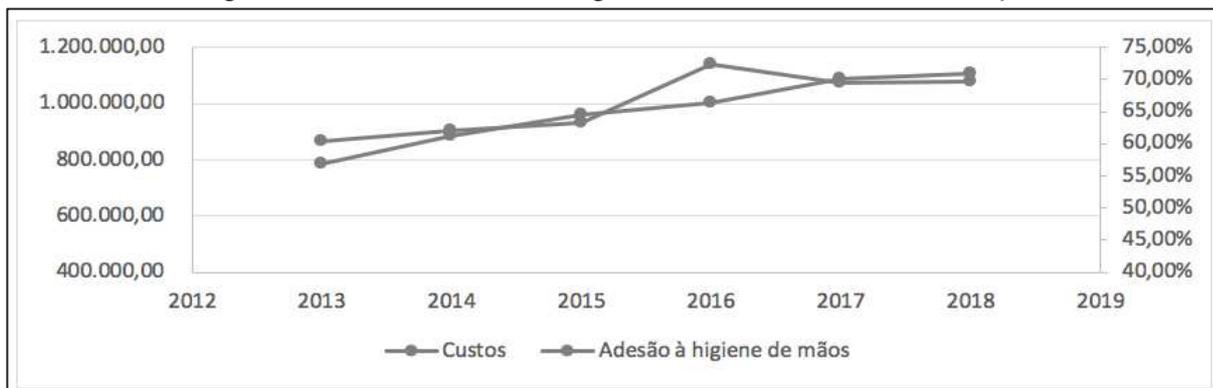
Figura 35 – Indicador de infecções versus custos dos serviços



Fonte: Elaborado pela autora com base nos relatórios de gestão e demonstrações contábeis do período de 2013 a 2018.

Observa-se na Figura 35 que na medida que os custos hospitalares aumentaram com a institucionalização da acreditação internacional, as infecções hospitalares foram diminuindo, ou seja, os custos aumentaram, mas em compensação, houve queda no número de as infecções hospitalares no hospital investigado, ou seja, em 2013 era uma infecção para cada 17 saídas, e em 2018 a taxa de infecção por saídas resultou em uma infecção para cada 21 internações. A Figura 36 demonstra o indicador de adesão à higienização das mãos versus os custos dos serviços hospitalares.

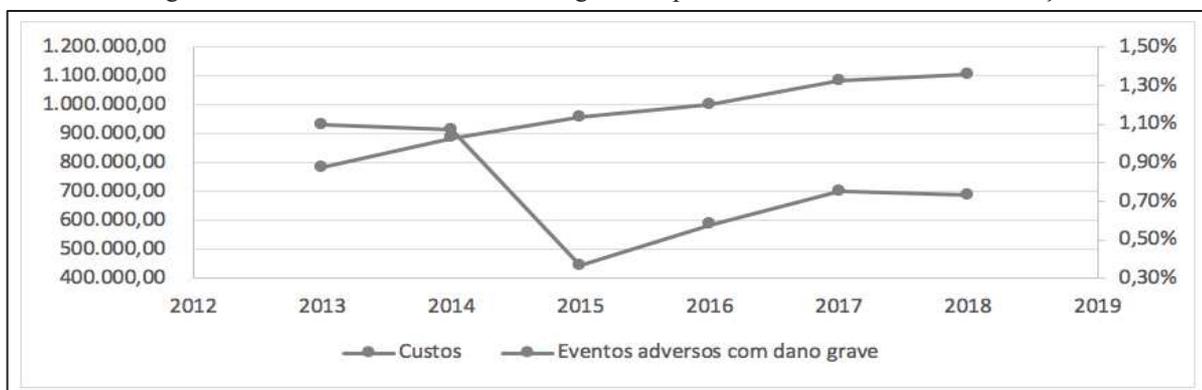
Figura 36 – Indicador de adesão à higiene de mãos versus custos dos serviços



Fonte: Elaborado pela autora com base nos relatórios de gestão e demonstrações contábeis do período de 2013 a 2018.

Verifica-se na Figura 36 que a adesão à higienização das mãos na instituição investigada, acompanhou o crescimento dos custos dos serviços hospitalares com a institucionalização da acreditação internacional, ou seja, a partir do ano de 2013, os custos aumentaram, porém o indicador de adesão à higienização das mãos a cada ano apresenta melhoria no seu desempenho. A Figura 37 simula a comparação do indicador de eventos adversos com dano grave ao paciente versus os custos dos serviços hospitalares.

Figura 37 - Eventos adversos com dano grave ao paciente versus os custos dos serviços



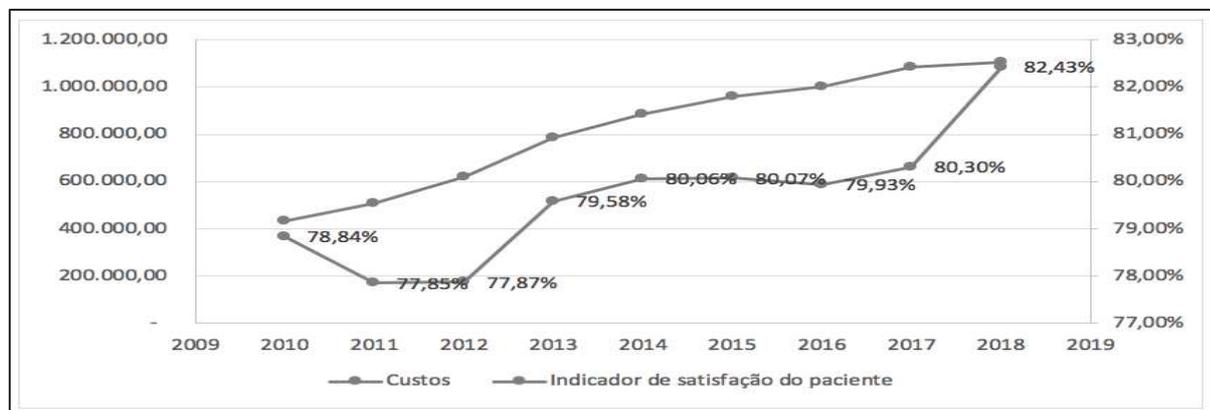
Fonte: Elaborado pela autora com base nos relatórios de gestão e demonstrações contábeis do período de 2013 a 2018.

Nota-se na Figura 37 que existe uma instabilidade na evolução do indicador de eventos adversos com dano grave ao paciente, pois percebe-se uma queda significativa no ano de 2015 e um pequeno aumento nos anos de 2016 e 2017, e finalmente estabilizando-se no ano de 2018. Logo, pode-se afirmar que houve uma diminuição dos eventos adversos com dano grave ao paciente, depois da institucionalização da estratégia de acreditação, porém não de uma forma crescente como o aumento dos custos dos serviços hospitalares.

Para finalizar as simulações, a pesquisa encontrou no mapeamento dos relatórios de gestão, o indicador de satisfação do cliente/paciente e comparou esse indicador com o custo dos

serviços, pois esse indicador de satisfação do cliente/paciente aparentemente está relacionado diretamente, segundo os entrevistados, com a qualidade dos serviços prestados no hospital investigado. Para ilustrar o resultado encontrado, foi elaborada a Figura 38.

Figura 38 – Custos versus satisfação do cliente/paciente do HCPA



Fonte: Elaborada pela autora.

Na Figura 38 verifica-se que, com o passar dos anos, principalmente a partir do ano de 2013, ano da implantação da estratégia de acreditação, houve crescimento no indicador da satisfação do paciente. Então, percebe-se que semelhante aos custos dos serviços, a qualidade dos serviços prestados no hospital investigado também cresceu com a estratégia de acreditação internacional.

Com essas simulações pode-se afirmar que, aparentemente ocorreu custo-benefício com a institucionalização da estratégia de acreditação internacional no hospital investigado, pois além de aumentar os custos dos serviços, também aumentou a segurança e a qualidade do paciente na instituição, ou seja, o processo institucionalizado aparentemente trouxe valor público.

A mensuração e divulgação contínua dos indicadores de valor público, no relatório de gestão no hospital investigado, é de suma importância perante a sociedade, pois além da sociedade poder realizar seus próprios cálculos e tirar suas próprias conclusões, possivelmente pode trazer mais transparência e credibilidade sobre os processos que estão sendo realizados dentro do hospital investigado. Sendo assim, pode-se confirmar a proposição P4, que afirma que a ausência da mensuração e divulgação dos indicadores de valor público criado com a institucionalização da acreditação internacional gera falta de legitimidade perante a sociedade. O tópico a seguir, aborda com mais profundidade sobre esses dois temas.

4.4.2.2 Transparência e credibilidade

Neste tópico foi questionado para os entrevistados, se as informações que são divulgadas sobre o processo de acreditação internacional e sobre o valor público criado com o processo são capazes de oferecer transparência e dar mais credibilidade perante o investimento da sociedade. As respostas destes questionamentos foram relatadas pelo grupo A e C e estão ilustradas no Quadro 54 e 55.

Quadro 54 – Transparência e credibilidade na percepção do grupo “A”

C.E.	Categoria de 1ª. ordem: Valor público; Categoria de 2ª. ordem: Legitimidade; Categoria de 3ª. ordem ou unidade de registro: Transparência	Categoria de 1ª. ordem: Valor público; Categoria de 2ª. ordem: Legitimidade; Categoria de 3ª. ordem ou unidade de registro: Credibilidade
	Unidade de contexto: fragmentos essenciais	Unidade de contexto: fragmentos essenciais
A1	“Acredito que sim, por esses cartazes...”	“Acredito que sim. Um pouco o que a gente já comentou ali. Um dos principais valores para mim, um deles é esse, a credibilidade...”
A2	“[...], perdão? dentro do hospital? Sim! Isso se transmite. Dentro do quê a gente faz de reporte para os nossos gestores, ministério e Governo Federal também [...], muitas coisas que a gente obteve são em função da acreditação [...], talvez a gente diga indiretamente. Mas a gente também não faz muita divulgação para a sociedade [...], a gente nunca divulgou a acreditação por si só [...], porque a gente nunca divulga muito, a coisa da assistência. É, não é uma prática...”	“Acho que sim [...], a gente usa isso quando vai à Brasília pedir dinheiro para o Ministério do Planejamento, por exemplo. Acho que sim. Mas não é uma coisa, assim, não acontece regularmente. Isso também vale para, acho que para pesquisa [...], porque sempre tem um grau de investimento, de dinheiro, dessas pesquisas que são investidas em outras pesquisas. E o fato do hospital ser acreditado é uma credencial para algum laboratório querer fazer alguma pesquisa aqui.”
A3	“Eu, eu acho que poderia ser melhor. Eu acho que a gente fica um pouco aquém, nessa matéria. Deveria sim, a gente buscar iniciativas que demonstram mais claramente para a sociedade o que os resultados falam, que foi um bom investimento e que aqui a gente tem resultados melhores do que tinha antes e melhores do que a maioria dos hospitais que não tem esse selo.”	“Eu acho que sim, mas acho que poderia ser melhor, a gente poderia mostrar mais claramente para a sociedade os benefícios que esse processo trouxe, até para que, permita que a sociedade enxergue melhor isso e legitime isso aí.”
A4	“Sim. Principalmente no relatório de gestão, ele é bastante descrito [...], acho que dessa forma fica bastante evidente, o quanto o hospital internalizou na sua cultura a questão de qualidade e segurança.”	“Acho que sim. Eu acho que tem credibilidade, até porque o hospital cada vez mais acaba se tornando referência.”
A5	“Sim, a resposta é sim. Só que elas são passivas, elas ficam lá, publicadas em umas folhinhas dentro de um relatório de 200 páginas.”	“Sim. Ele transmite isso. Isso, a gente mede isso também pelas visitas. A gente tem muitas visitas institucionais, outros hospitais que querem vir conhecer o nosso modelo [...], então às vezes quando a gente fala em sociedade, eu penso no paciente, e sociedade também são as outras instituições...”
A6	“Não está. Mas eu não sei, a gente não tem muita conta desse custo e do benefício financeiro propriamente dito [...], a gente não consegue relacionar isso tão diretamente com a acreditação [...], na intranet está divulgado.”	“Não, acho que o hospital já tem os créditos da sociedade, independente da acreditação ou não.”
A7	“Pior é que, eu acho que não! Intrinsecamente está, mas não sei se é tão transparente não [...], é Investimento versus retorno [...], tem que ser valorizado! É o registro do intangível!”	“Eu entendo que sim! Porque, de novo, perante os órgãos mantenedores a gente é bem valorizado, melhor visto eu diria. Claro que depois se estende, vem a assistência, a pesquisa, reconhecimento externo e tal. É assim.”

A8	“Sim. Tenho certeza disso. Transparência é uma das nossas, dos nossos lemas, não só na acreditação, mas enfim, a transparência institucional, nós como empresa pública federal, isso aí para nós, nós estamos tentando cada vez mais melhorar em relação a isso, mas eu tenho certeza, em relação a acreditação existe transparência sim, a respeito desses números, desses indicadores.”	“Sim. Eu acho. Eu tenho pessoas que trabalham em outros hospitais que me perguntou sobre isso. Eu acredito que sim, inclusive, eu acho que em breve nós vamos ter aqui em Porto Alegre, outros hospitais que vão buscar acreditação internacional.”
A9	“Eu acho que sim, mas eu não sei o grau que isso está sendo divulgado [...], vai ter o selo lá, o selo da acreditação vai estar lá [...], acho que não, todos não, e eu também acho que vai ser um percentual bem mínimo, bem abaixo do que a gente poderia divulgar, mas eu não posso te responder também.”	“Eu acho que sim. De novo, eu não sei avaliar, mensurar isso com relação à sociedade, mas a impressão que a gente fica é essa.”
A10	“Eu acho que sim. [...], deve estar disponível lá no site...”	“Sim. Então, eu acho que ele já é divulgado, a sociedade já consegue perceber.”
A11	“Eles refletem um processo de melhora da qualidade e a melhora da qualidade está implícita em processos de acreditação, em desenvolvimento de critérios que vão te levar a uma acreditação [...], a instituição divulga isso como o resultado da melhoria dos seus processos.”	“Não sei ainda, não consigo saber se tem uma divulgação...”

Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação a transparência, de acordo com a coordenadora do Programa Qualis, internamente, ou seja, para os colaboradores, gestores e para os órgãos reguladores, as informações divulgadas sobre o processo de acreditação e sobre o valor público estão oferecendo mais transparência para a instituição, mesmo que a informação esteja sendo passada de maneira implícita, ou seja, mesmo que o hospital divulgue o valor público criado com o processo de acreditação apenas de forma indireta, a percepção da coordenadora é que o hospital está oferecendo mais transparência, pelo menos para uma parte da sociedade.

Em contraste, a coordenadora do Programa Equalização, informa que sua percepção é que o hospital não está oferecendo mais transparência, pois não evidencia e mensura o custo e o benefício financeiro do processo de acreditação propriamente dito, e também porque o hospital investigado ainda não conseguiu relacionar e divulgar o valor público criado com o processo de acreditação, diretamente para a sociedade. Corroborando, na visão do diretor administrativo da instituição, a instituição poderia a instituição poderia melhorar sua divulgação. Este entrevistado acredita que a instituição deveria buscar iniciativas que demonstram de forma mais clara que, a estratégia de acreditação foi um bom investimento para a sociedade, e que os resultados assistenciais estão melhores do que antes e melhores do que da maioria dos hospitais públicos que não tem ainda a acreditação internacional.

Na mesma linha, a percepção da coordenadora de gestão contábil sobre o tema em questão é que as divulgações sobre o processo de acreditação internacional e sobre o valor

público ainda acontece muito de forma interna, e que o investimento versus o retorno ainda não foi explicitamente explanado e valorizado externamente, e por isso, sobre esse tema em específico, a entrevistada acredita que o hospital não está oferecendo mais transparência perante a sociedade.

Os demais entrevistados não comentaram sobre o tema “transparência” quando relacionada a divulgação do valor público criado, ou seja, os outros entrevistados relataram sobre as informações que estão sendo divulgadas em relação a estratégia de acreditação internacional. Portanto, para estes entrevistados, as percepções são que essas divulgações sobre a estratégia de acreditação internacional estão entregando mais transparência para hospital perante a sociedade.

Em relação a credibilidade, a maioria dos entrevistados (9 observações) afirmam que o hospital já tem credibilidade perante a sociedade, não pela divulgação do valor criado com o processo de acreditação internacional, mas pelo reconhecimento institucional de prestar bons serviços e pela própria conquista do selo internacional em uma instituição pública. Para a coordenadora do Programa Qualis, o fato do hospital investigado ser acreditado internacionalmente é uma credencial para conseguir mais recursos com os órgãos que fomentam a instituição. Deste modo, pode-se afirmar que, segundo os entrevistados do grupo A, o hospital possui credibilidade perante a sociedade. Porém o valor criado oriundo do processo de institucionalização da acreditação internacional ainda não trouxe aumento dessa credibilidade para o hospital investigado.

Para compreender e evidenciar a percepção dos representantes da sociedade sobre os temas “transparência e credibilidade” relacionados com o valor público oriundo do processo de institucionalização da acreditação internacional do hospital público investigado, foi elaborado o Quadro 55.

Quadro 55 – Transparência e credibilidade na percepção do grupo C

C.E.	Categoria de 1ª. ordem: Valor público; Categoria de 2ª. ordem: Legitimidade; Categoria de 3ª. ordem ou unidade de registro: Transparência	Categoria de 1ª. ordem: Valor público; Categoria de 2ª. ordem: Legitimidade; Categoria de 3ª. ordem ou unidade de registro: Credibilidade
	Unidade de contexto: fragmentos essenciais	Unidade de contexto: fragmentos essenciais
C1	“Sim, eu toco de novo naquele processo do site do hospital, que ali deixa bem claro o que o hospital está fazendo, entendeu? Isso pode ser melhorado, claro, porque existe o site que eu falei em que as pessoas podem entrar, mas nem sempre as pessoas vão entrar ali, mas a divulgação na mídia, isso poderia melhorar claro...”	“Sim, com certeza. É aquilo que nós estávamos falando antes, a percepção é que a sociedade tem foi notória, pelo processo ali, de atendimento, da qualidade das consultas e da segurança, obviamente dessas pessoas que vêm aqui para o hospital [...] traz credibilidade aqui para o hospital e recursos com certeza.”

C2	“Não, é aquilo que eu disse. Ela é divulgada, mas com restrições, exatamente, pela característica de órgão público, de limitação de recursos para poder fazer propaganda [...], a transparência existe, até por causa da lei da transparência e do acesso à informação [...], agora, se isso vai ser ou não, vamos dizer assim, conhecido pela sociedade mais massivamente, aí vai depender de outros fatores [...], agora, o diretor do hospital pode, se quiser fazer, convocar uma entrevista coletiva sobre o relatório do hospital...”	“Acho que sim. Na medida em que os processos foram melhorando as pessoas percebem, é aquilo que tu disse, o cara tem uma fitinha aqui, e mostra preocupação com o paciente, tem um atendimento de qualidade da prescrição, um controle melhor da prescrição dos medicamentos, um infecção menor do que outros lugares, a pessoa percebe, começa a aumentar sua confiança no hospital. E a credibilidade acaba sendo reforçada.”
C3	“Eu acho que não. Aumentaria o nível até de confiança, que já é muito bom hoje. É como se diz, a propaganda é a alma do negócio...”	“[...], mas não há essa necessidade, porque em qualquer município aqui no Estado, qualquer usuário vai querer ser atendido aqui...”
C4	“Ainda insuficientes! [...], porque infelizmente isso ainda não está sendo divulgado e conversado com a sociedade de uma forma transparente como deveria.”	“Oferece credibilidade, mas a credibilidade poderia ser bem maior, a partir do momento que ela fosse feita a divulgação e a torná-la ao conhecimento da própria população, porque os meios existem. [...], então, o que necessita realmente é uma maior divulgação! [...], portanto, ela poderia ser e ter um reconhecimento muito maior, a partir do momento que se divulgasse. E as pessoas realmente tivesse conhecimento do verdadeiro significado, do que isso significa.”

Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação ao tema “transparência” para o entrevistado C1, as divulgações sobre o processo de acreditação internacional oferecem transparência para a sociedade, mesmo que ainda precise ser melhorada na questão da propaganda pela mídia.

Em contraste, na percepção do entrevistado C4, as informações que estão sendo divulgadas sobre o processo de acreditação internacional e sobre o valor público oriundo deste processo ainda são insuficientes para dar transparência para a sociedade. Para este entrevistado, a instituição poderia esclarecer e conversar mais com a própria sociedade sobre os benefícios do processo de acreditação internacional. Corroborando, o entrevistado C3 acredita que as divulgações que estão sendo feitas sobre o valor público criado não estão fornecendo transparência para a instituição investigada. Para este entrevistado se o valor público fosse divulgado, aumentaria o nível de confiança do hospital. O entrevistado C2 acredita que o processo de acreditação internacional ainda não está sendo tão divulgado e transparente, mas isso ocorre devido as restrições da instituição por ser um órgão público e pela limitação de recursos que existe nas instituições públicas. Sendo assim, pode-se afirmar que para a maioria dos entrevistados do grupo C, as informações que estão sendo divulgadas sobre o processo de acreditação e sobre o valor público criado não estão fornecendo mais transparência para a instituição investigada.

Em relação a questão da credibilidade, nas percepções de todos os entrevistados, o hospital já possui credibilidade perante a sociedade, não pela divulgação do processo de

acreditação internacional em si, mas por as pessoas perceberem que a cada dia o hospital está melhorando e pelo diferencial do atendimento oferecido para a sociedade. De acordo com os entrevistados C3 e C4 com mais divulgações sobre o valor público criado oriundo do processo de acreditação internacional, aumentaria para o hospital, o nível de confiança e de credibilidade que ele já possui perante a sociedade. O entrevistado C4 enfatiza que existe a necessidade de mais divulgações sobre o processo de acreditação internacional, porque sendo assim, as pessoas talvez tivessem mais conhecimento do verdadeiro significado do que representa esse selo internacional para o hospital e para a sociedade. Portanto, os relatos dos representantes da sociedade confirmam que, o hospital investigado já possui credibilidade perante a sociedade, mas essa credibilidade independe das divulgações realizadas sobre o valor público criado pelo processo de acreditação internacional.

A partir dessas informações pode-se afirmar que, para os representantes da sociedade, as divulgações que estão sendo realizadas sobre o valor criado oriundo do processo de institucionalização da acreditação internacional não são capazes de fornecer mais transparência e credibilidade para a instituição investigada.

Por fim, analisando todos os relatos dos entrevistados desta seção, percebe-se que, no hospital investigado os elementos de valor público criados com a institucionalização da acreditação hospitalar internacional, estão somente estão legitimados perante a sociedade interna, ou seja, pelos colaboradores, gestores e pelo conselho administrativo da instituição investigada, através da intranet, de boletins internos e até mesmo do relatório de gestão. Além disso, o valor público intangível ainda não está sendo mensurado e nem pelo menos está sendo divulgado a percepção de valor público para o governo e as partes interessadas pela instituição. Ademais, quando os elementos de valor público são divulgados no relatório de gestão, no *website* da instituição, não existe qualquer relação que seja realizada pela instituição que promova o entendimento ou educação para as partes interessadas de que aquele valor público criado se refere aos benefícios gerados pelo processo de institucionalização da acreditação hospitalar internacional para a sociedade. Porém, o correto seria ter um processo de criação, mensuração e divulgação dos elementos de valor público para a sociedade interna e externa, para que o valor público fosse efetivamente legitimado pelas partes interessadas.

Em síntese, em relação à criação de valor público constatou-se que na instituição investigada foram apontados 42 (quarenta e dois) elementos de valor público criados com o processo de acreditação internacional. Além disso, também foi mostrado que foram percebidos mais elementos de valor público tangíveis (29 elementos) do que intangíveis (13

elementos). Ademais, foi revelado que, os valores encontrados que foram categorizados como “valor público dos profissionais e valor público da instituição” tem forte relação com a segunda dimensão do triângulo de Moore (1995). Em relação a mensuração do valor público, foi evidenciado que os elementos de valor público tangíveis são coletados e mensurados pelos comitês e pelas lideranças e são divulgados através de indicadores para a sociedade interna. Estes indicadores de valor público são: indicador de higiene de mãos; matriz de capacitação; adesão a lista de cirurgia segura; indicador de controle de infecção; indicador das metas internacionais; indicador das quedas do paciente; eventos adversos; taxa de analgesias no centro obstétrico ou analgesias de parto; acompanhamento dos terceirizados; indicador de lei de dias; satisfação do cliente; taxa de conformidade de descarte de resíduos; e tempo do paciente de infarto.

No que se refere a divulgação do valor público, foi evidenciado que, as informações sobre o processo de acreditação internacional e a criação de valor público com a institucionalização da estratégia está sendo pouco divulgada para a sociedade. Foi mostrado também que nos relatórios de gestão não foram divulgados pelos gestores públicos, por exemplo qual seria o valor público criado com a nova estratégia de acreditação internacional no hospital público investigado para o governo e para o público interessado. No mais, foi revelado que no hospital investigado os elementos de valor público criados com a institucionalização da acreditação hospitalar internacional estão somente legitimados perante a sociedade interna, ou seja, pelos colaboradores, gestores e pelo conselho administrativo da instituição investigada, através da intranet, de boletins internos e até mesmo do relatório de gestão. Além disso, o valor público intangível ainda não está sendo mensurado, e nem pelo menos está sendo divulgada a percepção de valor público para o governo e as partes interessadas pela instituição. Por fim, esses resultados confirmam a proposta de tese desta pesquisa.

Concluída a etapa de apresentação e análise dos resultados, a seguir foi desenvolvida a discussão dos resultados encontrados.

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo são discutidos os principais resultados relacionados com a criação de valor público no processo de institucionalização da acreditação hospitalar internacional. Primeiramente, a questão, os objetivos e as proposições da pesquisa são revisadas e seus principais resultados são discutidos. E por fim, apresenta-se o modelo conceitual que resultou da pesquisa, que foi revisado e discutido a partir do modelo conceitual inicial.

5.1 ESTRATÉGIA DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR INTERNACIONAL, MUDANÇAS E PROCESSOS INSTITUCIONAIS

O primeiro objetivo específico desta pesquisa propôs verificar quais foram os fatores determinantes para a busca da estratégia de acreditação hospitalar internacional na instituição investigada. Observou-se que dentre os fatores determinantes aqueles resultantes de pressões isomórficas miméticas – melhoria da segurança, melhoria da qualidade, desafio e competição, comparação – e de pressões normativas – padronização de processos, alternativa adequada, busca de padrões elevados e mais rigorosos – se destacaram mais. As pressões coercitivas - ser modelo de excelência ou referência no Brasil, reconhecimento e maior visibilidade – se destacaram menos. Portanto, constata-se que a busca pela estratégia de acreditação hospitalar internacional na instituição investigada foi fundamentalmente para adquirir mais qualidade e mais segurança para o paciente. Além disso, ficou bastante evidente com os relatos das entrevistas que, direção da instituição investigada tinha um desejo de ser um hospital universitário acreditado internacionalmente para conseguir ter processos melhores e padronizados e com isso, ter reconhecimento e ser referência no Brasil. Ademais, para os gestores da instituição investigada, ser acreditado internacionalmente tratava-se de um grande desafio para a instituição e para os colaboradores. Essa situação impulsionou ainda mais instituição para não desistir e conquistar o desejado selo internacional. Estes achados corroboraram com os resultados de Alyahya, Hijazi e Harvey (2016) que encontraram que os três componentes da teoria institucional (pressão coercitiva, mimética e normativa) foram impulsionadores na busca da acreditação.

Dado o reconhecimento da posição de excelência da instituição entre os hospitais públicos – prêmios, entrevistas – não foram observadas pressões dos órgãos financiadores, do sistema de saúde nem dos pacientes. Sobre estes últimos, destacar que há um intermediário do sistema que aloca os pacientes, o que faz com que estes últimos não tenham voz ativa ou ações em relação a legitimação do valor público.

Além disso, foi encontrado que o investimento alocado na estratégia de acreditação foi um investimento alto para a instituição. Esses achados corroboram os achados de Junqueira (2015) e Xavier, et al. (2015), que concluíram que institucionalização da acreditação hospitalar tem um custo bastante oneroso. Ademais, foi encontrado que com a implantação da acreditação hospitalar internacional foi modificada toda a estruturação de matriz de capacitação e as regras da instituição. Estes resultados fortalecem a teoria institucional pela ótica de North (1990) quando o autor afirma que o processo de mudança institucional implica em alterações nas regras formais e informais. Outrossim, também foi encontrado que o motivo do investimento alto na implantação da acreditação, ocorreu por causa da necessidade de realizar melhorias na instituição, como mudanças na estrutura física, mudança nos processos, alocação e contratação de recursos humanos e criação de um setor específico (Qualis) para a manutenção e continuidade da acreditação. Esses resultados consolidam novamente a teoria institucional, pois, de acordo com North (1990) a institucionalização ocorre a partir de uma mudança na organização e esta mudança ocorre sempre de forma incremental, ou seja, a mudança institucional acontece de maneira lenta, contínua e gradativa (NORTH, 1990). A Figura 16 (p. 109) exemplificou as relações existentes entre os investimentos para a implantação da acreditação e a mudança institucional sugeridas pro North (1990).

Todas as mudanças encontradas e ilustradas na Figura 16 (p. 109), ou seja, as mudanças na estrutura física, as mudança nos processos, as mudança na estruturação da matriz de capacitação, as mudança nas regras, e a alocação e contratação de recursos humanos estão relacionadas diretamente com a mudança institucional de NORTH (1990). Portanto, constata-se que, por causa das mudanças institucionais ocasionadas pela implantação da acreditação hospitalar internacional, foram necessários investimentos altos na instituição investigada, e o investimento realizado foi necessário para concretizar a mudança institucional. Esses resultados assemelham-se com os achados de Camargo et al. (2014) que concluíram que para conquistar o título de certificação internacional, o hospital investigado precisou realizar um conjunto de mudanças estratégicas para adaptar-se às normas e exigências internacionais. Por causa dessas mudanças institucionais e dos investimentos alocados na instituição investigada para a conquista da acreditação internacional, o hospital conseguiu processos mais qualificados, regras mais robustas voltadas para a qualidade e segurança do paciente e profissionais mais capacitados para a sociedade, ou seja, as mudanças e os investimentos trouxeram elementos de valor público para a sociedade.

Cabe ressaltar que foi constatado pelas análises das entrevistas, pelos relatórios de gestão e demonstrações contábeis que esses investimentos ocasionados pelas mudanças

institucionais não foram contabilizados como investimento oriundo da acreditação hospitalar internacional. Ou seja, não foi criada nenhuma conta contábil para controlar os custos e os investimentos com a estratégia de acreditação internacional. Nas demonstrações contábeis esses investimentos foram alocados nos orçamentos como despesas com investimentos com obras e instalações e equipamentos e material permanente. As contabilizações em contas específicas para determinado projeto numa instituição pública, além de trazer mais controle e monitoramento para a instituição, possivelmente deixaria prestações de contas mais transparentes para o governo e para a sociedade.

Para compreender com mais profundidade as mudanças institucionais ocorridas na instituição investigada com a busca da estratégia de acreditação hospitalar internacional, foram explorados os três mecanismos de isomorfismo institucional, oriundos da teoria institucional: isomorfismo coercitivo, isomorfismo mimético e isomorfismo normativo. Os resultados encontrados revelam que dos três tipos de isomorfismo institucional, o isomorfismo mimético e normativo foram os que mais impulsionaram as mudanças institucionais na busca da acreditação internacional no hospital investigado. As pressões isomórficas miméticas encontradas foram: benchmarking, padrões de comparação internacional, impacto na pesquisa, valorização institucional e busca por tecnologia mais desafiadora, rigorosa e completa. Em relação ao isomorfismo normativo, as pressões encontradas foram: criação de programas e comissões, profissionalização da instituição, matriz de capacitação institucional, cursos presenciais e EAD, e replicação de conhecimentos.

Todas essas pressões isomórficas institucionais foram sofridas durante a busca da estratégia de acreditação institucional no hospital público acreditado investigado. Por causa das pressões miméticas e normativas sofridas, a instituição investigada conseguiu se planejar e se organizar até conseguir conquistar o selo de acreditação internacional. Além disso, essas pressões também impulsionaram a instituição investigada buscar a melhoria da capacidade institucional e melhoria da capacitação dos profissionais, ou seja, a instituição investigada a medida que sofria as pressões isomórficas, simultaneamente criava valor público para a instituição, para os profissionais de saúde e para a sociedade. O processo de busca pela acreditação internacional é um processo bastante complexo. A instituição pública investigada preparou-se durante quatro anos para conseguir conquistar o tão desejado selo de acreditação internacional. E com isso, com essa experiência da instituição, ficou bastante claro para os colaboradores e gestores que a cultura adquirida pela instituição, não foi a cultura da acreditação, ou seja, de ter somente o selo propriamente dito, mas com a acreditação internacional criou-se a cultura da qualidade e da segurança para o paciente. Portanto,

respondendo a P1, pode-se afirmar que as mudanças institucionais sofridas pela busca da acreditação hospitalar internacional no hospital público investigado foram influenciadas pelas pressões isomórficas mimética e normativa. Estes resultados assemelham-se com os resultados de Mamedio (2014) e Silva, Dani e Santos (2018) que encontraram que o isomorfismo normativo foi o responsável pela adoção do processo de certificação de acreditação hospitalar.

A instituição investigada quando buscou a acreditação hospitalar internacional já possuía um selo nacional, porém buscava por uma tecnologia mais desafiadora, rigorosa e completa. Então, a instituição pesquisou e realizou benchmarking em outras instituições hospitalares e percebeu que a acreditação internacional da JCI se enquadrava nos parâmetros almejados pela instituição. A partir dessa informação o hospital investigado se organizou e buscou conquistar o selo hospitalar internacional, tornando-se o primeiro hospital público acreditado internacionalmente, sendo exemplo, referência e/ou modelo para os demais hospitais públicos nacionais. Além disso, cabe ressaltar que a criação de programas e comissões, e a profissionalização da instituição foram fundamentais para a conquista da nova estratégia de acreditação. Sendo assim, a experiência da busca pela estratégia de acreditação internacional trouxe mais conhecimentos, mais valorização e o sentimento de orgulho institucional para a instituição investigada. Esses achados são semelhantes aos resultados encontrados por Camilo et al., (2016) e Owino (2018) pois os autores concluíram que, os funcionários das instituições investigadas têm orgulho/satisfação em trabalhar na instituição por ser um hospital acreditado.

Após analisar todo o processo de institucionalização da estratégia de acreditação hospitalar internacional do hospital investigado, constatou-se que além de sofrer pressões isomórficas, o processo de acreditação internacional percorreu por todas as etapas de institucionalização sugeridas por Tolbert e Zucker (1999). A Figura 29 (p. 173), resumiu as relações encontradas entre o processo de acreditação internacional no hospital público investigado e o processo de institucionalização, principalmente na etapa final, ou seja, na etapa de sedimentação.

Constatou-se pela Figura 29 (p. 173) que, o processo de acreditação internacional no hospital investigado apresentou fatores no início do processo (impactos organizacionais e as políticas institucionais) que estão relacionados com a primeira etapa do processo institucional de Tolbert e Zucker (1999), a etapa de habitualização. Apresentou elementos (estrutura organizacional, fatores críticos, monitoramento organizacional e custos hospitalares) que estão diretamente ligados com a etapa de objetificação do processo institucional. E por fim, o processo de acreditação hospitalar internacional, apresentou aspectos que foram relacionados com a etapa de sedimentação, ou seja, para dar continuidade e manutenção do processo foi

necessário: criar uma estrutura de apoio; a preparação constantemente para as avaliações do processo; realizar os monitoramentos periódicos; capacitar os colaboradores; e a contratação das consultorias bimestrais e anuais da CBA. Para superar ou reduzir as resistências operacionais na instituição, primeiramente foi necessário a conscientização dos colaboradores de que a iniciativa da estratégia de acreditação foi da alta direção do hospital. Além disso, foi fundamental para a redução das resistências, o comprometimento e motivações das lideranças da instituição, dando apoio e significado ao processo de acreditação, além de incentivar fortemente a incorporação da cultura de segurança do paciente na instituição. As lideranças da instituição investigada trabalharam arduamente para o desenvolvimento e sucesso do processo de institucionalização da acreditação hospitalar internacional. Portanto, respondendo a P2, pode-se confirmar que o processo de institucionalização da acreditação hospitalar internacional, transcorre por meio de um processo que contempla as etapas de habitualização, objetificação e sedimentação sugeridas por Tolbert e Zucker (1999). Isso significa que a prática não divergiu da teoria, ou seja, a investigação empírica confirma que o processo de acreditação internacional no hospital público investigado, funciona igualmente o processo institucional de Tolbert e Zucker (1999). Ademais, foi verificado que, somente após a finalização do processo de institucionalização da acreditação internacional, a instituição investigada percebeu que durante todo esse processo houve a criação de valor público para a sociedade. Os próximos tópicos (5.2, 5.3 e 5.4) abordarão mais detalhes sobre o valor público criado durante o processo de acreditação internacional e sua legitimidade para a sociedade. Esses resultados encontrados diferem dos achados de Silva (2014), que concluíram que as práticas hospitalares do hospital investigado acreditado internacionalmente, apresentaram-se semi-institucionalizadas, ou seja, não transcorram pelas três etapas do processo de institucionalização.

Cabe ressaltar que, na etapa de objetificação do processo de acreditação hospitalar internacional no hospital público investigado foram relatados inúmeros desafios, como: interação das pessoas; mudança de comportamento das pessoas; mudança de cultura da segurança do paciente; medicamentos; trabalhar/lidar com pessoas, investimento/mudança na estrutura física; custos de organização; o *checklist* de cirurgia segura; a rastreabilidade dos materiais; burocratização; processo licitatório para as contratações; qualificação de pessoas; arquivamento de documentos; adequação dos espaços; adequar os processos em um ambiente de superlotação; comunicação entre as pessoas; as mudanças dos processos; envolvimento da universidade; e a resistência cultural das pessoas. Portanto, percebe-se que, no geral, as pessoas e seus comportamentos, aparentemente, foram os maiores desafios para a instituição e que a etapa de objetificação da institucionalização da acreditação hospitalar internacional no hospital

público investigado foi, aparentemente, a etapa mais complexa do processo. E para enfrentar a complexidade desta etapa, foram criados programas, comissões e subcomissões para gerenciar e monitorar os desafios e as demandas oriundas do processo de acreditação hospitalar internacional na instituição investigada. Os desafios encontrados na etapa de objetificação estão fortemente relacionados com o valor público criado, principalmente para a sociedade interna, pois esses desafios trouxeram um nível maior de conhecimento e aprendizado para os profissionais da saúde da instituição e esse conhecimento e aprendizado adquiridos com a experiência da implantação desse processo, todos os anos são replicados para os novos colaboradores e para os novos residentes da instituição. Lembrando que esses últimos, possuem uma rotatividade muito grande dentro da instituição investigada, pois trata-se de um hospital universitário, sendo assim, todos os anos os colaboradores passam pelo desafio de ensinar todo o processo para os novos residentes, diferentemente do que aconteceria se o hospital investigado fosse um público comum, sem esse diferencial. Mais detalhes sobre o valor público percebido durante o processo de institucionalização, serão abordados nos tópicos 5.2 e 5.3. Esses resultados assemelham-se com os achados de Mansour (2018), onde os desafios encontrados com a implantação da acreditação pela JCI foram: a resistência à mudança, escassez de mão-de-obra, falta de conhecimento dos funcionários sobre credenciamento, dificuldades financeiras e falta de comprometimento da alta gerência.

Além disso, cabe destacar que, os benefícios esperados com o processo de institucionalização da acreditação internacional, ou seja, as expectativas de contribuição para a sociedade com a busca pela estratégia de acreditação hospitalar internacional mais relatadas pelo hospital investigado foram: ter um hospital mais seguro (8 observações) e a melhoria da qualidade (4 observações). Outras expectativas da sociedade interna e externa também foram citadas, porém com menos intensidade, foram: aprimoramentos dos processos; assistência sem erros; respeito e consideração; orgulho institucional; atendimento diferenciado; educação; capacitação; qualificação do trabalho e valorização como profissional. No próximo tópico, os elementos de valor público que foram realmente criados com o processo de acreditação internacional no hospital investigado, serão abordados com detalhes e serão comparados com as expectativas e os benefícios esperados para a sociedade.

5.2 CRIAÇÃO DE VALOR PÚBLICO NA SAÚDE

O segundo objetivo específico desta pesquisa foi identificar os elementos de valor público criado no âmbito da saúde pelo hospital público investigado com a institucionalização da acreditação hospitalar internacional. Os resultados identificaram 42 (quarenta e dois)

elementos de valor público que foram criados no hospital investigado com o processo de acreditação hospitalar internacional. Cabe destacar que os elementos de valor público mais relatados foram: um hospital mais seguro, incluindo a segurança para o paciente e o profissional e a cultura de segurança, e a melhoria da qualidade dos serviços prestados no hospital. O Quadro 45 (p. 183) ilustrou os elementos de valor público encontrados e a estrutura criada pela pesquisa que dividiu os elementos de valor público por categoria (valor público para a sociedade; valor público para os profissionais; e valor público para a instituição) por tipo de valor público (tangível; e intangível).

A pesquisa apontou que foram percebidos 42 (quarenta e dois) elementos de valor público. Desses elementos, a maioria são tangíveis (29 elementos), ou seja, mais fácil de quantificar e mensurar, e o restante são intangíveis (13 elementos), ou seja, mais difícil de quantificar e de mensurar. Constata-se que os elementos de valor público, como a segurança do paciente, atendimento com qualidade, profissionais capacitados e melhoria dos processos internos, também eram as expectativas de contribuição para a sociedade, ou seja, os benefícios esperados pela sociedade realmente foram efetivados pela instituição investigada com a institucionalização da acreditação hospitalar internacional. Esses elementos de valor público encontrados na pesquisa e evidenciados no Quadro 45 (p. 183) assemelham-se com os resultados de Williams, Kang & Johnson (2016) e Wilson (2017) que acharam como elementos de valor público na saúde: a segurança, a aprendizagem e a redução de custos. E diferem com os achados de Mansour (2018) pois, o autor concluiu que não foi demonstrado nenhum valor percebido no engajamento da acreditação nos três hospitais públicos investigados.

Essa estrutura que foi demonstrada no Quadro 45 (p. 183), que sintetizou os elementos de valor público, foi criada principalmente para identificar quais elementos de valor público são tangíveis, ou seja, mais quantificáveis e mais fáceis de serem mensurados, e quais os elementos são intangíveis, ou seja, os elementos mais difíceis de serem mensurados, e futuramente, se for o caso, identificar quais são os elementos de valor público que poderão ser contabilizados na instituição investigada. Esses 42 (quarenta e dois) elementos de valor público achados na pesquisa contribuem para a o conhecimento sobre valor público, pois atualmente existe uma escassez sobre quais são os valores públicos criados com as estratégias das instituições públicas, principalmente na área de saúde, devido o alto grau de complexidade dessas organizações. Esses resultados assemelham-se com os achados de Schlichter, Svejvig & Andersen (2014), que criaram de uma estrutura para medir valor público, que consiste em indicadores de qualidades e categoria de valores oriundos da implementação de um sistema integrado de Tecnologia de Informação (TI) no Serviço de Saúde das Ilhas Faroé.

Vale ressaltar que, a pesquisa encontrou alguns elementos de valor público bem diferenciados, para os quais cabe destaque em relação aos demais, como: o respeito às crenças dos pacientes; os contratos com menos custos; o valor educativo; e poder de negociação. O poder de negociação, por exemplo, refere-se a questão política, pois a conquista do selo internacional serviu de argumento para a instituição, no momento da assinatura dos contratos, para conseguir mais recursos com os órgãos governamentais, seja no âmbito municipal, estadual e até mesmo federal, como por exemplo, a negociação com os ministérios da saúde e da educação, pois como trata-se de um hospital público universitário acreditado internacionalmente, na negociação dos recursos, a instituição foi considerada como um hospital destaque e diferenciado entre as demais instituições públicas, ou seja, uma vitrine para os demais hospitais públicos no país que almejam atender o paciente com mais qualidade e mais segurança. Estes resultados corroboram com os achados de Mansour (2018), que encontrou que uma das vantagens da acreditação hospitalar é o aumento nos orçamentos dos hospitais públicos. Além de ganhos adicionais com os órgãos governamentais, com institucionalização da estratégia de acreditação hospitalar internacional, um hospital público universitário acreditado internacionalmente, pode conquistar também recursos de fomento com entidades privadas, tanto para pesquisa, quanto para desenvolvimento, ou seja, um benefício extra para quem faz a gestão dessas instituições.

A Figura 30 (p. 184) ilustrou alguns dos elementos de valor público encontrados no hospital público investigado e acreditado internacionalmente, que estão relacionados com o processo de institucionalização de Tolbert e Zucker (1999) e a teoria de valor público de Moore (1995). Na Figura 30 (p. 184) constatou-se que, ao buscar a estratégia de acreditação internacional, a instituição investigada sofreu pressões isomórficas miméticas e normativas. Essa nova estratégia criou novos processos institucionais. Os novos processos geraram diversos impactos organizacionais, mudanças nas políticas, mudança na estrutura organizacional e diversas resistências operacionais que surgiram com as mudanças nos processos da instituição. Essas mudanças nos processos criaram valor público, ou seja, benefícios coletivos tangíveis ou intangíveis para a sociedade interna e externa, que foram percebidos pela instituição somente no final do processo de institucionalização da acreditação hospitalar internacional. Porém, mesmo que os elementos de valor público tenham sido percebidos somente no final do processo, estes podem ser criados durante todo o processo institucional, ou seja, o valor público pode ser criado em qualquer uma das três etapas do processo de institucionalização. Como exemplo, observou-se o respeito às crenças, que é um valor público que foi criado durante um procedimento cirúrgico e/ou durante a internação do paciente, que foi gerado na etapa de

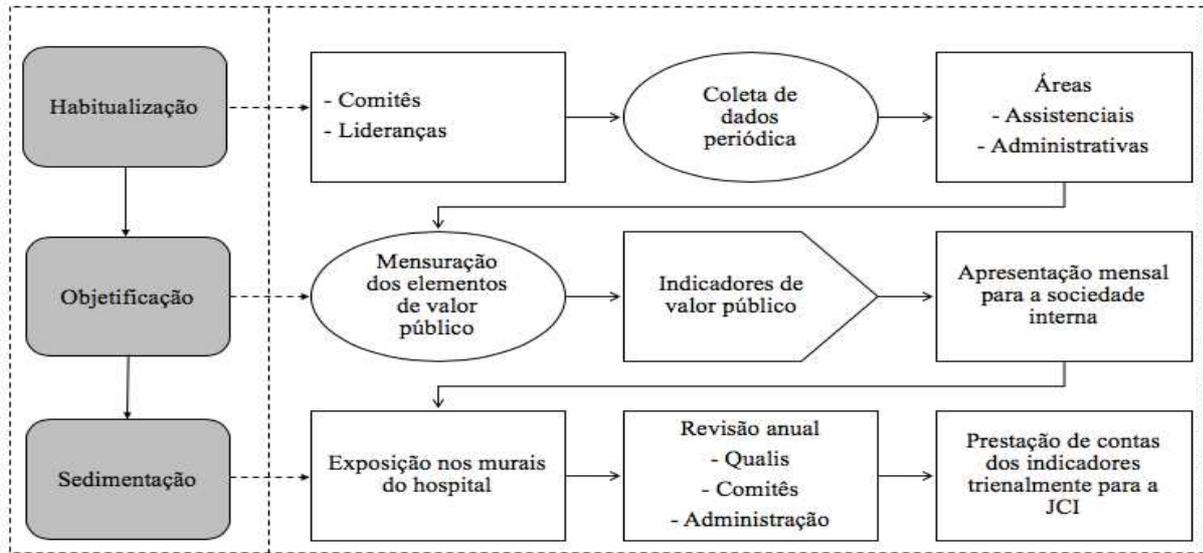
habitualização, ou seja, bem no início da institucionalização da estratégia de acreditação internacional, quando a JCI solicitou a criação das políticas da instituição. Este valor público parece ser bastante relevante para a sociedade, pois refere-se ao profissional saber lidar e respeitar as pessoas e suas convicções num dos momentos mais delicados de sua vida: no momento que ele está doente e é um paciente dentro de um hospital. Esses achados assemelham-se aos resultados de Agrizzi, Agyemang e Jaafaripooyan (2016) que descobriram que é a religião desempenhou um papel importante em relação ao sistema de acreditação, explicando e garantindo a conformidade com os controles externos.

Além disso, os valores encontrados que foram categorizados como “valor público dos profissionais e valor público da instituição” tem forte relação com a segunda dimensão do triângulo de Moore (1995), ou seja, com a “capacidade operacional”, como por exemplo o aumento da infraestrutura e dos investimentos; os profissionais capacitados; o conhecimento/aprendizagem; e o poder de negociação. Portanto, constatou-se que ao mesmo tempo que se cria valor público, estão sendo criadas ou mudadas as capacidades operacionais da instituição.

5.3 MENSURAÇÃO E DIVULGAÇÃO DO VALOR PÚBLICO

O terceiro objetivo específico foi analisar como foram mensurados e divulgados os valores públicos criados com a institucionalização da acreditação hospitalar internacional. Nos resultados da pesquisa, constatou-se que os elementos de valor público criados pelo processo de institucionalização da acreditação hospitalar internacional, tangíveis, são mensurados pelos comitês de cada área de atuação da instituição e são evidenciados por intermédio de indicadores hospitalares. Em relação aos elementos de valor público intangíveis, estes ainda são somente percebidos, ou seja, não são mensurados pela instituição investigada nem formalmente e nem informalmente, e muito menos são registrados contabilmente. A Figura 39 resume como funciona o processo de mensuração de valor público, tangível, no hospital investigado.

Figura 39 – Processo de mensuração de valor público no hospital público acreditado internacionalmente



Fonte: Elaborada pela autora.

De acordo com a Figura 39, verifica-se que na comparação do processo de institucionalização Tolbert e Zucker (1999) com o processo de mensuração do valor público, nota-se que quando os comitês e as lideranças das áreas assistenciais e administrativas realizam periodicamente a coleta de dados dos elementos de mensuração de valor público tangíveis, essa etapa do processo de mensuração pode ser caracterizada como habitualização. Após as mensurações, esses dados são transformados em indicadores. Esses indicadores são apresentados em reuniões mensais, para toda a sociedade interna da instituição, pelos comitês e pelas lideranças de cada área do hospital, nesse momento percebe-se a etapa de objetificação. Após a apresentação dos indicadores para toda a instituição, os indicadores são expostos nos murais existentes no hospital. Além disso, esses indicadores são gerenciados e monitorados periodicamente pelo Qualis e são revisados anualmente pelo Qualis, pelos comitês e pela administração do hospital. E por fim, trienalmente, são realizadas as prestações de contas desses indicadores para os auditores externos da JCI, sendo assim, o processo foi sedimentado. Esses achados respondem à questão de pesquisa e ao mesmo tempo atende o objetivo geral proposto nesta tese que era analisar como ocorre a mensuração e a divulgação da criação de valor público no processo de institucionalização da acreditação hospitalar internacional no hospital público investigado.

Cabe ressaltar que, mesmo com o processo institucionalizado, a instituição investigada ainda possui dificuldades em mensurar os indicadores de valor público, mesmo sendo tangíveis. Quando ocorre essa dificuldade de mensuração, na instituição investigada, quem geralmente fornece ajuda nas mensurações, principalmente para as áreas assistenciais, são as assessoras de

planejamento e avaliação. Nesse momento, percebe-se uma oportunidade ímpar para o profissional contábil, pois trata-se de um profissional capacitado para fornecer ajuda nas questões de mensuração de elementos tangíveis e intangíveis, pois a Norma Brasileira de Contabilidade NBC TSP 08 já exige desses profissionais que sejam feitas as mensurações dos ativos intangíveis, ou seja, são profissionais que sabem mensurar e lidar com os intangíveis. Além disso, possivelmente no futuro, pode ser que as próprias normas contábeis ou os auditores de contabilidade poderão exigir controles e contabilização desses elementos de valor público nas instituições públicas. Porém, constata-se que, ainda existe um afastamento da classe contábil em relação a mensuração do valor público oriundo do processo de acreditação hospitalar internacional no hospital público investigado. Os profissionais da classe contábil deveriam atentar a todos os processos e estratégias existentes nas organizações públicas, principalmente aqueles sobre criação de valor público, pois a contabilidade trabalha com o processo final de recolhimento e divulgação de todas informações das organizações para tornar a *accountability* mais abrangente (GAINS e STOKER, 2009)).

Os indicadores que representam os elementos de valor público, que são tangíveis e que podem ser mensurados, e que foram criados com o processo de institucionalização da acreditação hospitalar internacional são: indicador de capacitação; indicador de incidentes graves; indicador de higiene de mãos; indicador de registros de eventos adversos; indicador de média de permanência; indicador de aumento em repasse; indicador de aumento imobilizado ou investimento; indicador de mortalidade; indicador de custo; taxa de analgesias no centro obstétrico ou analgesias de parto; acompanhamento dos terceirizados; indicador de lei de dias; satisfação do cliente/paciente; taxa de conformidade de descarte de resíduos; tempo do paciente de infarto; e os indicadores de metas internacionais de segurança do paciente que são 6 (seis): meta 1: identificação adequada ou correta do paciente; meta 2: melhorar a eficácia da comunicação; meta 3: melhorar a segurança de medicamentos de alta vigilância; meta 4: garantir a cirurgia segura; meta 5: reduzir o risco de infecções; meta 6: reduzir o risco de danos aos pacientes resultantes de quedas. Os indicadores encontrados têm verossimilhança com alguns dos indicadores de valor público achados na pesquisa Schlichter, Svejvig & Andersen (2014), como por exemplo, a satisfação do paciente e o tempo de permanência no hospital.

Em relação a divulgação do valor público, foi constatado que os elementos de valor público, tangíveis, que foram criados pela institucionalização do processo de acreditação hospitalar internacional, que são mensurados e demonstrados através de indicadores de valor público, atualmente somente são divulgados internamente. Estes indicadores estão disponíveis na intranet da instituição investigada, relacionados ao planejamento estratégico, dentro do

planejamento tático e operacional da instituição, e por intermédios de relatórios e boletins internos são divulgados para os colaboradores, gestores e para o conselho de administração da instituição. Na Figura 39 fica claro que a *accountability* sobre o valor público não está sendo plena quanto à divulgação e evidenciação para o público externo, ou seja, não está sendo disponibilizado acesso às informações de mensuração e divulgação dos elementos de valor público aos cidadãos, governo, partes interessadas e outros *stakeholders*, incluindo a academia, e a imprensa (MOORE, 1995; KOPPELL, 2005), principalmente sobre o valor público intangível, percebido pelos agentes públicos.

Além disso, para triangular com as informações colhidas nas entrevistas, realizou-se um mapeamento nos relatórios de gestão da instituição. Após o mapeamento dos indicadores de valor público divulgados no período de 2013 a 2018, constatou-se que apenas 6 (seis) dos 21 (vinte e um) indicadores de valor público criados com a institucionalização da estratégia de acreditação internacional, de forma implícita e sem relacionamento com o valor público, estão sendo divulgados anualmente, desde quando foi institucionalizado o processo de acreditação. Essa constatação contrasta com a teoria do valor público de Moore (1995), para a qual todos os 21 (vinte e um) indicadores de valor público deveriam ser mensurados e divulgados nos relatórios de gestão para o acompanhamento da sociedade.

Ademais, constatou-se que destes 6 (seis) indicadores, três que estão sendo divulgados implicitamente nos relatórios de gestão, de forma contínua, estão relacionados diretamente com o valor público principal da instituição, que é a “segurança do paciente”, ou seja, o indicador de infecções hospitalares, o indicador de adesão à higienização das mãos e o indicador de eventos adversos com dano grave ao paciente. E, pelo menos 1 (um) dos indicadores aparentemente está relacionado, mesmo implicitamente, com a qualidade do paciente: satisfação do cliente/paciente. Com base nos dados encontrados desses quatro indicadores de valor público relacionados com a “segurança do paciente” e com a “qualidade do paciente”, a pesquisa ilustrou a evolução de cada um desses indicadores comparando-as com os aumentos dos custos dos serviços e constatou com as simulações que aparentemente existem indícios de que já ocorreu o custo-benefício com a institucionalização da estratégia de acreditação internacional no hospital investigado, pois por mais que a institucionalização do processo de acreditação hospitalar internacional tenha aumentado os custos dos serviços na instituição, existe indícios que aumentaram também a segurança e a qualidade do paciente na instituição investigada, ou seja, aumentou os custos, mas o processo de acreditação institucionalizado também trouxe aumento da qualidade e aumento da segurança para a sociedade. Portanto, a partir dessas informações, pode-se confirmar parcialmente a P3, ou seja, os valores criados pelo

processo de acreditação nos hospitais públicos foram derivados do aumento da qualidade e do aumento da segurança para o paciente. Cabe considerar que, todas essas informações sobre o custo-benefício com a estratégia de acreditação internacional, poderiam e deveriam ter sido divulgadas ao público externo.

Vale destacar as mudanças significativa que foram apresentadas no relatório de gestão do ano de 2018 (publicado em 2019), especificamente na apresentação do planejamento estratégico da instituição, pois diferentemente dos demais relatórios de gestão dos exercícios anteriores, no ano de 2018 os indicadores hospitalares (incluindo os indicadores de valor público) foram vinculados ao objetivo estratégico da instituição. Sendo assim, o relatório de gestão deste ano evidenciou mais transparência nas informações direcionadas para a sociedade externa, ou seja, neste exercício melhorou significativamente a *accountability* da instituição investigada para a sociedade externa. Essa mudança, aparentemente, originou-se dos questionamentos realizados aos gestores públicos, por esta pesquisa, sobre a evidenciação e divulgação do valor público para a sociedade externa. Ademais, vale lembrar que, segundo Pinho e Sacramento (2009), anualmente órgãos fiscalizadores como a Controladoria Geral da União (CGU), além das funções administrativas de controle, prevenção, correição e ouvidoria das contas públicas, motiva e exige das instituições públicas a melhoria da *accountability*.

5.4 LEGITIMIDADE DO VALOR PÚBLICO CRIADO

O quarto objetivo específico foi apontar como o valor público criado a partir do processo de acreditação hospitalar internacional foi efetivamente legitimado para as partes interessadas. Constatou-se que, os objetivos da estratégia de acreditação internacional até foram explanados no planejamento estratégico e divulgados no relatório de gestão de 2011, da instituição investigada. Porém, a partir de 2013 até 2018, nos relatórios de gestão, ainda não foram divulgados quais foram os benefícios coletivos para a sociedade, ou seja, não foi divulgado pelos gestores públicos, qual seria o valor público criado com a estratégia de acreditação internacional no hospital público investigado, nem para o governo e nem para os demais interessados. Em outras palavras, não ficou explícito nos relatórios de gestão do período de 2013 a 2018, qual foi o retorno do investimento que a instituição teve com a institucionalização do processo de acreditação para a sociedade externa, ou seja, para os usuários dos relatórios de gestão, incluindo os cidadãos, governo e outras partes interessadas.

Além disso, quando os elementos de valor público são divulgados no relatório de gestão, implicitamente, no *website* da instituição, não existe qualquer relação que seja proporcionada pela instituição que promova o entendimento ou educação para as partes interessadas de que

aquele valor público criado se refere aos benefícios gerados pelo processo de institucionalização da acreditação hospitalar internacional para a sociedade. Este resultado diverge parcialmente da teoria do valor público de Moore (1995), onde afirma que os gestores públicos devem buscar a legitimidade do valor público através da divulgação para os principais interessados externos, incluindo o governo e a sociedade, porque no caso da instituição pública investigada, somente são divulgados os elementos de valor público criados com a estratégia de acreditação hospitalar internacional para a sociedade interna, ou seja, não faz a divulgação para os principais os interessados externos no valor público da instituição.

Como a busca pela estratégia de acreditação hospitalar internacional era um desejo interno da direção da instituição, para conseguir ter processos melhores e padronizados e para ser um modelo para os hospitais públicos universitários que não têm um selo de acreditação internacional, aparentemente, a instituição não se preocupou em externar seus resultados com o novo processo para a sociedade externa. Mas, para que a estratégia de acreditação fosse devidamente legitimada, as informações sobre o valor público criado com o processo de acreditação hospitalar internacional teriam que ser divulgadas e explanadas para a sociedade, ou seja, a instituição teria que divulgar e relacionar os elementos de valor público criado com a estratégia de acreditação hospitalar internacional no seu processo de comunicação com toda a sociedade, pelo menos nos relatórios de gestão. Sendo assim, a sociedade, tanto interna quanto externa, reconheceria que o processo de acreditação hospitalar internacional não foi somente um processo custoso, mas um processo que trouxe benefícios coletivos, ou seja, uma estratégia que trouxe retorno do investimento não só para instituição como para toda a sociedade. Esses achados possuem verossimilhança com os resultados de Silva, Dani e Santos (2018) que concluíram que a adoção voluntária de um processo de certificação de acreditação hospitalar ocorre em virtude de um fator normativo externo e legitimado na visão dos profissionais da área, atrelada a uma necessidade interna e estratégica.

Ademais, a pesquisa constatou que tanto para os representantes da instituição, quanto para os representantes da sociedade, as informações que estão sendo divulgadas sobre o processo de acreditação internacional e sobre o valor público oriundo deste processo, publicados nos relatórios de gestão, ainda são insuficientes para dar mais transparência para a sociedade, caracterizando-se falta de *accountability* mais abrangente, conforme sugerido por Gains e Stoker (2009), pois segundo Santos (2018) a informação divulgada está correlacionada com o atributo da transparência. Portanto, pode-se afirmar que as informações que estão sendo divulgadas sobre o valor público criado com processo de acreditação internacional não estão fornecendo mais transparência para a instituição investigada. Isso possivelmente ocorre devido

o hospital ainda não mensurar e divulgar o custo-benefício do processo de acreditação internacional propriamente dito, e também porque o hospital investigado ainda não conseguiu relacionar os indicadores já existentes nos relatórios de gestão, com o valor público criado com o processo de acreditação para a sociedade, pois de acordo com Muller (2003) e Portulhak, Espejo e Pacheco (2018) a ausência de indicadores relacionados ao plano projetado leva dúvidas se a instituição está no rumo do alcance da estratégia definida. Sendo assim, pode-se confirmar a P4: *A ausência da mensuração e divulgação dos indicadores de valor público criado com a institucionalização da acreditação internacional gera falta de legitimidade perante a sociedade.*

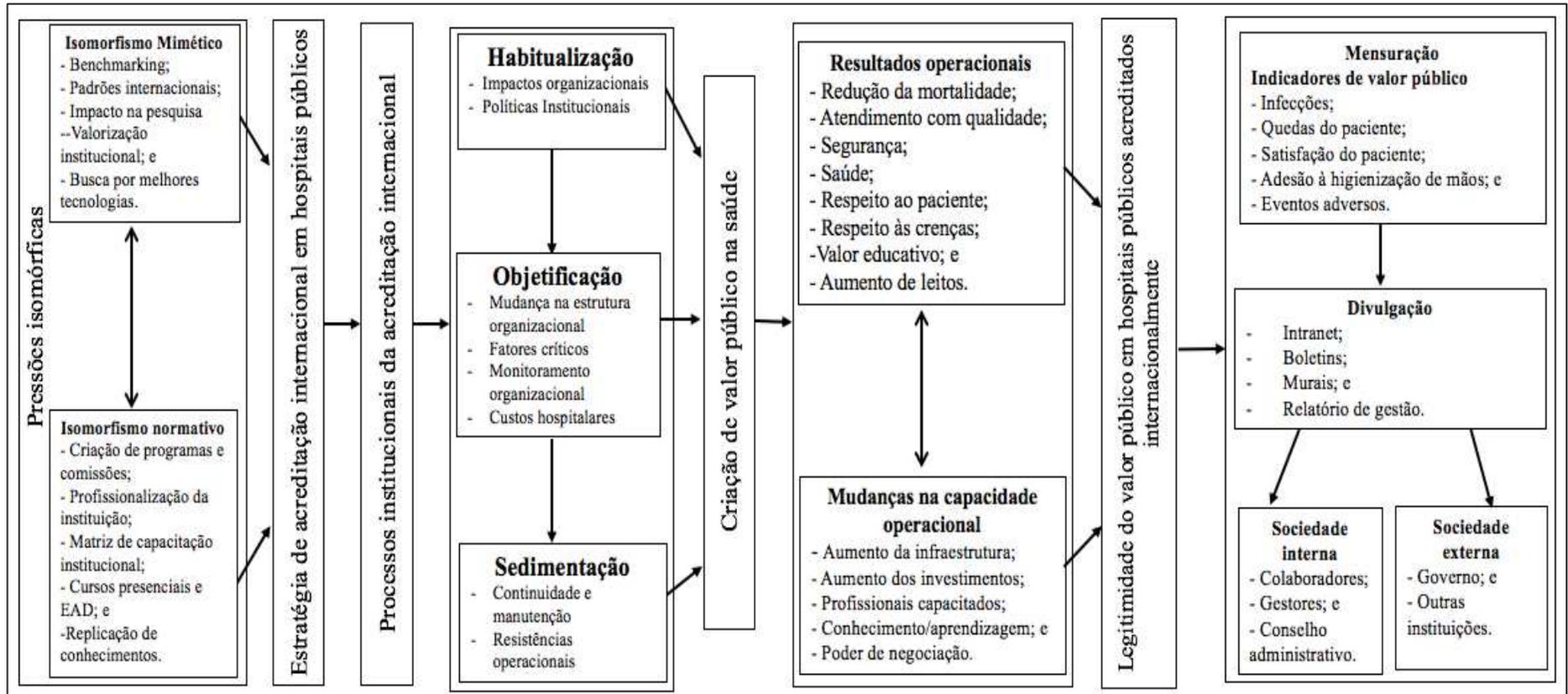
5.5 MODELO CONCEITUAL DA PESQUISA

Com base nas explicações das duas teorias adotadas pela tese, ou seja, com base na teoria institucional e na teoria do valor público foi elaborado o modelo conceitual que fundamentou a pesquisa, ilustrado na Figura 8 (p. 67), para demonstrar a criação do valor público no processo institucionalização da acreditação internacional no hospital público investigado.

A partir das explicações da fundamentação teórica sobre o processo de institucional e sobre o valor público resumidas na Figura 8 (p. 67) percebeu-se que, quando a instituição busca uma nova estratégia, como a estratégia de acreditação hospitalar internacional, possivelmente poderia sofrer pressões isomórficas (coercitivas, miméticas ou normativas) e que a nova estratégia adotada supostamente mudaria todos os processos institucionais. Esses novos processos, conforme a literatura (TOLBERT e ZUCKER, 1999), possivelmente poderiam transcorrer por 3 (três) etapas e que mesmo após a finalização do processo de institucionalização da acreditação internacional, ou seja, após a etapa de sedimentação, o hospital público necessitaria comunicar à sociedade, ao governo e às partes interessadas informações sobre a estratégia de acreditação e sobre o valor público gerado a partir da implantação da inovação, para que por fim, o processo institucional seja efetivamente legitimado.

Porém, com os achados da desta investigação empírica foi estruturado o novo modelo apresentado na Figura 40.

Figura 40– Framework da proposta de tese

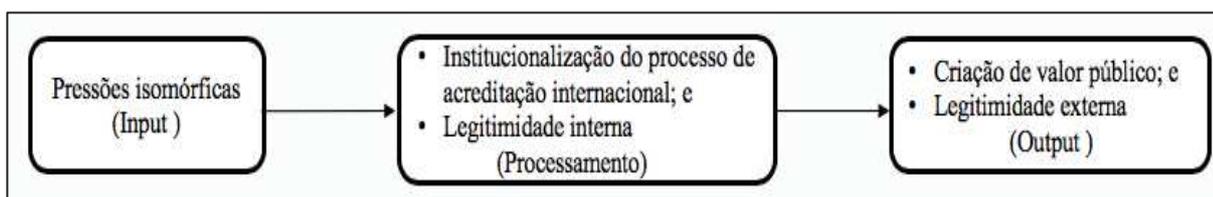


Fonte: Elaborado pela autora.

Constata-se na Figura 40 que, devido as pressões miméticas e normativas sofridas, o hospital investigado buscou a estratégia de acreditação hospitalar internacional para atender as expectativas da sociedade. Constata-se também que durante e após o processo de institucionalização da acreditação hospitalar internacional, que transcorreu pelas três etapas do processo institucional de Tolbert e Zucker (1999), foram criados os elementos de valor público, que somente foram percebidos no final do processo, mesmo sendo criados durante todo o processo. Além disso, com a investigação empírica foi constatado que diferente do que a teoria do valor público preconizava, a legitimidade do valor público não ocorre simultaneamente no momento da criação de valor público, ou seja, a legitimidade do valor público ocorre paralelamente a criação de valor, supostamente em um próximo estágio. A legitimidade não ocorre quando o valor público é somente percebido, mas quando os elementos de valor público são finalmente mensurados, transformados em indicadores e divulgados para a sociedade interna e externa.

Sendo assim, pode-se afirmar que a teoria do valor público tornou-se nesta pesquisa uma espécie de complemento ou continuidade da teoria institucional, pois esta última, ou seja, a teoria institucional explicou a entrada (input) de um processo ou de uma inovação e o processamento desse processo ou dessa inovação adotada em uma instituição, e a teoria de valor público explicou a saída (output), ou seja, o produto final que foi gerado com o processo institucionalizado. A Figura 41 ilustra o resultado da união das duas teorias de base a partir do que foi constatado nesta tese.

Figura 41 – Resultado da união das duas teorias de base



Fonte: Elaborada pela autora.

Em síntese, conforme ilustrado na Figura 41, a instituição investigada devido as pressões isomórficas sofridas, buscou a acreditação hospitalar internacional como estratégia de gestão para ser alcançada, principalmente pelo desejo institucional de conquistar uma tecnologia mais desafiadora (isomorfismo mimético), rigorosa e completa, para melhorar seus processos internos e garantir mais qualidade e segurança para o paciente. Então, para institucionalizar o novo processo, o hospital investigado se organizou e criou dentro da instituição, programas, comissões e subcomissões (isomorfismo normativo) para gerenciar e monitorar as demandas oriundas da acreditação internacional. Ademais, por causa do processo

de acreditação internacional, a instituição passou por impactos organizacionais, mudou suas políticas institucionais (habitualização), enfrentou mudanças organizacionais e grandes desafios (objetificação) que foram fundamentais para a institucionalização do processo de acreditação internacional e, por fim, a instituição investigada superou as resistências operacionais para que o novo processo finalmente pudesse ser sedimentado (input). Após o processo institucionalizado, a instituição percebeu que a estratégia de acreditação internacional, além de melhorar os processos, criou elementos de valor público para a toda a sociedade. Logo, a instituição mensurou esses elementos de valor público, por cada área de atuação, e por intermédio de indicadores, divulgou-os em reuniões, somente para a sociedade interna (processamento). Sendo assim, o valor público criado com o processo de acreditação internacional foi legitimado parcialmente, pois o benefício coletivo criado, ou seja, o valor público criado deve ser mensurado e divulgado, de forma explícita, segundo preconiza a teoria do valor público, para o governo e para as partes interessadas, ou seja, para a sociedade externa (output).

Além disso, constatou-se também que os elementos de valor público criados e mensurados com a institucionalização da acreditação hospitalar internacional, estão fortemente legitimados perante a sociedade interna, ou seja, pelos colaboradores, gestores e pelo conselho administrativo da instituição investigada, através da intranet, de boletins internos, nos murais da instituição e até mesmo pelo do relatório de gestão propriamente dito. Constatou-se também que implicitamente, no relatório de gestão, são divulgados alguns dos elementos de valor público para o governo e outras instituições interessadas em conhecer o processo de acreditação internacional. Porém, a teoria do valor público de Moore (1995) aponta que é preciso comunicar a sociedade externa, como governo e as partes interessadas sobre o valor público gerado com a estratégia de acreditação, não somente a sociedade interna como ocorreu na instituição investigada. Ademais, o valor público intangível ainda não está sendo mensurado e nem pelo menos está sendo divulgado a percepção de valor público dos gestores públicos, para o governo e para as partes interessadas pela instituição. Sendo assim, estes resultados podem confirmar a proposta desta tese que afirma que:

“Para que o valor público criado com a estratégia de acreditação internacional institucionalizada seja efetivamente legitimado é necessário existir um processo de criação, mensuração e divulgação dos indicadores de elementos de valor público para a sociedade interna e externa.”

A instituição investigada mensura periodicamente os elementos de valor público tangível criados com o processo de acreditação hospitalar internacional, transformando-os em

indicadores de valor público, monitora e revisa os indicadores anualmente, porém a divulgação desses elementos somente são expostos para a sociedade interna, ou seja, o processo de legitimação do valor público criado com o processo de acreditação hospitalar internacional ainda não foi efetivado devidamente como orienta a teoria de valor público de Moore (1995), pois para sociedade externa, ou seja, para o governo e para a sociedade interessada, os gestores públicos ainda não divulgaram os benefícios coletivos oriundos desse processo. As informações sobre o valor público são aquelas que conforme aponta Machado (2014) não são exigidas pelos dispositivos legais, ou seja, são evidenciações voluntárias, que dependem da vontade dos gestores e dos líderes públicos em divulgar para a sociedade. Verrecchia (1983; 2001) apontou que os gerentes geralmente divulgam as informações voluntárias quando os benefícios excedem os custos. Esta afirmação de Verrecchia talvez explique o motivo da falta de divulgação externa da instituição investigada, já que a pesquisa constatou que o hospital ainda não percebeu os custos-benefícios com a institucionalização da acreditação hospitalar internacional. Porém, esta pesquisa concorda com Jermias e Lindawati (2014) quando afirmou que a organização quando aumenta seu nível de divulgação de forma voluntária, demonstra ter um diferencial a mais do que as demais instituições, pois divulga além do exigido por lei ou pelas diretrizes do mercado, sendo assim, a instituição investigada possivelmente ganharia mais credibilidade e transparência com as divulgações dos elementos de valor público oriundos da estratégia de acreditação hospitalar internacional.

A divulgação externa desses elementos é de suma importância, pois além de legitimar o processo de criação de valor oriundo da acreditação hospitalar internacional, possivelmente forneceria mais transparência e credibilidade para a instituição investigada, pois evidenciaria o retorno desse investimento para a sociedade, quer dizer, deixaria claro para a sociedade externa que, os recursos públicos investidos na estratégia de acreditação hospitalar internacional foram bem administrados pelos gestores públicos desta instituição ou de qualquer instituição que divulgar o valor público criado por qualquer inovação no setor público. Além disso, a evidenciação e a divulgação do valor público para a sociedade, pode beneficiar até mesmo a prestação de contas e transparência pública, principalmente na área de saúde.

Este estudo mostra que, geralmente quando qualquer processo é finalmente institucionalizado numa instituição pública, os gestores públicos possuem condições de perceber os benefícios coletivos que foram criados para a sociedade oriundos da nova estratégia adotada. Esses benefícios, são reconhecidos como o valor público criado com a institucionalização de determinado processo. Mas, para que o valor público criado seja

efetivamente legitimado, os gestores públicos devem mensurar e divulgar o valor público para as partes interessadas.

Esta tese usou como base de análise, como funciona a mensuração e a divulgação do valor público no processo de acreditação hospitalar internacional em um hospital público universitário, com o propósito demonstrar a importância da mensuração e divulgação do valor público de cada estratégia ou projeto ou inovação criada em qualquer instituição pública, principalmente nos relatórios de gestão ou de sustentabilidade, para o governo e para a sociedade interessada. Sendo assim, os novos objetivos estratégicos das instituições públicas ficariam mais transparentes e dariam mais credibilidade para a instituição pública financiada pela sociedade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo da premissa de que o valor público pode ser compreendido como o conjunto de benefícios concedidos aos cidadãos, oriundos do resultado de políticas governamentais e do planejamento estratégico específico das organizações em cada área de interesse, este estudo teve como objetivo geral analisar como ocorre a mensuração e a divulgação da criação de valor público no processo de institucionalização da acreditação hospitalar internacional em hospital público.

Sendo assim, a fundamentação teórica foi estabelecida a partir dos conceitos de gestão hospitalar, estratégia de acreditação hospitalar internacional, valor público, legitimidade, mensuração e divulgação do valor público. Além disso, teve como base a teoria institucional, que abordou os conceitos de mudança institucional e processos institucionais.

Primeiramente, este estudo verificou quais foram os fatores determinantes para a busca da institucionalização da acreditação internacional na organização hospitalar pública investigada. A pesquisa apontou que os fatores principais para a busca da acreditação hospitalar internacional foram principalmente para a instituição adquirir mais qualidade e mais segurança para o paciente. Além disso, a pesquisa encontrou que para os gestores da instituição investigada, ser acreditado internacionalmente tratava-se de um grande desafio para a instituição e para os colaboradores. Essa situação tornou-se um impulso ainda maior para a instituição para não desistir e conquistar o desejado selo internacional. Cabe ressaltar que, para a conquistar o selo internacional, a instituição enfrentou diversos desafios e que foi necessário realizar um trabalho árduo com as lideranças e os colaboradores da instituição investigada.

Na teoria institucional, pela visão de DiMaggio e Powell (1991), as mudanças institucionais ocorrem devido as organizações sofrerem diversos tipos de pressões e essas pressões são decorrentes de três fatores: o isomorfismo coercitivo, o isomorfismo mimético e isomorfismo normativo. Na instituição investigada foi encontrado que dos três tipos de isomorfismo institucional, o isomorfismo mimético e normativo foram os que mais impulsionaram as mudanças institucionais na busca da acreditação internacional no hospital investigado. Com esse resultado conclui-se que as mudanças institucionais sofridas pela busca da acreditação hospitalar internacional no hospital público investigado foram influenciadas pelas pressões isomórficas mimética e normativa.

A pesquisa analisou todo o processo de institucionalização da estratégia de acreditação hospitalar internacional do hospital investigado e encontrou que o processo de acreditação internacional percorreu por todas as etapas de institucionalização sugeridas por Tolbert e Zucker (1999). Além disso apontou as relações encontradas entre o processo de acreditação

internacional no hospital público investigado e o processo de institucionalização, como os impactos organizacionais e as políticas institucionais que estão relacionados com a primeira etapa de habitualização; a estrutura organizacional, fatores críticos, monitoramento organizacional e custos hospitalares que estão diretamente ligados com a etapa de objetificação. E por fim, a criação de uma estrutura de apoio; a preparação constantemente para as avaliações do processo; realizar os monitoramentos periódicos; capacitar os colaboradores; e a contratação das consultorias bimestrais e anuais da CBA que foram relacionados com a etapa de sedimentação. Cabe ressaltar que foi constatado que a etapa de objetificação foi a fase mais complicada para a instituição investigada, pois foi nesta etapa que foram enfrentados inúmeros desafios que foram sanados com a criação de programas, comissões, subcomissões e comitês que foram fundamentais para a organização, gerenciamento e monitoramento das demandas do processo de acreditação hospitalar internacional.

O estudo também identificou os elementos de valor público criado no âmbito da saúde pelo hospital público investigado com a institucionalização da acreditação hospitalar internacional. Os resultados apontaram 42 (quarenta e dois) elementos de valor público que foram criados no hospital investigado com o processo de acreditação hospitalar internacional. Os elementos de valor público principais encontrados na instituição investigada foram: um hospital mais seguro, incluindo a segurança para o paciente e profissional e a cultura de segurança, e a melhoria da qualidade dos serviços prestados no hospital. Além disso, a pesquisa criou uma estrutura que divide os elementos de valor público por categoria (valor público da sociedade; valor público dos profissionais; e valor público da instituição) por tipo de valor público (tangível; e intangível) com o intuito principal de facilitar identificar quais elementos são tangíveis, ou seja, mais quantificáveis e mais fáceis de serem mensurados, e quais os elementos que são intangíveis, ou seja, os elementos mais complicados e mais difíceis de serem mensurados, e futuramente, se for o caso, identificar quais são os elementos que poderão ser contabilizados na instituição investigada. Além disso, a pesquisa apontou alguns elementos de valor público que foram destaques, como: o respeito às crenças dos pacientes; os contratos com menos custos; o valor educativo; e poder de negociação.

A pesquisa apontou que os elementos de valor público criados pelo processo de institucionalização da acreditação hospitalar internacional, tangíveis, são mensurados pelos comitês de cada área de atuação da instituição e são evidenciados por intermédio de indicadores hospitalares. Em relação aos elementos de valor público intangíveis, estes ainda são somente percebidos, ou seja, não são mensurados pela instituição investigada nem formalmente e nem informalmente, e muito menos são registrados contabilmente. Além disso, a pesquisa encontrou

que mesmo com o processo institucionalizado, a instituição investigada ainda possui dificuldades em mensurar os indicadores de valor público, mesmo sendo tangíveis. Portanto, o estudo percebeu que este problema pode ser uma oportunidade para o profissional contábil, pois trata-se de um profissional capacitado para fornecer ajuda nas questões de mensuração de elementos tangíveis e intangíveis. Muito embora, a pesquisa tenha constatado um distanciamento da classe contábil e dos *controllers* de gestão em relação à mensuração do valor público oriundo do processo de acreditação hospitalar internacional no hospital público investigado. Ademais, o estudo apontou com simulações que aparentemente evidenciam indícios de que já ocorreu o custo-benefício com a institucionalização da estratégia de acreditação internacional no hospital investigado, ou seja, aumentaram-se os custos dos serviços, mas em compensação também aumentaram a qualidade e a segurança do paciente no hospital investigado. Portanto, com esses achados conclui-se que os elementos de valor público criado pelo processo de acreditação nos hospitais públicos foram derivados fundamentalmente do aumento da qualidade e do aumento da segurança para o paciente.

O valor público criado a partir do processo de acreditação hospitalar internacional foi parcialmente legitimado para as partes interessadas, ou seja, a legitimação externa, na instituição investigada, foi parcial. Segundo os princípios da teoria do valor público, a grande preocupação com a evidenciação dos benefícios coletivos para a sociedade externa, é deixar claro e explícito para todos, o que realmente a sociedade ganhou, no longo prazo, com a nova estratégia ou com o novo projeto investido pelos gestores, com recursos públicos numa instituição pública. Apesar do grande esforço da instituição investigada de enfrentar grandes desafios e institucionalizar um processo complexo, como o processo de acreditação internacional, principalmente por ser uma instituição pública e universitária, de melhorar os processos e até de conseguir mensurar alguns dos elementos de valor público criados com o novo processo, por enquanto, a evidenciação do valor público ainda está em nível mais implícito para a sociedade. O que não deixa de ser uma perda de oportunidade, pois o sucesso e esforço de uma instituição pública, principalmente na área de saúde, devem ser explanados para a sociedade, pois com a divulgação dessas informações voluntárias, com certeza deixaria a prestação de contas da instituição, mais robusta e mais transparente perante as partes interessadas, além de demonstrar que os serviços prestados pelo SUS, quando bem gerenciados, podem ser prestados com qualidade, segurança e com assistência de excelência. Ademais, a pesquisa apontou que nos relatórios de gestão, ainda não foram evidenciados e relacionados no planejamento estratégico, quais foram os benefícios coletivos oriundos do processo de institucionalização da acreditação internacional para a sociedade, ou seja, não foi divulgado

pelos gestores públicos, qual seria o valor público criado com a estratégia de acreditação internacional no hospital público investigado, nem para o governo e nem para os demais interessados, apenas foram apresentados para a sociedade interna. Além disso, o estudo apontou que as informações que estão sendo divulgadas sobre o valor público criado com processo de acreditação internacional não estão fornecendo mais transparência para a instituição investigada. Sendo assim, conclui-se que a ausência de mensuração e divulgação sobre o valor criado com a institucionalização da acreditação internacional, gera falta de transparência perante a sociedade externa.

Como contribuição teórica a pesquisa apontou que a teoria do valor público tornou-se o complemento ou a continuidade da teoria institucional, isto é, para esta tese a teoria institucional explicou a entrada (input) e o processamento de um processo ou de uma inovação adotada em uma instituição e a teoria de valor público explicou como foi gerada a saída (output) do produto final, ou seja, como o valor público foi criado com o processo institucionalizado na instituição investigada. Além disso, ter uma visão mais macro em processos, ou seja, uma explicação abrangente sobre o processo de acreditação internacional, especialmente na área pública, por intermédio da combinação de duas teorias (teoria institucional e teoria de valor público) foi uma das principais contribuições encontradas.

Ademais, com a confirmação da tese de que, para que o valor público criado com a estratégia de acreditação internacional institucionalizada seja efetivamente legitimado é necessário existir um processo de criação, mensuração e divulgação dos indicadores de elementos de valor público para a sociedade interna e externa, fica esclarecido que em hospitais públicos, além de institucionalizar o processo de institucionalização da acreditação internacional com a sociedade interna, ainda necessita comunicar ao governo e às partes interessadas sobre o valor público gerado a partir da implantação de um investimento ou inovação, para que por fim, os benefícios públicos criados com o processo institucionalizado sejam efetivamente legitimados.

Além disso, com a investigação empírica percebeu-se uma divergência da teoria do valor público com a prática, pois a teoria afirma que o conjunto de benefícios concedidos aos cidadãos, oriundos do resultado de políticas governamentais e do planejamento estratégico devem ser mensurados e divulgados para o governo e para as partes interessadas, porém na prática concluiu-se que a mensuração e a divulgação dos elementos de valor público são apresentados e evidenciados apenas para a sociedade interna da instituição investigada.

Cabe ressaltar que, outra contribuição teórica encontrada na tese foi evidenciar que, com a busca da estratégia de acreditação, o hospital público investigado teve que percorrer

um processo institucional que necessitou de grandes investimentos e várias mudanças organizacionais na instituição, como a criação das mais de 54 (cinquenta e quatro) políticas e as mudanças na estrutura do hospital, e com essas mudanças sofridas no processo foram criados gradativamente os 42 (quarenta e dois) elementos de valor público tangíveis e intangíveis que foram percebidos somente na etapa final do processo pelos gestores e colaboradores públicos. A evidenciação desses elementos são consideradas bastante úteis, principalmente para as investigações da área hospitalar.

Além disso, como contribuição empírica, o estudo demonstrou para os gestores públicos como funciona todo o processo de institucionalização da acreditação hospitalar internacional em um hospital público universitário. Evidenciou quais são os elementos e os indicadores de valores públicos que podem ser criados oriundos do processo de acreditação hospitalar internacional, ou seja, quais são os benefícios coletivos oferecidos para a sociedade interna e externa, e até mesmo para a própria instituição com a institucionalização da acreditação hospitalar internacional. Além disso, norteou para os gestores e para a sociedade em geral como deve-se legitimar os elementos de valor público criados e percebidos com o processo de acreditação internacional após a institucionalização do mesmo, pois explicou a importância da mensuração e divulgação do valor público para a sociedade interna e externa.

Além disso, como contribuição empírica, esta pesquisa apontou a utilidade e relevância da mensurabilidade dos elementos de valor público, pois evidenciou que a mensuração e divulgação dos elementos de valor público podem melhorar a *accountability* das instituições públicas, principalmente porque após a mensuração dos elementos, os dados mensurados podem ser transformados em indicadores de valor público, e com a divulgação desses indicadores promove mais transparência e credibilidade para a sociedade.

Embora os achados da tese não possam fornecer generalizações, eles podem ajudar outras entidades públicas a compreenderem e terem consciência que devem divulgar para os interessados, pelo menos nos relatórios de gestão, os elementos de valor público oriundos de investimento ou inovação financiada através de recursos públicos. A evidenciação do valor público pode beneficiar a prestação de contas e fornecer mais transparência pública para a sociedade.

Algumas limitações foram encontradas no decorrer da pesquisa. A primeira limitação refere-se ao fato de que, para melhorar o aprofundamento do fenômeno de interesse, ou seja, para adentrar e aumentar mais ainda o entendimento sobre os elementos de valor público criado com o processo de acreditação hospitalar internacional, seria importante que pelos menos os indicadores da instituição investigada fossem divulgados e relacionados com a estratégia de

acreditação internacional nos relatórios de gestão. Ou que pelo menos o acesso aos relatórios internos da instituição fosse disponibilizado para o pesquisador, pois sendo assim, a tese teria um detalhamento mais amplo nas análises documentais, ou seja, possivelmente aumentaria as mensurações, as simulações e os cálculos, e provavelmente a pesquisa encontraria uma maior evidência do valor público dos investimentos públicos, que não é um problema dessa pesquisa, mas de governança pública.

A segunda limitação encontrada foi a dificuldade de encontrar respondentes representantes da sociedade que estivessem disponíveis para serem entrevistados, pois aparentemente as pessoas têm receio em participar de investigações empíricas sobre esse tema. Para a pesquisa fique mais robusta é necessário ouvir mais detalhadamente o que a sociedade tem a dizer sobre os benefícios percebidos com os investimentos feitos pelos gestores nas instituições públicas. Portanto, para complementar a pesquisa sobre o tema, sugere-se que os pesquisadores não desistam de buscar o máximo possível de percepções da sociedade externa sobre o valor público, aí incluindo os pacientes.

Por fim, uma das limitações da pesquisa foi ser um estudo de caso único – um hospital de referência e considerado de excelência. Logo, para pesquisas futuras sugere-se que seja investigado o valor público em outros hospitais públicos e em diferentes estágios de procura pela excelência, se possível com outras creditações e com maior pressão normativa, em outra região do Brasil ou em outros países, para comparar se o processo de institucionalização e os elementos de valor público mudam dependendo do ambiente organizacional, da região ou do país.

Sugere-se também que seja investigado outros processos em instituições públicas para verificar se realmente os investimentos e as estratégias implantadas pelos gestores públicos estão criando valor público, pois a mensuração e a divulgação da contribuição social e dos benefícios sociais são sempre em prol do bem-estar para a sociedade.

Recomenda-se também que para as pesquisas futuras sobre valor público, principalmente em hospitais, sejam aplicados métodos mistos para apuração e mensuração dos elementos e indicadores de valor público, pois sendo assim, a apuração do custo-benefício dos investimentos nas instituições públicas seria explanada nas pesquisas com mais robustez.

REFERÊNCIAS

- ABBAS, K.; LEONCINE, M. Cálculo dos custos dos procedimentos médicos hospitalares em hospitais brasileiros. *RAHIS*, v. 11, n.1, 2014.
- AGRIZZI, D.; AGYEMANG, G.; JAAFARIPOOYAN, E. Conforming to accreditation in Iranian hospitals. In: **Accounting Forum**. Taylor & Francis, v. 40, n. 2, p. 106-124, 2016.
- AGUILAR-ESCOBAR, V. G; GARRIDO-VEGA, P; DEL MAR GONZALEZ-ZAMORA, M. Applying the theory of constraints to the logistics service of medical records of a hospital. **European Research on Management and Business Economics**, v. 22, n. 3, p. 139-146, 2016.
- ALÁSTICO, G. P. **Impactos das práticas da acreditação no desempenho hospitalar: Um survey em hospitais do estado de São Paulo**. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Carlos, Centro de Ciências Exatas e de Tecnologia, São Paulo, 2013.
- ALDRICH, H. E.; FIOL, C. M. Fools rush in? The institutional context of industry creation. **Academy of Management Review**, v. 19, n. 4, p. 645-670, 1994.
- ALDRICH, H. E.; RUEF, M. **Organizations evolving**. 2. ed. London: Sage, 2006.
- ALFORD, J. The Limits to Traditional Public Administration, or Rescuing Public Value from Misrepresentation, *Australian Journal of Public Administration*, v. 67, n. 3, p. 357–66, 2008.
- ALFORD, J.; HUGHES, O. Public value pragmatism as the next phase of public management. *The American Review of Public Administration*, v.38, n. 2, 130-148, 2008.
- ALFORD, J.; O'FLYNN, J. Making sense of public value: Concepts, critiques and emergent meanings. **Intl Journal of Public Administration**, v.32, n. 3-4, p. 171-191, 2009.
- ALMEIDA, P. F. D.; GÉRVAS, J.; FREIRE, J. M.; GIOVANELLA, L. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. **Saúde em debate**, v. 37, n. 98, p. 400-415, 2013.
- ALONSO, L. B. N. et al. Acreditação hospitalar e a gestão da qualidade dos processos assistenciais. **Perspectivas em Gestão & Conhecimento**, v.4, n. 2, p. 34-49, 2014.
- ALSHMEMRI, M.; SHAHWAN-AKL, L.; MAUDE, P. Herzberg's Two-factor Theory. **Life Science Journal**, v.14, n.5, 2017.
- ALYAHYA, M.; HIJAZI, H.; HARVEY, H. Explaining the accreditation process from the institutional isomorphism perspective: a case study of Jordanian primary healthcare centers. **The International journal of health planning and management**, 2016.
- 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**, v. 4, n. 1, p. 17, 2015.
- ARCHIBALD, M. E. Between isomorphism and market partitioning: how organizational competencies and resources foster cultural and sociopolitical legitimacy and promote

organizational survival. In: JOHNSON, C. (Ed.). **Legitimacy processes in organizations** (Research in the sociology of organizations, v. 22). Emerald Group Publishing Limited, pp.171 – 211, 2004.

ARTMANN, E.; RIVERA, F. J. U. A démarche stratégique (gestão estratégica hospitalar): um instrumento de coordenação da prática hospitalar baseado nos Custos de oportunidade e na solidariedade. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 479-499, 2003.

ASSAF NETO, A. **Finanças corporativas e valor**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa (Portugal): Edições 70, 1977.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa (Portugal): Edições 70, 2010.

BASSI, A. How to measure the intangibles? Towards a system of indicators (SAVE) for the measurement of the performance of social enterprises. In *Challenge social innovation*, pp. 325-350. Springer, Berlin, Heidelberg, 2012.

BEEBEEJAUN, Y.; DUROSE, C.; REES, J.; RICHARDSON, J.; RICHARDSON, L. Public harm or public value? Towards coproduction in research with communities. *Environment and Planning C: Government and Policy*, v. 33, n. 3, p.552–565, 2015.

BENINGTON, J.; MOORE, M. H. Public value in complex and changing times. *Public value: Theory and practice*, 1, 2011.

BENITES, L. L.; POLO, E. F. Sustainability as business strategic: the corporate governance and application of the triple bottom line in masisa. **Rev. Adm. UFSM**, v. 6, n. Ed Espec, 2013.

BERSSANETI F.T; SAUT A.M.; BARAKAT M. F.; CALARGE F. A. Is there any link between accreditation programs and the models of organizational excellence? *Rev Esc Enferm USP*, v50, n.4, p.648-655, 2016.

BERTO, A. M. **Uma teoria substantiva acerca da acreditação hospitalar em um hospital público**. Tese (doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2018.

BERTOT, J. C.; ESTEVEZ, E., & JANOWSKI, T. Digital public service innovation: Framework proposal. In *Proceedings of the 9th International Conference on Theory and Practice of Electronic Governance*, p. 113-122. ACM, 2016, March.

BESANKO, David; DRANOVE, David; SHANLEY, Mark; SCHAEFE, **Scott. Economics of strategy**. 3rd ed. EUA: John Wiley & Sons, 2004.

BILHIM, J. **Teoria organizacional: estruturas e pessoas**. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. 2013.

BIOLCHINI, J., MIAN, P. G., NATALI, A. C. C., & TRAVASSOS, G. H. Systematic review in software engineering. *System Engineering and Computer Science Department COPPE/UFRJ, Technical Report ES*, v. 679, n. 05, p.45, 2005.

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

BONACIM, Carlos Alberto Grespan; DA ARAUJO, Adriana Maria Procópio. Measurement of Economic Result in Public Organizations: A Departmental Analysis. **Journal of Modern Accounting and Auditing**, v. 10, n. 2, p. 218, 2014.

BOZEMAN, Barry. **Public Values and Public Interest: Counterbalancing Economic Individualism**. Washington, DC: Georgetown University Press, 2007.

BRANDSMA, G. J.; SCHILLEMANS, T. The accountability cube: Measuring accountability. **Journal of Public Administration Research and Theory**, v. 23, n. 4, p. 953–975, 2013.

BRASIL, S. SENADO FEDERAL. SIGA Brasil (Sistema de Informações). Disponível em: <<http://www9.senado.gov.br/QvAJAZZfc/opendoc.htm?document=senado%2Fsigabrasilpainelcidadao.qvw&host=QVS%40www9&anonymous=true&Sheet=shOrcament oVisaoGeral>>. Acesso em 18 dez 2019.

BRINKERHOFF, D. W. Accountability and Health Systems: Overview, Framework, and Strategies. **The Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc**, p. 1–45, 2003.

_____. Accountability and health systems: Toward conceptual clarity and policy relevance. **Health Policy and Planning**, v. 19, n. 6, p. 371–379, 2004.

BRYSON, J., SANCINO, A., BENINGTON, J., & SØRENSEN, E. Towards a multi-actor theory of public value co-creation. **Public Management Review**, v. 19, n. 5, p. 640-654, 2017.

BRYSON, J.M., CROSBY, B.C. & BLOOMBERG, L. Public Value Governance: Moving beyond Traditional Public Administration and the New Public Management: Symposium Introduction. **Public administration review**, v. 74, n. 4, p. 445-456, 2014.

BURNS, J., & SCAPENS, R. W. Conceptualizing management accounting change: an institutional framework. **Management accounting research**, v. 11, n. 1, p.3-25, 2000.

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.

CAMARGO, U. B. C., BENEDICTO, S. C., LAMES, E. R., GEORGES, M. R. R., & SOUSA, J. E. R. Análise do Processo de Adaptação do Primeiro Hospital Público do Interior Paulista a Receber o Certificado de Acreditação Internacional do Canadá. In: III SINGEP e II S2IS. **Anais...** São Paulo (SP), 2014.

CAMILLO, N. R. S.; OLIVEIRA, J. L. C. D.; BELLUCCI JUNIOR, J. A.; CERVILHERI, A. H.; HADDAD, M. D. C. F. L.; MATSUDA, L. M. (2016). Acreditação em hospital público: percepções da equipe multiprofissional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 3, p. 451-459, 2016.

CAMPEÃO, Daniel Filipe Gonçalves. **A importância da configuração do espaço urbano nas cidades Inteligentes: aplicação ao concelho de Sintra**. Dissertação de Mestrado em Mestrado

em Sistemas de Informação Geográfica e Modelação Territorial Aplicados ao Ordenamento, Lisboa, Portugal, 2017.

CARMAN, J. A.; SHORTEELI, S. M.; FOSTER, R. W.; HUGHES, E. X.; BOERSTLER, H.; O'BRIEN, J. L., O'CONNOR, E. F. Key for successful implementation of total quality management in hospital. **Health Care Management Review**, v. 21, n. 1, p. 48-60, 1996.

CARVALHO, Cláudia Patrícia de Sá Carvalho. **A criação de valor no mercado da saúde enquanto fator diferenciador para a negociação de preços e competitividade em contexto de crise mundial**. Tese de Doutorado. Instituto Politécnico do Porto. Porto, Portugal, 2013.

CARVALHO, Cristina Amélia; VIEIRA, Marcelo Milano Falcão; SILVA, Sueli Maria Goulart. A trajetória conservadora da teoria institucional. **Revista Eletrônica de Gestão Organizacional**, v. 10, n. especial, p. 469-496, 2012.

CARVALHO, Filipe José da Fonseca. **A comunicação do compromisso para com o desenvolvimento sustentável, das organizações portuguesas certificadas em qualidade, ambiente e segurança**. Tese de Doutorado. Universidade do Minho. Braga, Portugal, 2015.

CARVALHO, M. C. A gestão privada nas unidades de saúde pública. **Harvard Business Review Brasil**, São Paulo, p. 36-43, ago. 2015.

CASEY, C. Public Values in Governance Networks: Management Approaches and Social Policy Tools in Local Community and Economic Development. **The American Review of Public Administration**, v. 45, n. 1, p. 106-127, 2015.

CATELLI, Armando; SANTOS, Edilene Santana. Mensurando a criação de valor na gestão pública. **Revista de Administração Pública**, v. 38, n. 3, p. 423-449, 2004.

CERVILHERI, A. H.; DE OLIVEIRA, J. L. C.; INOUE, K. C.; GIMENES, A. A. R., & MATSUDA, L. M. Desistência de adesão ao processo de acreditação: perspectivas à gestão da qualidade hospitalar. **Revista Enfermagem Atual InDerme**, v. 84, n. 22, 2018.

CHASSIN, M. The Joint Commission: a new look at what it can do. **The Journal of Family Practice**, v. 57, p. S6-S8, 2008.

COASE, R. H. The nature of the firm. **Economica**, v.4, n.16, p. 386-405, 1937.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE - CNSAÚDE. Brasília, 2019. Disponível em: <<http://cnsaude.org.br/wpcontent/uploads/2019/05/CenarioDosHospitaisNoBrasil2019CN SaudeFBH.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2020.

CONNOLLY, J. Contribution analysis as an approach to enable public managers to demonstrate public value The Scottish context. **International Journal Of Public Sector Management**, v. 29, n. 7, p. 690–707, 2016.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO (CBA). Unidades acreditadas no Brasil. Disponível em: <<https://cbacred.org.br/site/acreditacao/instituicoes-acreditadas/>>. Acesso em: 20 dez 2019.

COOPER, S.; PARKES, C.; BLEWITT, J. Can accreditation help a leopard change its spots? **Accounting, Auditing & Accountability Journal**, v. 27, n. 2, p. 234-258, 2014.

CORCORAN, T., ROWLING, L., & WISE, M. The potential contribution of Intermediary Organizations for implementation of school mental health. **Advances in School Mental Health Promotion**, v. 8, n. 2, p. 57-70, 2015.

CORDELLA, A., & WILLCOCKS, L. Government policy, public value and IT outsourcing: The strategic case of Aspire. **Journal Of Strategic Information Systems**, v. 21, n. 4, p. 295-307, 2012.

CORREIA, P. M. A. R.; CARRAPATO, P. M. C.; BILHIM, J. A. F. Ensaio sobre os modelos de parceria nos hospitais PPP em Portugal: Os contributos da Teoria Institucional e da Metáfora Orgânica. **Public Sciences & Policies**, vol. II, n. 2, pp. 9-28, 2016.

CRESWELL, John W. **Investigação Qualitativa e Projeto de Pesquisa: Escolhendo entre Cinco Abordagens**. Penso Editora, 2014.

CRUZ, C. V.; LIMA, G. A. Corporate reputation and disclosure level in open capital Brazilian companies. **Revista Universo Contábil**, v. 6, n. 1, p. 85-101, 2010.

CURRIE W. L. Institutional isomorphism and change: the national programme for IT – 10 years on. **Journal of Information Technology**, v.27, n.3, p. 236-248, 2012.

DA SILVA, Marcia Zanievicz; DANI, Andréia Carpes; DOS SANTOS, Cleston Alexandre. A Relação da Acreditação com o Isomorfismo Institucional e com os Artefatos de Contabilidade Gerencial nos Hospitais da Região Sul do Brasil. **Desenvolvimento em Questão**, v. 16, n. 44, 2018.

DATAFOLHA. Avaliação de Dilma Rousseff continua em recuperação, aponta pesquisa. Brasília, 2013. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/poder/2013/12/1385090-avaliacao-de-dilma-continua-em-recuperacao-aponta-pesquisa.shtml>>. Acesso em: 20 dez. 2019.

DE GRAAF, G., & PAANAKKER, H. Good governance: Performance values and procedural values in conflict. **The American review of public administration**, v. 45, n. 6, p. 635-652, 2015.

DE JONG, J., DOUGLAS, S., SICILIA, M., RADNOR, Z., NOORDEGRAAF, M., & DEBUS, P. Instruments of value: using the analytic tools of public value theory in teaching and practice. **Public Management Review**, v. 19, n. 5, p. 605-620, 2017.

DE MEDEIROS, M. M., XAVIER, R. V., HOPPEN, N., WAWGINIAK, F. M. G., CAYE, A., & DE MOURA LISBOA, S. A Institucionalização da acreditação internacional em escolas de gestão e negócios brasileiras: fatores determinantes, perspectivas e desafios. **Revista Gestão Universitária na América Latina-GUAL**, v. 11, n. 2, p. 222-248, 2018.

DE OLIVEIRA, J. L. C., DE MAGALHÃES, A. M. M., BERNARDES, A., HADDAD, M. D. C. F. L., WOLFF, L. D. G., MARCON, S. S., & MATSUDA, L. M. Influencia de la

Acreditação hospitalaria en la satisfacción profesional del equipo de enfermería: estudio de método mixto. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 27, p. e3109, 2019.

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. 147–160, 1983.

DIMAGGIO, P. J.; POWELL, W. W. **The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality**. In: DIMAGGIO, P. J.; POWELL, W. W (edits). *The new institutionalism in organizational analysis*. Chicago: The University of Chicago Press, p. 63-82, 1991.

DIMAGGIO, Paul J.; POWELL, Walter W. A gaiola de ferro revisitada: isomorfismo institucional e racionalidade coletiva nos campos organizacionais. **RAE-Revista de Administração de Empresas**, v. 45, n. 2, p. 74-89, 2005.

DUARTE, A. V. E TAVARES, B. (Institucionalismo e Determinações Governamentais: Evidências de Isomorfismo em Empresas de Base Tecnológica. In *Encontro Anual ANPAD – Associação Nacional de Pesquisa de Pós-graduação em Administração*. **Anais...** 18 a 20 de novembro de 2012, Salvador, Bahia, p.1-16.

EHRBAR, Eva. **Valor econômico agregado: a verdadeira chave para a criação de riqueza**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2004.

EMIDIO, L., Alonso, L. B. N., Ferneda, E., & Hedler, H. C. Acreditação hospitalar: estudo de casos no Brasil. **Perspectivas em Gestão & Conhecimento**, v. 3, n. 1, p. 98-113, 2013.

EUGÊNIO, Teresa. Avanços na divulgação de informação social e ambiental pelas empresas e a teoria da legitimidade. **Revista Universo Contábil**, v. 6, n. 1, 2010.

FACCIN, Kadígia. **A dinâmica das práticas colaborativas para a criação de conhecimento em projetos conjuntos de pesquisa e desenvolvimento: um estudo de caso na indústria de semicondutores**. Tese de doutorado em Administração do Programa de Pós-Graduação da Unisinos, São Leopoldo (RS), 2016.

FACHIN, R. C., & MENDONÇA, J. R. C. O conceito de profissionalização e da teoria institucional. **Organizações, instituições e poder no Brasil**. FGV, p. 19-41, 2003.

FALSTIE-JENSEN, A. M., LARSSON, H., HOLLNAGEL, E., NØRGAARD, M., SVENDSEN, M. L. O., & JOHNSEN, S. P. Compliance with hospital accreditation and patient mortality: a Danish nationwide population-based study. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 27, n. 3, p. 165-174, 2015.

FARR, M., & CRESSEY, P. The social impact of advice during disability welfare reform: from social return on investment to evidencing public value through realism and complexity. **Public Management Review**, v. 21, n. 2, p. 238–263, 2018.

FELDMAN, L.B.; GA TTO, 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.

FIGUEIREDO, J. O., PRADO, N. M., MEDINA, M. G., & PAIM, J. S. Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 37-47, 2018.

FRANKO, F. The Important Role of the Joint Commission. **AORN Journal**, v. 75, n. 6, p. 1179-1182, 2002.

FREZATTI, F.; ROCHA, W.; NASCIMENTO, A. R.; JUNQUEIRA, E. **Controle gerencial: uma abordagem da contabilidade gerencial no contexto econômico, comportamental e sociológico**. São Paulo: Atlas, 2009.

GAINS, F., & STOKER, G. Delivering ‘public value’: Implications for accountability and legitimacy. **Parliamentary Affairs**, v. 62, n. 3, p. 438-455, 2009.

GARRIDO, G.; TACCHINI, G. A. V.; SALTORATO, P. Acreditação hospitalar: uma análise institucional da postura assumida pelas instituições de saúde. In: Simpósio De Administração da Produção, Logística e Operações Internacionais. 2014, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Simpoi, 2014.

GILSON, L. Everyday Politics and the Leadership of Health Policy Implementation. **Health Systems & Reform**, v. 2, n. 3, p. 187–193, 2016.

GIOVANELLA, Lígia; STEGMÜLLER, Klaus. Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 11, 2014.

GREENFIELD, D.; BRAITHWAITE, J. 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.

GREENFIELD, D.; BRAITHWAITE, J. Health Sector Accreditation Research: a systematic review. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 20, n. 3, 172-183, 2008.

GRIECO, C. **Assessing social impact of social enterprises: Does one size really fit all?** Heidelberg: Springer, 2015.

GUERREIRO, R.; PEREIRA, C. A.; REZENDE, A. J.; AGUIAR, A. B. D. Fatores determinantes do processo de institucionalização de uma mudança na programação orçamentária: Uma pesquisa ação em uma organização brasileira. **Revista de Contabilidade do Mestrado em Ciências Contábeis da UERJ**, v. 10, n. 1, 2005.

GUIMARÃES JÚNIOR, José Carlos. Qualidade total japonesa x americana. 2005. Disponível em:< <http://www.administradores.com.br/artigos/marketing/qualidade-total-japonesa-x-americana/10981/>>. Acesso: em 20 de set. de 2019.

HALASA, Y. A., ZENG, W., CHAPPY, E., & SHEPARD, D. S. Value and impact of international hospital accreditation: a case study from Jordan. **Eastern Mediterranean Health Journal**, v. 21, n. 2, 2015.

HANDAYANI, P. W., HIDAYANTO, A. N., AYUNINGTYAS, D., & BUDI, I. Hospital information system institutionalization processes in Indonesian public, government-owned and privately-owned hospitals. **International journal of medical informatics**, v. 95, p. 17-34, 2016.

HANSEN, D. R., & MOWEN, M. M. (2001). **Gestão de custos**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 783.

HARTLEY, J., ALFORD, J., HUGHES, O., & YATES, S. Public value and political astuteness in the work of public managers: The art of the possible. **Public Administration**, v. 93, n. 1, p. 195-211, 2015.

HARTLEY, J., ALFORD, J., KNIES, E., AND S. DOUGLAS. Towards an Empirical Research Agenda for Public Value Theory. **Public Management Review**, v.19, n. 5, p. 670–685, 2017.

HAUSMAN, D. M. **Valuing health: well-being, freedom, and suffering**. Oxford University Press, 2015.

HAYNES, P. **Managing complexity in the public services**. Routledge, 2015.

HAYNES, P. Understanding the influence of values in complex systems-based approaches to public policy and management. **Public Management Review**, v. 20, n. 7, p. 980-996, 2018.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA). **Características**. Porto Alegre (RS), 2020a. Disponível em: <<https://www.hcpa.ufrgs.br/institucional/institucional-apresentacao/institucional-apresentacao-caracteristicas>>. Acesso em: 16 jan. 2020.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA). **Instalações**. Porto Alegre (RS), 2020b. Disponível em: <<https://www.hcpa.ufrgs.br/institucional/institucional-instalacoes>>. Acesso em: 16 jan. 2020.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA). **Prêmios e destaques**. Porto Alegre (RS), 2020c. Disponível em: <<https://www.hcpa.edu.br/institucional/institucional-premios-e-destaques>>. Acesso em: 16 jan. 2020.

HUNT, C. S.; ALDRICH, H. E. Why even Rodney Dangerfield has a home page: legitimizing the world wide web as a medium for commercial endeavors. In: ACADEMY OF MANAGEMENT ANNUAL MEETING, 1996, Cincinnati. **Anais...** Cincinnati: Academy of Management, 1996.

IBOPE. Em 23 anos de democracia, brasileiros mudam de opinião sobre os principais problemas do País. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://www.ibope.com.br/pt-br/noticias/Paginas/Em-23-anos-de-democracia-brasileiros-mudam-de-opinioao-sobre-os-problemas-do-Pais.aspx>>. Acesso em: 20 dez. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA (IBGC). **Código das melhores práticas de governança corporativa**. 4a ed. São Paulo: IBCC; 2009.

INSTITUTO QUALISA DE GESTÃO (IQG). **Instituições Acreditadas**. Disponível em: <<https://www.iqg.com.br/instituicoes-acreditadas/>> Acesso em: 24 jan. 2020.

IUDÍCIBUS, Sergio de. **Teoria da contabilidade**. 7. ed. Sao Paulo: Atlas, 2004.

JAAFARIPOOYAN, Ebrahim. Potential pros and cons of external healthcare performance evaluation systems: real-life perspectives on Iranian hospital evaluation and accreditation program. **International journal of health policy and management**, v. 3, n. 4, p. 191, 2014.

JACOBS, L. R. The Contested Politics of Public Value. **Public Administration Review**, v. 74, n. 4, p. 480–494, 2014.

JERMIAS, Johnny; GANI, Lindawati. The impact of board capital and board characteristics on firm performance. **The British Accounting Review**, v. 46, n. 2, p. 135-153, 2014.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI). Disponível em: <<http://www.jointcommissioninternational.org/achieve-accreditation/>>. Acesso em 20 dez 2019.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais incluindo padrões para hospitais – Centro Médicos Acadêmicos**. Tradução oficial para português, 6ª. edição do original “Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals”. 2017, p. 31-333.

JØRGENSEN, T. B., & VRANGBÆK, K. Value Dynamics: Towards a Framework for Analyzing Public Value Changes. **International Journal of Public Administration**, v. 34, n. 8, 486–496, 2011.

JUNQUEIRA, Sandro de Freitas. **Percepção dos profissionais da área da saúde sobre o processo de acreditação hospitalar nível I (ONA)-caso do Hospital Geral de Caxias do Sul**. Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Administração de Caxias do Sul. Caxias do Sul (RS), 2015.

KAYO, E. K.; KIMURA, H.; MARTIN, D. M. L.; NAKAMURA, W. T. Ativos intangíveis, ciclo de vida e criação de valor. **Revista de administração contemporânea**, v. 10, n. 3, p. 73-90, 2006.

KEARNEY, C., & MEYNHARDT, T. Directing Corporate Entrepreneurship Strategy in the Public Sector to Public Value: Antecedents, Components, and Outcomes. **International Public Management Journal**, v. 19, n. 4, p. 543–572, 2016.

KELLY, K., G. MULGAN AND S. MUERS. Creating Public Value. An Analytical Framework for Public Service Reform. London: Cabinet Office. 2002.

KINGMA, E. Health, Disease and Naturalism: Hausman on the Public Value of Health. **Public Health Ethics**, v. 10, n. 2, p. 109–121, 2017.

KINGSTON, D., MCDONALD, S., TOUGH, S., AUSTIN, M.-P., HEGADOREN, K., & LASIUK, G. Public views of acceptability of perinatal mental health screening and treatment preference: a population based survey. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v.14, n. 67, p. 1–12, 2014.

KIRK, Jerome; MILLER, Marc L. **Reliability and validity in qualitative research**. Sage, 1986.

KLUCKHOH, C. **Values and Value-Orientations in the Theory of Action: An Exploration in Definition and Classification**. In T. Parsons and E. A. Shils (Eds.), *Toward a General Theory of Action* (pp. 388–433). Cambridge, MA: Harvard University Press. 1962.

KOPPELL, J. G. Pathologies of Accountability: ICANN and the Challenge of “Multiple Accountabilities Disorder”. **Public Administration Review**, v. 65, n. 1, p. 94–108, 2005.

KUMARASIRI, J. Public sector reforms: The changing role of accounting in New Zealand’s public health sector. **New Zealand Journal of Applied Business Research**, v.13, n. 2, p. 1–12, 2015.

LAI, M.C. **An investigation into the relationship between total quality management practice and performance in a Taiwan public hospital**. Tese de Doutorado em Filosofia – Faculty of Arts and Sciences, Australian Catholic University, Fitzroy, 2003.

LANDAU, M. A Stamp of Approval: what hospital certifications say - and don't say. **U.S. News & World Report**, v. 14, jul. 2010.

LARSON, Magali S.; LARSON, Magali Sarfatti. **The rise of professionalism: A sociological analysis**. Univ of California Press, 1979.

LAWTON, A., & ROSE, A. G. **Organization and Management in the Public Sector**. London: Pitman. 1994.

LEE, Younsuk; PARK, Jinhan. Value creation and value capture: The case of Cybershelter for information systems security in South Korea. **Journal of Information Technology Case and Application Research**, v. 17, n. 2, p. 74-92, 2015.

LEPAK, David P.; SMITH, Ken G.; TAYLOR, M. Susan. Value creation and value capture: a multilevel perspective. **Academy of management review**, v. 32, n. 1, p. 180-194, 2007.

LINCOLN, Y.; GUBA, E. **Naturalistic Inquiry**. Beverly Hills, CA: Sage, 1985.

LISZBINSKI, B. B., Kronbauer, C. A., Macagnan, C. B., & Patias, T. Z. Conformidade no reconhecimento de ativos intangíveis: um estudo na perspectiva da teoria institucional. **Revista Contemporânea de Contabilidade**, v. 11, n. 24, p. 85-105, 2014.

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.

MACHADO JUNIOR, Celso; DA SILVA CÉSAR, Robson Danúbio; DE SOUZA, Maria Tereza Saraiva. Adesão hospitalar do sistema suplementar de saúde à divulgação de resultados segundo modelo Global Reporting Initiative (GRI). **Einstein (São Paulo)**, v. 15, n. 3, 2017.

MACHADO, Vagner Naysinger. **Fatores explicativos do nível de evidenciação nas páginas eletrônicas de municípios do sul do Brasil**. Dissertação de Mestrado. Universidade do Vale do Rio dos Sinos – Unisinos, São Leopoldo – Rio Grande do Sul, 2014.

MACINTOSH, N. B., & SCAPENS, R. W. Structuration theory in management accounting. **Accounting, Organizations and Society**, v. 15, n. 5, 455-477, 1990.

MAJOR, M.J.; RIBEIRO, J. A Teoria Institucional na Investigação em Contabilidade. In: MAJOR, M.J.; VIEIRA, R. (org.). **Contabilidade e Controlo de Gestão: Teoria, Metodologia e Prática**. Lisboa: Escolar Editora, 2009.

MALHOTRA, N. *Pesquisa de Marketing: uma orientação aplicada*. Porto Alegre: Boockman, 2006.

MAMEDIO, D. F. Isomorfismo institucional em organizações de saúde: a gestão do processo de acreditação hospitalar. In: ENEGEP – Encontro Nacional de Engenharia de Produção, Infraestrutura e Desenvolvimento Sustentável 34., 2014. Curitiba. **Anais...** Curitiba: Enepeg, 2014.

MANSOUR, A. M. A. **The Effect of Joint Commission International (JCI) Accreditation on Healthcare Quality: A Study of Hospitals in Saudi Arabia**. 2018. Tese de Doutorado. ResearchSpace@ Auckland.

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.

MANZO, B.F.; BRITO, M.J.M.; CORRÊA, A.D.R. Implicações do processo de Acreditação Hospitalar no cotidiano de profissionais da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem - USP**. Brasil, v. 46, n. 2, p. 288-394, 2012.

MARTINS, D. B.; PORTULHAK, H.; VOESE, S. B. Gestão de custos: um diagnóstico em hospitais universitários federais. **RAHIS**, v. 12, n. 3, 2015.

MAUSS, Cezar Volnei; BLEIL, Claudecir; VANTI, Adolfo Alberto. XBRL na Gestão Pública com *Business Intelligence (BI)*. **Revista de Administração e Contabilidade da UNISNOS – BASE**, São Leopoldo/RS, v. 6, n. 5, p. 15-18, 2009.

MCGINNIS, M.; OLSEN, L.; YONG, P.L. **Value in Health Care. Accounting for Cost, Quality, Safety, Outcomes and Innovation: Workshop Summary**. The National Academies Press, 2010.

MCGREGOR JR, E. B. (Ed.). Recognizing Public Value, by Mark H. Moore, Cambridge, MA: Harvard University Press, 2013, 473 pp. hardback. **Journal of Policy Analysis and Management**, v.33, n. 3, 854-860, 2014.

MENDELEY. **Getting started with Mendeley**. Mendeley Desktop. Mendeley Ltd. Retrieved from <<http://www.mendeley.com/>>. London: 2009.

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.

MEYER, J. W., & Rowan, B. Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony. **American journal of sociology**, v.83, n. 2, p.340-363, 1977.

MEYNHARDT, T. Public Value – Turning a Conceptual Framework into a Scorecard. In: **Public Value and Public Administration**, p. 147-169. Georgetown University Press, 2015.

MEYNHARDT, T. Public value inside: What is public value creation? **Intl Journal of Public Administration**, v. 32, n. 3-4, p. 192-219, 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.

MILES, Matthew B.; HUBERMAN, A. Michael. **Qualitative data analysis: An expanded sourcebook**. Sage, 1994.

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.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Editora Vozes Limitada, 2011.

MIRANDA, Luiz Carlos; SILVA, José Dionísio Gomes da. Medição de desempenho. **Controladoria: agregando valor para a empresa**. Porto Alegre: Bookman, v. 2992, n. 262, p. 131-153, 2002.

MOORE, M. H. **Creating public value: Strategic management in government**. Harvard University Press, 1995.

MOORE, M. H. Public value accounting: Establishing the philosophical basis. **Public Administration Review**, v. 74, n. 4, p. 465-477, 2014.

MORAES, M. R. As relações intergovernamentais na República Federal da Alemanha. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 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.

MURPHY, P. Public health and health and wellbeing boards: antecedents, theory and development. **Perspectives in Public Health**, v.133, n. 5, p. 248–253, 2013.

NEVES JUNIOR, W. V. Gestão hospitalar: Sistema de indicadores e o programa brasileiro de acreditação. 2004. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2004.

NORD, E. Public Values for Health States Versus Societal Valuations of Health Improvements: A Critique of Dan Hausman's 'Valuing Health'. **Public Health Ethics**, v.10, n. 2, p. 138–147, 2016.

NORTH, Douglass C. **Institutions, Institutional Change and Economic Performance**. New York, Cambridge University Press, 1990.

NOVAES, H. M. O Processo de Acreditação dos Serviços de Saúde. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 9, n. 37, p. 133-140, out/dez. 2007.

NOVAES, H. M.; PAGANINI, J. M. Desenvolvimento e fortalecimento dos sistemas locais de saúde na transformação dos sistemas nacionais de saúde: padrões e indicadores de qualidade para hospitais (Brasil). **Organização Panamericana de Saúde**.1994.

O'TOOLE JR, L. J. Networks and networking: The public administrative agendas. **Public administration review**, v. 75, n. 3, p. 361-371, 2015.

O'DONOVAN, Gary. Environmental disclosures in the annual report: Extending the applicability and predictive power of legitimacy theory. **Accounting, Auditing & Accountability Journal**, v.15, n. 3, p. 344-371, 2002.

O'FLYNN, J. From new public management to public value: Paradigmatic change and managerial implications. **Australian Journal of Public Administration**, v. 66, n. 3, p.353-366, 2007.

OLIVEIRA, J. L. C. de; MATSUDA, L. M. Benefits and difficulties in the implementation of hospital accreditation: The voice of quality managers. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 1, p. 63-69, 2016.

OLIVEIRA, J. L. C.; GABRIEL, C. S.; FERTONANI, H. P.; MATSUDA, L. M. Mudanças gerenciais resultantes da Acreditação hospitalar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, p. 2851, 2017.

OLIVEIRA, Leila Ribeiro. Avaliação da maturidade de processos: contribuição para a melhoria contínua da cadeia de valor em um hospital público de Minas Gerais. **Projetos e Dissertações em Sistemas de Informação e Gestão do Conhecimento**, v. 5, n. 2, 2017.

OLIVER, C. Strategic responses to institutional processes. **Academy of Management Review**, v. 16, n. 1, p. 145-179, 1991.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). Disponível em: <<https://www.ona.org.br/Inicial>>. Acesso em 20 jan 2020.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde**, vol. 7. Brasília. ONA, 2014.

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (OCDE), **Health at a Glance 2017: OECD Indicators**, OECD Publishing, Paris, 2017. Acesso em 26 fev 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-em>.

OWINO, E. A. **The effect of hospital accreditation on the job satisfaction of nurses: a case study of Aga Khan University Hospital-Nairobi**. 2018. Tese de Doutorado. Strathmore University.

PARSONS, T. Suggestions for a sociological approach to the theory of organizations-I. *Administrative Science Quarterly*, v. 1, n. 1, p. 63-85, 1956.

PENEDO, Jorge.; PIMENTEL, Luis.; MAGRO, Nuno.; TABUCHO, Pedro. Contabilidade ambiental: Divulgação de informação. In: CONGRESSO DE CONTABILIDADE, 10., Estoril, 2004. **Anais...** Portugal, 2004.

PEREIRA, Gildasio Souza; PEREIRA, Sueli Souza. A importância da qualidade do serviço na gestão hospitalar, **Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde**. v. 1, n. 1, jan/jun, 2015.

PFEFFER, J.; SALANCIK. G. R. *The external control of organizations: a resource dependence perspective*. New York: Harper & Row, 1978.

PIAIA, Thami Covatti. Instituições, organizações e mudança institucional: análises e perspectivas. **Revista Justiça do Direito**. v. 27, n. 2, jul./dez. 2013 - p. 257-274.

PINHO, José Antonio Gomes de; SACRAMENTO, Ana Rita Silva. Accountability: já podemos traduzi-la para o português? **Revista de Administração Pública**, v. 43, n. 6, p. 1343-1368, 2009.

PINTO, Rosana. **Sistemas de informações hospitalares de Brasil, Espanha e Portugal: semelhanças e diferenças**. 2010. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro (RJ), 2010.

POMEY, M.P.; CONTANDRIOPOULOS, A.P.; FRANÇOIS, P.; BERTRAND, D; Accreditation: a Tool for Organizational Change in Hospitals? **International Journal of Health Care Quality Assurance** Volume 17 · N. 3 pp. 113-124. 2004.

PORTAL DA SAÚDE. IDSUS: Índice de desempenho do sistema único de saúde. Brasília, 2012. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1080>. Acesso em: 20 dez. 2019.

PORTAL SAÚDE BUSINESS. Hospital de Clínicas de Porto Alegre cria programa de combate à sepse e reduz taxa de mortalidade na unidade. Disponível em: <https://saudebusiness.com/voce-informa/hospital-de-clinicas-de-porto-alegre-criaprogramade-combate-sepse-e-reduz-taxa-de-mortalidade-na-unidade/>> Acesso em: 20 jan. 2020.

PORTER, M. What is Value in Health Care? **The New England Journal of Medicine**, v.363, n. 26, p. 2477-2481, 2010.

PORTULHAK, Henrique; ESPEJO, Márcia Maria dos Santos Bortolucci; PACHECO, Vicente. Public value scorecard: alternativa para avaliação de desempenho em hospitais universitários. **RAHIS**, v. 15, n. 1, 2018.

PYPER, R. Public Administration, public management and governance. **The International Handbook of Public Administration and Governance**, 13-34, 2015.

QSR INTERNATIONAL. Nvivo Pro®, versão 12.3. Disponível em: <<http://www.qsrinternational.com/nvivo/nvivo-products/nvivo-11-for-windows>> Acesso em: 19 nov.2017.

QUINTO NETO, A. **Processo de Acreditação**: a busca da qualidade nas organizações de saúde. Porto Alegre: Dacasa, 2000.

RAMALHEIRA, António Carlos de Paiva. **Ensaio de técnicas de DEA com fins de alinhamento funcional na AP: eficiência das equipas de tratamento da DRC do ex-IDT, IP**. Dissertação de Mestrado. Universidade de Aveiro, Portugal, 2014.

REIS, L. G. D. **A influência do discurso no processo de mudança da contabilidade gerencial: Um estudo de caso sob o enfoque da teoria institucional** (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil, 2008.

RHODES, R. A. The hollowing out of the state: The changing nature of the public service in Britain. **The Political Quarterly**, v.65, n.2, p.138-151, 1994.

RIBEIRO, J. A., & SCAPENS, R. W. Institutional theories in management accounting change: contributions, issues and paths for development. **Qualitative Research in Accounting & Management**, v. 3, n. 2, p.94-111, 2006.

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.

ROGGENKAMP, S. D.; WHITE, K. R.; BAZZOLI, G. J. Adoption of hospital case management: economic and institutional influences. **Social Science & Medicine**, v. 60, n.11, p. 2.489-2.500, 2005.

ROSSONI, Luciano. O que é Legitimidade Organizacional? **Organizações & Sociedade**, v. 23, n. 76, 2016.

RSTUDIO TEAM. **RStudio: Integrated Development for R**. RStudio, Inc., Boston, MA URL <<http://www.rstudio.com/>>, 2015.

RUEF, M.; SCOTT, W. R. A multidimensional model of organizational legitimacy: hospital survival in changing institutional environments. **Administrative Science Quarterly**, v. 43, n. 4, p. 877-904, 1998.

RUTGERS, M. R. As good as it gets? On the meaning of public value in the study of policy and management. **The American Review of Public Administration**, v. 45, n.1, p. 29-45, 2015.

SACCOL, A. Z. Um retorno ao básico: compreendendo os paradigmas de pesquisa e sua aplicação na pesquisa em administração. **Revista de Administração da UFSM**, v. 2, n. 2, p. 250-269, 2009.

SADIQI, J. Evaluating the development of Smart communities: a public value perspective. **Marketing and Management of Innovations**, v. 2, p.155–167, 2018.

SALDAÑA, J. An introduction to codes and coding. **The coding manual for qualitative researchers**, v. 3, 2009.

SAM, Michael P. Building legitimacy at Sport Canada: pitfalls of public value creation? **International review of administrative sciences**, v. 77, n. 4, p. 757-778, 2011.

SANCHEZ, K. R. **Sistema Integrado de Gestão em Organizações Hospitalares: um enfoque dirigido à Acreditação**, NBR ISSO 9001, NBR ISSO 14001 e BS 8800. 2003. 260 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

SANTOS, Carla Macedo Velloso dos; OHAYON, Pierre; PIMENTA, Márcio Marvila. *Disclosure* via website e as características das empresas do terceiro setor: um estudo empírico das entidades cariocas. **Advances in Scientific and Applied Accounting**, v. 10, n. 1, p. 073-090, 2017.

SANTOS, Carla Macedo Velloso dos. **Accountability entre organização social, governo e sociedade: estudo em contratos de gestão de saúde no estado do Amazonas**. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

SANTOS, K. P. D. **Processo de institucionalização no sistema informacional de custos e tratamento do desperdício em uma entidade hospitalar**. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus de Cascavel, 2017.

SAUNDERS, M; LEWIS, P.; THORNHILL A. **Research Methods for Business Students**. 5. ed. Prentice Hall: Pearson Education, 2003.

SAW, Kenneth W. Corporate disclosure quality, earnings smoothing, and earnings' timeliness. **Journal of Business Research**, Columbia, v. 56, p. 1043-1050, 2003.

SCHIESARI L.M.C. Avaliação externa de organizações hospitalares no Brasil: podemos fazer diferente? **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 10, p.4229-34, 2014.

SCHLICHTER, B. R., SVEJVIG, P., & ANDERSEN, P. E. R. Value Creation from Public Healthcare IS. **IIFIP International Federation for Information Processing**, v.429, p. 1–15, 2014.

SCHMALTZ, S. P.; WILLIAMS, S. C.; CHASSIN, M. R.; LOEB, J. M.; WACHTER, R. M. Hospital performance trends on national quality measures and the association with Joint Commission Accreditation, **Journal of Hospital Medicine**, v. 6, n. 8, p. 454-461, out. 2011.

SCHNEIDER, V. E.; BEN, F.; CARVALHO, A. B. Análise comparativa dos custos ambientais relacionados ao gerenciamento de RSSS em dois hospitais da região da serra gaúcha – Brasil. **Revista AIDIS de Ingeniería y Ciencias Ambientales: investigación, desarrollo y práctica**, v. 1, n. 4, p. 1-9, 2008.

SCOTT, W. R. **Institutional change and healthcare organizations: from professional dominance to managed care**. Chicago: University of Chicago Press, 2000.

SCOTT, W. R. **Institutions and organizations: ideas and interests**. 3. ed. Thousand Oaks: Sage, 2008.

SCOTT, W. R. **Institutions and organizations**. Thousand Oaks: Sage, 1995.

SCOTT, W.R. **Institutions and Organizations: Ideas, Interests, and Identities**. Sage Publications, London, 2013.

SEABRA, S. A. K. **Acreditação em organizações hospitalares**. 170 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Faculdade de Administração, Contabilidade e Economia, Pontificada Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

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.

SHAW, C. D.; BRAITHWAITE, J.; MOLDOVAN, M.; NICKLIN, W.; GRGIC, I.; FORTUNE, T. & WHITTAKER, S. Profiling health-care accreditation organizations: an international survey. **International journal for quality in health care**, v. 25, n. 3, p. 222-231, 2013.

SHAW, C. **Some Issues in the Design and Redesign of External Health Care Assessment and Improvement Systems: Toolkit for Accreditation Programs**. Melbourne: ISQUA, 2004.

SILVA, M. Z. D. (2006). **Mensuração dos custos de procedimentos médicos em organizações hospitalares: sistematização de um método de custeio híbrido à luz do ABC e da UEP**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

SILVA, Wendel Alex Castro; PEREIRA, Maria da Glória; TAVARES ARAÚJO, Elisson Alberto. Estudo da criação de valor econômico e transparência na administração pública. **Desenvolvimento em Questão**, v. 12, n. 26, 2014.

SIMONET, D. & ALKAFAJI, Y. Critical evaluations of the French health care accounting indicators: the use of DRGS. **Public Administration Quarterly**, v. 41, n. 3, p. 569–609, 2017.

SIMONET, D. Public values and administrative reforms in French health care. **Journal of Public Affairs**, v. 17, n. 3, p.1604, (2017a).

SIMONET, D. Recentralization and vertical alignment in the French health-care system. **Journal of Public Affairs**, v. 17, n. 4, p. 1–8, (2017b).

SINGH, J., LORD, J., LONGWORTH, L., ORR, S., MCGARRY, T., SHELDON, R., & BUXTON, M. Does responsibility affect the public's valuation of health care interventions? A relative valuation approach to health care safety. **Value in Health**, v. 15, n. 5, p. 690–698, 2012.

SLADE, C. P. Public Value Mapping of Equity in Emerging Nanomedicine. **Minerva**, v. 49, n. 1, p. 71–86, 2011.

SLOMSKI, V. **Mensuração do resultado econômico em entidades públicas: uma proposta**.

1996. 82f. Dissertação de Mestrado em Ciências Contábeis – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

SLOMSKI, V. Mensuração do resultado econômico em entidades públicas: uma proposta. 1996. 82 p. Dissertação Mestrado em Ciências Contábeis, Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

SLOMSKI, V. **Mensuração do resultado econômico nas entidades públicas: uma proposta.** Chapecó: Argos, 2001.

SOBRINHO, F. M.; RIBEIRO, H. C. T. C.; ALVES, M.; MANZO, B. F. & NUNES, S. M. V. Performance em processo de acreditação de hospitais públicos de Minas Gerais/Brasil: influências para a qualidade da assistência. **Enfermería Global**, v. 14, n. 1, p. 286-309, 2015.
SOEIRO, T. M.; WANDERLEY, C. A. A teoria institucional na pesquisa em contabilidade: uma revisão. **Organizações & Sociedade**, v. 26, n. 89, 2019.

SORRENTINO, Maddalena; NIEHAVES, Bjoern. Intermediaries in E-inclusion: a literature review. In: **System Sciences (HICSS), 2010 43rd Hawaii International Conference on.** IEEE, p. 1-10, 2010.

SOUSA, Bruna Daniella Oliveira de; BANDEIRA, Marcos Lima. Aplicabilidade do valor econômico agregado na mensuração do valor de mercado das empresas: um estudo da VALE SA. **Negócios em projeção**, v. 8, n. 1, p. 13-25, 2017.

SOUSA, Dionéia Paula Bodevan de, MACHADO-TAYLOR, Maria de Lourdes, ROCHA, Lamara Laguardia Valente. Impacto dos programas de acreditação e da gestão de qualidade em hospitais públicos e privados no brasil e no mundo: estudo de revisão integrativa. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**. Vol.13, n.4, pp.122-152, 2016.

STEETS, J. **Accountability in public policy partnerships.** Londres, Inglaterra: Palgrave Macmillan, 2010.

STOKER, G. Public value management a new narrative for networked governance? **The American Review of Public Administration**, v.36, n.1, pp.41-57, 2006.

STRYKER, R. Rules, resources, and legitimacy processes: some implications for social conflict, order, and change. **American Journal of Sociology**, v. 99, n. 4, p. 847-910, jan. 1994.

SUCHMAN, M. C. Managing legitimacy: Strategic and institutional approaches. **Academy of management review**, v. 20, n. 3, p. 571-610, 1995.

SUI ZHANG; LADI WANG. A public value approach to service management in public hospitals: an alternative to the balanced scorecard. International Conference on Management and Service Science. Retrieved from <https://ieeexplore.ieee.org/abstract/document/5577188/>. 2010.

THOMAZ, José Carlos; BRITO, Eliane Pereira Zamith. O uso do Value Shop na análise da criação de valor na percepção do cliente: Uma aplicação em serviços médico-hospitalares. **Revista Alcance**, v. 13, n. 2 (Mai-Ago), p. 185-206, 2006.

- TOLBERT, Pamela S.; ZUCKER, Lynne G. The institutionalization of institutional theory. **Studying Organization. Theory & Method.** London, Thousand Oaks, New Delhi, p. 169-184, 1999.
- TRITTER, J. E. Framing the production of health in terms of public value: Lessons from the UK National Health Service. **Public Value: Theory and Practice.** Basingstoke: Macmillan, p.158-70, 2011.
- TRY, D.; RADNOR, Z. Developing an understanding of results-based management through public value theory. **International Journal of Public Sector Management**, v. 20, n. 7, p.655-673, 2007.
- 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.
- VAN DOOREN, W., BOUCKAERT, G., & HALLIGAN, J. **Performance management in the public sector.** Routledge. 2015.
- VERRECCHIA, Robert E. Discretionary disclosure. **Journal of accounting and economics**, v. 5, p. 179-194, 1983.
- VERRECCHIA, Robert E. Essays on disclosure. **Journal of accounting and economics**, v. 32, n. 1-3, p. 97-180, 2001.
- VIANA, M. F. et al. Processo de acreditação: uma análise de organizações hospitalares. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v.3, n.6, p. 35-45, 2011.
- WEBER, M. **The theory of social and economic organization.** New York: Free Press, 1947.
- WEBER, M. **Economia e sociedade.** Brasília: Editora da Universidade de Brasília, v. 1, 1991.
- WILLIAMS, B. N., KANG, S.-C., & JOHNSON, J. (Co)-Contamination as the Dark Side of Co-Production: Public value failures in co-production processes. **Public Management Review**, v. 18, n. 5, 692–717, 2016.
- WILLIAMS, I., & SHEARER, H. Appraising public value: past, present and futures. **Public Administration**, v. 89, n. 4, p.1367–1384, 2011.
- WILLIAMS, I., DUROSE, J., PECK, E., DICKINSON, H., & WADE, E. How can PCTs shape, reflect and increase public value? **Birmingham, UK: Health Services Management Centre.** 2007.
- WILLIAMSON, O. E. Comparative economic organization: The analysis of discrete structural alternatives. **Administrative science quarterly**, p. 269-296, 1991.
- WILSON, J. Introduction to Symposium on Daniel Hausman's Valuing Health: Well-Being, Freedom and Suffering. **Public Health Ethics**, v. 10, n. 2, p.105–108, (2017a).

WILSON, J. Public Value, Maximization and Health Policy: An Examination of Hausman's Restricted Consequentialism. **Public Health Ethics**, v. 10, n. 2, p. 157–163, (2017b).

XAVIER, R. V., Ramos, F. M., da Silva, L. M., de Souza, T. R., & Schuh, Fatores Explicativos do Nível de Sustentabilidade das Instituições Hospitalares Brasileiras Acreditadas. **ConTexto**, v. 18, n. 39, 2018.

XAVIER, R. V.; DO CARMO FILHO, M. M. Uso dos artefatos de contabilidade gerencial: Comparativo entre os hospitais acreditados no Brasil com os não acreditados da cidade de Manaus (AM). **Revista Ambiente Contábil**, v. 7, n. 2, p. 248, 2015.

XAVIER, R.V.; TAMER, C.M.V.; GALDINO, J. A.; FILHO, M.M.C.; SILVA, M.R.F. *HOSPITAL ACCREDITATION: An Analysis Conducted in Brazil Hospitals that have International Certification*. **Business and Management Review**. Special Issue – V.05 N.01. June/2015.

XAVIER, Redvânia Vieira; RAMOS, Fernando Maciel; SOUZA, Taciana Rodrigues. Fatores Explicativos do Nível de Sustentabilidade nas Dimensões do Triple Bottom Line (TBL) das Instituições Hospitalares Brasileiras com Acreditação. In: Encontro Nacional da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração-EnANPAD 2017. **Anais...**São Paulo (SP), 2017.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4a. ed. Porto Alegre, RS: Bookman Editora, 2010.

ZIMMERMAN, M. A.; ZEITZ, G. J. Beyond survival: achieving new venture growth by building legitimacy. **Academy of Management Review**, v. 27, n. 3, p. 414-431, 2002.

ZUCCOLOTTO, R.; SILVA, G.M.; EMMENDOERFER, M. Limitações e possibilidades de compreensão da utilização das práticas de Contabilidade Gerencial por perspectivas da Teoria Institucional. **BASE – Revista de Administração e Contabilidade da Unisinos**, v. 7, n. 3, 2010.

APÊNDICE A

Roteiro de questões para as entrevistas – Versão Diretoria, Gestores e Coordenadores

Dados de identificação:		1. Atuação profissional: Qual é o seu cargo no hospital? Qual é o seu setor no hospital? Quantos anos de trabalho no hospital? 1.2 Qual sua formação acadêmica e sua titulação atual? 1.3 Gênero: () Masculino () Feminino
Abertura da entrevista		2. Atualmente, o hospital possui quais creditações? (Nacional? Qual? Internacionais? Quais?) 3. Por favor, conte-me como e quando começou a busca pela estratégia de acreditação internacional no hospital?
Estratégia de acreditação	Decisão estratégica	4. Quais os fatores que determinaram a decisão de buscar a acreditação internacional? (Fator Externo ou interno?) 5. Qual o nível de investimento (milhares em reais ou horas) que o hospital está alocando na estratégia de acreditação?
	Estratégia competitiva	6. Em relação ao ambiente externo (político, econômico, social e ambiental) o quê influenciou a estratégia de acreditação da instituição? 7. Na sua opinião, como o ambiente interno , recursos e competências da instituição podem contribuir para o sucesso na implantação da acreditação? 8. Qual o diferencial para o paciente em utilizar os serviços de um hospital acreditado internacionalmente? E qual é o diferencial para o hospital em possuir acreditação internacional, na sua percepção?
Institucionalização da acreditação internacional	Isomorfismo Coercitivo	9. Como a acreditação internacional contribui para atender as expectativas do paciente, dos colaboradores e da sociedade ? 10. Na sua opinião, com a acreditação internacional, como o hospital ficou reconhecido perante a sociedade? 11. O Ministério da Saúde ou o Ministério da Educação (ou outro órgão regulador) de alguma forma (formal ou informalmente) exigiam ou estimulavam que os padrões da qualidade e segurança ao paciente fossem semelhantes aos padrões da acreditação internacional?
	Isomorfismo Mimético	12. O hospital busca se comparar competitivamente com instituições nacionais ou internacionais? 13. Na sua opinião, o que diferencia os processos de acreditação internacional dos processos nacionais?
	Isomorfismo Normativo	14. Como você acredita que o processo de acreditação pode influenciar na qualificação e o desenvolvimento dos profissionais, seja técnico ou gerencial da instituição? 15. Como o hospital busca atender as condições ou exigências dos padrões da acreditação internacional? Foi criado um setor específico para atender, gerenciar e monitorar as demandas operacionais originadas pela institucionalização do processo de acreditação internacional?
	Habitualização	16. Quais foram os problemas ou impactos organizacionais enfrentados durante a implantação da acreditação internacional (mudanças estruturais, de processos, necessidade de qualificação, etc.)? 17. Quais os novos procedimentos ou novas políticas que foram criados e absorvidos com a implantação da acreditação internacional?
	Objetificação	18. Como o hospital se organizou para desenvolver e atender o processo de acreditação internacional (em termos de alocação de pessoas, estrutura organizacional e gerenciamento)? 19. Quais os fatores foram considerados críticos no processo de acreditação, ou seja, apresentam maior nível de desafio em termos de esforço, custo ou complexidade?
	Sedimentação	20. Uma vez acreditada internacionalmente, como o hospital, sendo público, consegue assegurar a continuidade e manutenção da acreditação internacional? 21. Como o hospital conseguiu superar as resistências às mudanças organizacionais da instituição? 22. Na sua opinião, qualquer hospital público, independente do porte (pequeno, médio ou de grande), conseguiria implantar a acreditação internacional? Justifique sua resposta.
Valor Público	Valor Público na saúde	23. Quais são os valores criados (econômicos e sociais) percebidos e efetivados após a institucionalização da acreditação internacional, ou seja, quais foram os benefícios coletivos que a acreditação trouxe para a sociedade? Os retornos do investimento para a sociedade? 24. Como a criação de valor foi efetivamente mensurada e divulgada após a institucionalização da acreditação? Quem participa do processo de mensuração e divulgação desses valores criados (Financeiro, administração, enfermagem e médicos)? Existe um processo (formal) na instituição para identificar os valores públicos criados com a institucionalização da acreditação? 25. Na sua percepção, com a acreditação internacional, a sociedade percebeu melhorias no desempenho (social, econômico e financeiro), na qualidade e na segurança dos serviços prestados no hospital? Justifique. 26. Na sua percepção, os custos hospitalares foram reduzidos com a acreditação hospitalar? Pode citar quais foram esses custos e se existem pessoas gerenciando, controlando e monitorando os custos com a acreditação internacional? 27. Na sua opinião, a acreditação hospitalar internacional pode ser considerada uma ferramenta de controle de gestão nas organizações hospitalares? Comente sua resposta.
	Legitimação	28. Com o fim do processo de institucionalização da acreditação internacional, como o hospital efetiva/efetivou a legitimação da estratégia de acreditação internacional para a sociedade? (Regulatória, normativa ou cognitiva) 29. Como são divulgados para a sociedade (interna e externamente) os valores criados pela institucionalização da acreditação hospitalar? (Relatórios de atividades e/ou de gestão e de sustentabilidade?) 30. Quais são os indicadores que apontam a criação de valores oriundos do processo de institucionalização da acreditação internacional? 31. Na sua opinião, as informações que foram divulgadas (<i>disclosures</i>) sobre o processo de acreditação são capazes de oferecer transparência perante o investimento da sociedade? Como? Justifique. 32. Na sua percepção, as divulgações (<i>disclosures</i>) que são feitas sobre os valores criados no processo de acreditação estão oferecendo mais credibilidade para o hospital perante a sociedade? Por quê?
Encerramento da entrevista		33. Tendo em vista tudo que foi abordado até este momento, você gostaria de destacar algum aspecto adicional sobre a experiência da acreditação internacional no hospital?

APÊNDICE B

Roteiro de questões para as entrevistas – Colaboradores operacionais

Dados de identificação:		1. Atuação profissional: Qual é o seu cargo no hospital? Qual é o seu setor no hospital? Quantos anos de trabalho no hospital? 1.2 Qual sua formação acadêmica e sua titulação atual? 1.3 Gênero: () Masculino () Feminino
Abertura da entrevista		2. Atualmente, o hospital possui quais creditações? (Nacional? Qual? Internacionais? Quais?)
Institucionalização da acreditação internacional	Isomorfismo Coercitivo	3. Como a acreditação internacional contribui para atender as expectativas do paciente, dos colaboradores e da sociedade ? 4. Na sua opinião, com a acreditação internacional, como o hospital ficou reconhecido perante a sociedade? 5. O Ministério da Saúde ou o Ministério da Educação (ou outro órgão regulador) de alguma (formal ou informalmente) exigiam ou estimulavam que os padrões da qualidade e segurança ao paciente fossem semelhantes aos padrões da acreditação internacional?
	Isomorfismo Mímético	6. O hospital busca se comparar competitivamente com instituições nacionais ou internacionais? 7. Na sua opinião, o que diferencia os processos de acreditação internacional dos processos nacionais?
	Isomorfismo Normativo	8. Como você acredita que o processo de acreditação pode influenciar na qualificação e o desenvolvimento dos profissionais, seja técnico ou gerencial da instituição? 9. Como o hospital busca atender as condições ou exigências dos padrões da acreditação internacional? Foi criado um setor específico para atender, gerenciar e monitorar as demandas operacionais originadas pela institucionalização do processo de acreditação internacional?
	Habitualização	10. Quais foram os problemas ou impactos organizacionais enfrentados durante a implantação da acreditação internacional (mudanças estruturais, de processos necessidade de qualificação, etc.)? 11. Quais os novos procedimentos ou novas políticas que foram criados e absorvidos com a implantação da acreditação internacional?
	Objetificação	12. Como o hospital se organizou para desenvolver e atender o processo de acreditação internacional (em termos de alocação de pessoas, estrutura organizacional e gerenciamento)? 13. Quais os fatores foram considerados críticos no processo de acreditação, ou seja, apresentam maior nível de desafio em termos de esforço, custo ou complexidade?
	Sedimentação	14. Uma vez acreditada internacionalmente, como o hospital, sendo público, consegue assegurar a continuidade e manutenção da acreditação internacional? 15. Como o hospital conseguiu superar as resistências às mudanças organizacionais da instituição?
Valor público	Valor público na saúde	16. Quais foram os valores criados (econômicos e sociais) percebidos e efetivados após a institucionalização da acreditação internacional, ou seja, quais foram os benefícios coletivos que a acreditação trouxe para a sociedade? Os retornos do investimento para a sociedade? 17. Como a criação de valor foi efetivamente mensurada e divulgada após a institucionalização da acreditação? E quem participa do processo de mensuração e divulgação desses valores criados (Financeiro, administração, enfermagem e médicos)? Existe um processo (formal) na instituição para identificar os valores criados com a institucionalização da acreditação? 18. Na sua percepção, com a acreditação internacional, a sociedade percebeu melhorias no desempenho (social, econômico e financeiro), na qualidade e na segurança dos serviços prestados no hospital? Justifique. 19. Na sua percepção, os custos hospitalares foram reduzidos com a institucionalização da acreditação hospitalar? Pode citar quais foram esses custos e se existem pessoas gerenciando, controlando e monitorando os custos com a acreditação internacional? 20. Na sua opinião, a acreditação hospitalar internacional pode ser considerada uma ferramenta de controle de gestão nas organizações hospitalares? Comente sua resposta.
	Legitimidade do valor público	21. Como o hospital efetiva/efetivou a legitimação da estratégia de acreditação internacional para a sociedade? (Regulatória, normativa ou cognitiva) 22. Como são divulgados para a sociedade (interna e externamente) os valores criados pela institucionalização da acreditação hospitalar? (Relatórios de atividades e/ou de gestão e de sustentabilidade?) 23. Quais são os indicadores que apontam a criação de valores oriundos do processo de institucionalização da acreditação internacional? 24. Na sua opinião, as informações que são divulgadas (disclosures) sobre o processo de acreditação são capazes de oferecer transparência perante o investimento da sociedade? Como? Justifique. 25. Na sua percepção, as divulgações (disclosures) que são feitas sobre os valores criados no processo de acreditação estão oferecendo mais credibilidade para o hospital perante a sociedade? Por quê?
Encerramento da entrevista		26. Tendo em vista tudo que foi abordado até este momento, você gostaria de destacar algum aspecto adicional sobre a experiência da acreditação internacional no hospital?

APÊNDICE C

Roteiro de questões para as entrevistas – Versão Representante da Sociedade

Dados de identificação:		1. Atuação profissional: Qual sua formação acadêmica e sua titulação atual? 1.2 Gênero: () Masculino () Feminino 1.3 Qual seu papel perante o Sistema Único de Saúde?
Abertura da entrevista		2. Na sua percepção, qual o diferencial para o paciente em utilizar os serviços de um hospital acreditado internacionalmente?
Institucionalização da acreditação internacional	Isomorfismo Coercitivo	3. Na sua opinião, como a acreditação internacional contribuiu para atender as expectativas do paciente e da sociedade ? 4. Com a acreditação internacional, como o hospital ficou reconhecido perante a sociedade?
	Isomorfismo Mimético	5. Na sua percepção, o hospital tem condições de se comparar competitivamente com instituições nacionais ou internacionais após a institucionalização da acreditação internacional? 6. Na sua opinião, o que diferencia os processos de acreditação internacional dos processos nacionais?
	Isomorfismo Normativo	7. Na sua percepção, o processo de acreditação influenciou na qualificação e o desenvolvimento dos profissionais, seja técnico ou gerencial da instituição? 8. Na sua opinião, o hospital busca atender as condições ou exigências dos padrões da acreditação internacional?
Valor público	Valor público na saúde	9. Na sua opinião, quais foram os valores criados (econômicos e sociais) percebidos e efetivados após a institucionalização da acreditação internacional, ou seja, quais foram os benefícios coletivos que a acreditação trouxe para a sociedade? Os retornos do investimento para a sociedade?
	Legitimidade	10. Na sua percepção, como estão sendo divulgados para a sociedade (interna e externamente) os valores criados pela institucionalização da acreditação hospitalar? (Relatórios de atividades e/ou de gestão e de sustentabilidade?) 11. Na sua opinião, as informações que foram divulgadas (disclosures) sobre o processo de acreditação são capazes de oferecer transparência perante o investimento da sociedade? Como? Justifique. 12. Na sua percepção, as divulgações (disclosures) que são feitas sobre os valores criados no processo de acreditação estão oferecendo mais credibilidade para o hospital perante a sociedade? Por quê?
Encerramento da entrevista		13. Tendo em vista tudo que foi abordado até este momento, você gostaria de destacar algum aspecto adicional sobre a acreditação internacional no hospital?

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Criação de valor no processo de institucionalização da acreditação hospitalar

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é **analisar como ocorre a mensuração e a divulgação da criação de valor durante o processo de institucionalização e legitimação da acreditação hospitalar internacional em hospital público.**

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: Participar da entrevista retrospectiva e semiestruturada, que será guiada por um roteiro de perguntas.

Não são conhecidos riscos pela participação na pesquisa. Porém, alguns desconfortos podem ocorrer no momento da entrevista, como por exemplo: o tempo excessivo de resposta entre uma pergunta e outra ou se por algum motivo o participante não souber responder alguma das perguntas abordadas.

A participação na pesquisa não trará benefícios diretos aos participantes, porém, contribuirá para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao seu vínculo institucional.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos, porém, poderá ser ressarcido por despesas decorrentes de sua participação (ex.: despesas de transporte e alimentação), cujos custos serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Redvânia Vieira Xavier, pelo telefone (92) 99230-1529 de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Local e Data: _____

APÊNDICE E
PROTOCOLO DO ESTUDO DE CASO ÚNICO

Etapas	Seção	Critérios	Conteúdo
Etapa 1	Visão geral do projeto de estudo de caso	Escolha do título	Criação de valor no processo de institucionalização da acreditação hospitalar em hospitais públicos.
		Escolha dos objetivos:	Objetivo Geral: analisar como ocorre a mensuração e a divulgação da criação de valor durante o processo de institucionalização e legitimação da acreditação hospitalar em hospital público. Objetivos específicos: a) verificar quais foram os fatores determinantes para a busca da institucionalização da acreditação internacional na organização hospitalar pública investigada; b) identificar os elementos de valor público criado no âmbito da saúde pelo hospital público investigado com a institucionalização da acreditação hospitalar internacional; c) analisar como foram mensurados e divulgados os valores públicos criados com a institucionalização da acreditação hospitalar internacional.; e d) apontar como o valor público criado a partir do processo de acreditação hospitalar internacional foi efetivamente legitimado para as partes interessadas.
		Escolha da questão de pesquisa:	Como ocorre a mensuração e a divulgação da criação de valor público no processo de institucionalização da acreditação hospitalar internacional em hospital público?
		Mapeamento da literatura:	Foram realizadas duas revisões sistemáticas sobre os principais temas da pesquisa.
		Principais conceitos teóricos:	Teoria institucional: a teoria institucional é uma teoria que trata do comportamento do indivíduo a partir de óticas da racionalidade (FREZATTI ET AL., 2009). Principais constructos da teoria institucional: mudança institucional; isomorfismo (coercitivo, normativo e mimético) processo institucional (habitualização, objetificação e sedimentação). Teoria do valor público: o valor público pode ser entendido como o valor ou a importância que os cidadãos atribuem ao resultado de políticas governamentais e à manutenção da segurança e legitimidade do estado (MOORE, 1995). Principais constructos da teoria do valor público: criação de valor público; mensuração; divulgação; indicadores; e legitimidade.
		Escolha do tipo de caso:	Trata-se de uma pesquisa descritiva, que utilizou como estratégia o estudo de caso único em um hospital público e universitário.
Etapa 2	Plano de coleta de dados	Fontes de evidências (entrevistas, questionários, observação ou documentos (internos e externos):	a) Primárias: entrevistas (retrospectivas) semiestruturadas e observações diretas; e b) Secundárias: documentos (internos e externos).
		Instrumentos de coleta de dados:	Foram utilizados 3 (três) roteiros de entrevistas (apêndices A, B e C) e o caderno de anotações das notas de observações diretas (anexo B) para os dados primários; e <i>checklist</i> (Quadro 53) para os dados secundários.
		Levantamento dos documentos:	Foram realizadas entrevistas com os administradores e colaboradores da instituição, e com os representantes da sociedade. Foram realizados levantamentos dos relatórios de gestão, demonstrações contábeis, notas do <i>website</i> da instituição investigada e notícias da mídia e/ou imprensa.
		Validação do instrumento de pesquisa:	Validação teórica: revisões de literatura e visita in loco; Validade aparente: revisão da banca qualificação (contribuições); e revisão das questões por profissionais da área de saúde e pré-teste.
		Construção de um banco de dados para armazenar as respostas:	Foi construído um banco de dados no software <i>NVivo Pro®</i> , versão 12.

Etapa 3	Procedimentos de campo	Executora da pesquisa:	Redvânia Vieira Xavier
		Orientador da pesquisa:	Norberto Hoppen
		Responsável técnico:	Helena Santos
		Credenciais de acesso ao caso:	Carta de apresentação do projeto, parecer de aprovação da instituição e e-mails.
		Realização de pré-teste dos instrumentos no campo:	Foi realizado o pré-teste na primeira entrevista do hospital investigado (última validação aparente)
		Agendamento de entrevistas e coleta de dados:	Os agendamentos das entrevistas (dados primários) ocorreram entre julho/2018 a julho/2019. A coleta dos dados secundários ocorreu entre agosto/2019 a dezembro/2019.
		Checklist de materiais necessários em campo:	Foram utilizados os seguintes itens em campo: gravador de voz, celular, computador, caneta, lapiseira e borracha.
		Verificação pelos participantes:	Foram realizadas auditoria das transcrições por dois participantes das entrevistas.
Etapa 4	Plano e procedimentos de análise do caso	Técnica aplicada para a análise dos dados:	A pesquisa utilizou a técnica de análise de conteúdo nesta pesquisa.
		Adequação a um padrão:	Foi realizada a adequação ao modelo teórico proposto.
		Transcrições das entrevistas:	Foram realizadas 30 (trinta transcrições) das entrevistas nesta tese.
		Codificação e tabulação dos dados:	Em relação aos dados primários, especificamente as entrevistas, estas foram gravadas, transcritas e codificadas em grau de primeira, segunda e terceira ordem conforme as orientações de Saldaña (2009). Em relação aos dados secundários, ou seja, os relatórios de gestão e as demonstrações contábeis da instituição investigada, estes documentos foram analisados, comparados e triangulados com as informações apuradas nas entrevistas. Os dados secundários foram compostos de 18 documentos do período de 2010 a 2018 da instituição investigada, sendo que 9 (nove) documentos são os relatórios de gestão e 9 (nove) são as demonstrações contábeis.
		Desenho da pesquisa:	A pesquisa foi subdividida em 6 fases: O processo de coleta de dados desta pesquisa foi a fase inicial da pesquisa e foi dividida em 4 (quatro) grandes fases: i) revisão sistemática; ii) seleção e preparação do estudo de caso único; iii) levantamento dos dados primários; iv) levantamento dos dados secundários. A 5ª. fase refere-se as transcrições, codificações e análise do conteúdo, e por fim, a 6ª. fase trata-se dos resultados e das discussões.
Etapa 5	Avaliação dos resultados	Avaliação dos resultados:	Foram comparados os dados empíricos com as teorias e foram realizadas triangulações nos dados apurados.
		Estrutura para replicação:	Esta pesquisa foi estruturada com o intuito de futuramente ser reaplicada em outras pesquisas semelhantes.
		Implicações teóricas e práticas:	A pesquisa encontrou contribuições teóricas para a literatura e empíricas para os gestores públicos de saúde e para a sociedade (veja as considerações finais desta pesquisa).
		Relatório técnico:	Após a elaboração do relatório de tese, foi redigido um relatório técnico para ser apresentado ao hospital investigado.
		Revisão do relatório (tese):	O relatório foi revisado duas vezes pela pesquisadora e pelo orientador da pesquisadora.
		Elaboração do relatório final:	Após as revisões do relatório de tese, foi elaborado o relatório final pela executora da pesquisa.

APÊNDICE F
CODEBOOK DA PESQUISA

Categories (1 ^a ordem)	Categories (2 ^a ordem)	Categories (3 ^a ordem)	Definição	Autores
Estratégia	Decisão estratégica	Fatores determinantes	Fatores que determinaram a decisão pela busca da acreditação internacional.	De Medeiros et al. (2018).
		Investimento alocado	Investimento alocado para a implantação da estratégia.	De Medeiros et al. (2018).
	Estratégia competitiva	Ambiente externo	Influência do ambiente externo (político, econômico, social e ambiental) para a busca da acreditação.	De Medeiros et al. (2018).
		Ambiente interno	Influência do ambiente interno (recursos e competências) e interno para a busca da acreditação.	De Medeiros et al. (2018).
		Diferencial do paciente	Diferencial para o paciente por utilizar os serviços de um hospital acreditado internacionalmente.	Xavier et al. (2015).
Diferencial do hospital	Diferencial para o hospital por possuir um selo de acreditação internacional.	Xavier et al. (2015).		
Institucionalização	Isomorfismo Coercitivo	Pressões formais ou informais	Exigências e pressões dos órgãos reguladores (Ministério da Educação e Ministério da Saúde).	DiMaggio e Powell (2005).
		Expectativas da sociedade	Expectativas da sociedade em relação a estratégia de acreditação hospitalar internacional, ou seja, as expectativas de contribuição do processo para a sociedade.	DiMaggio e Powell (2005).
		Reconhecimento	O reconhecimento institucional por ter um selo de acreditação hospitalar internacional.	De Medeiros et al. (2018).
		Legitimidade organizacional	Legitimidade da estratégia de acreditação internacional para a sociedade.	Suchman (1995); Rossoni (2016).
	Isomorfismo Mimético	Comparação competitiva	Comparação com outras instituições de saúde pública.	DiMaggio e Powell (2005).
		Tecnologias organizacionais	Diferença existentes entre os sistemas de acreditação.	Elaborada pela autora.
	Isomorfismo Normativo	Qualificação e desenvolvimento	Influência da acreditação internacional na qualificação e no desenvolvimento dos profissionais.	Elaborada pela autora.
		Profissionalização	Condições e exigências dos padrões da acreditação internacional.	DiMaggio e Powell (2005).
	Habitualização	Impactos organizacionais	Impactos organizacionais (mudanças estruturais, de processos necessidade de qualificação, etc.) enfrentados.	Tolbert e Zucker (1999).
		Políticas institucionais	Novas políticas implementadas com o novo processo.	Tolbert e Zucker (1999).
	Objetificação	Mudança na estrutura organizacional	Mudanças na estrutura organizacional ocorridas devido a implantação do processo de acreditação.	Tolbert e Zucker (1999).
		Fatores críticos	Fatores críticos e desafiadores do processo de acreditação internacional.	De Medeiros et al (2018).
		Monitoramento organizacional	Gerenciamento e monitoramento das demandas e dos resultados do processo de acreditação internacional.	Elaborada pela autora.
		Custos hospitalares	Percepção sobre a redução dos custos com a acreditação internacional e monitoramento e controle dos custos hospitalares da estratégia de acreditação.	Elaborada pela autora.
	Sedimentação	Continuidade e manutenção	Garantia da continuidade e manutenção da acreditação internacional.	Elaborada pela autora.
Resistências operacionais		Resistências às mudanças organizacionais.	Tolbert e Zucker (1999).	
Valor Público	Valor Público na saúde	Criação de valor público	Valor público criado com o processo de acreditação hospitalar internacional.	Moore (1995).
		Mensuração do valor público	Processo de mensuração do valor público criado com o processo de acreditação hospitalar internacional.	Elaborada pela autora.
		Indicadores de valor público	Indicadores de valor público oriundos do processo de acreditação hospitalar internacional.	Schlichter, Svejvig & Andersen (2014)
	Legitimidade do valor público	Divulgação do valor público	Divulgação do valor público criado com o novo processo para a sociedade.	Moore (1995).
		Transparência	Transparência das informações divulgadas sobre o valor público criado com o novo processo.	Elaborada pela autora.
		Credibilidade	Percepção sobre a credibilidade da instituição com as divulgações sobre o valor público criado com o novo processo.	Elaborada pela autora.

ANEXO A
PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UNISINOS

UNIVERSIDADE DO VALE DO
RIO DOS SINOS - UNISINOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CRIAÇÃO DE VALOR NO PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DA ACREDITAÇÃO HOSPITALAR EM HOSPITAIS PÚBLICOS

Pesquisador:

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 86434418,5,3003,5344

Instituição Proponente: Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.510.394

Apresentação do Projeto:

Sem comentários

Objetivo da Pesquisa:

Sem comentários

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O CEP da UNISINOS acata a avaliação dos riscos feita pelo CEP do

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários e considerações

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O CEP acata as considerações do CEP do

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP da UNISINOS acata o parecer e a resolução do CEP do

Considerações Finais a critério do CEP:

SE a aluna de doutorado e a orientadora são oriundas da Unisinos a proponente da pesquisa deveria ser a Unisinos.

Endereço: Av. Unisinos, 950

Bairro: Cristo Rei

CEP: 93.022-000

UF: RS

Município: SAO LEOPOLDO

Telefone: (51)3591-1198

Fax: (51)3590-8118

E-mail: cep@unisinos.br

Continuação do Parecer: 3.510.394

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	CartaProrrogaçao3.pdf	01/07/2019 17:20:10	REDVANIA VIEIRA XAVIER	Aceito
Outros	Cartadejustificativadaemenda2.pdf	01/07/2019 17:18:46	REDVANIA VIEIRA XAVIER	Aceito
Outros	Relatoriodepesquisanovaversao.pdf	10/09/2018 17:55:36	REDVANIA VIEIRA XAVIER	Aceito
Outros	CartaCEP.pdf	02/05/2018 11:22:31	REDVANIA VIEIRA XAVIER	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termodecompromissodadosinstitucionais.doc	02/05/2018 11:20:13	REDVANIA VIEIRA XAVIER	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termodeconsentimentonovaversao2.doc	02/05/2018 11:19:37	REDVANIA VIEIRA XAVIER	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoRedPlataformaBrasilversao2.pdf	02/05/2018 11:19:10	REDVANIA VIEIRA XAVIER	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LEOPOLDO, 15 de Agosto de 2019

Assinado por:
José Roque Junges
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Unisinos, 950
Bairro: Cristo Rei CEP: 93.022-000
UF: RS Município: SAO LEOPOLDO
Telefone: (51)3591-1198 Fax: (51)3590-8118 E-mail: cep@unisinos.br

**ANEXO B
NOTAS DE OBSERVAÇÕES DO CAMPO**

ENTREVISTA - 27/03/19
 ANOTAÇÕES DA ENTREVISTA
 ENTREVISTADO: LILIAN
 EMERGENCIA:
 - SUPER LOTOCA
 (LEVAR UM RESERVOIR)
 - PRINC. ESTRUTURA: HOSP. EM DIA
 - EQUIPOS: TODOS
 TEMU & OUTRO DO VAREJO
 - DEVERIA ORGANIZADO:
 É POTENCIAL - 7 DIAS
 SEGURANÇA DO RESERVOIR;
 - INFECÇÃO HOSPITALAR;
 BLOOD EM GEL TEMU
 FAZ TODOS OS TIPOS DE ENF.

-> EMERGENCIA ->
 ESTO "DESCONHECIDA"
 -> COMISSÃO INTERNA:
 PRINC. MULTIDISCIPLINAR,
 FAZ INDICADORES NOS
 SETORES
 INDEPENDENTES
 -> LAVAGEM DE MÃOS
 -> LÍQUIDO DE QUÊDAS

CONTATO E INTERVENÇÃO
 -> PLANOS PARA CÔN-
 TOS DE ENTREVISTA
 -> SERVIÇOS SECUND
 -> COM OS CHECKLIST
 -> IDENTIF. CONTATO
 -> ->
 -> DULCINA DE RESERVOIR
 -> PERFECTOS E SERVIÇOS
 ÉOS & NOTIFICAÇÕES
 DOS PROBLEMAS
 -> ->
 ADMINISTRAÇÃO -> VÁRIOS
 BURELINS NOS BOLSOS

"GRANDE POR 10500"
 -> PÓSICO -> PÓSICO
 MEDICO
 -> DIAS -> EQUIPE
 " " "
 25 / 1000 + 60.000 FOR
 INFECT
 PRÉD RUS
 " "
 -> D. COMUNICAR
 -> ->
 "CONTROLE DE CUSTO
 DE INFECÇÃO" ->

ANEXO C APROVAÇÃO DA TRANSCRIÇÃO

Transcrição da entrevista Caixa de entrada x

Redvania Vieira <red.vania.vieira@gmail.com> 14 de nov. de 2019 10:08

Venho agradecer sua generosidade em participar da minha pesquisa.

Dando andamento à pesquisa, estou lhe enviando em anexo a transcrição e o áudio da entrevista, para que possa ler e incluir, excluir ou corrigir informações, se julgar necessário.

Após a leitura do texto, caso não necessite de nenhuma correção ou alteração, solicito vossa confirmação de aprovação da transcrição. Esta confirmação de aprovação pode ser enviada como resposta deste e-mail.

Dúvidas, estou à disposição!

Atenciosamente,

Redvânia Vieira Xavier

2 anexos

[Redacted] 24 de nov. de 2019 20:2

para mim +

Tudo ok com a transcrição. As subcomissões de segurança e qualidade têm a sigla sCOMSEQ's.

Abraços

[Redacted]

Médica - Assessora de Operações Assistenciais

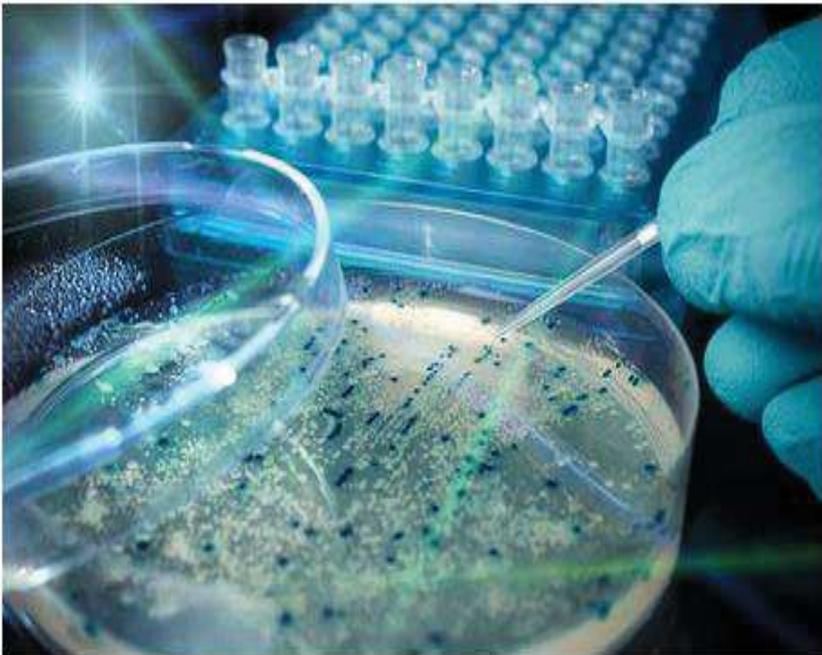
ANEXO D PUBLICAÇÃO DA MÍDIA SOBRE O HCPA

Saúde Business
By Informa Markets

Mercado | Gestão | T&E Inovação | Colunas | Biblioteca | Webinars | Eventos

[REDACTED] de Porto Alegre cria programa de combate à sepse e reduz taxa de mortalidade na unidade

By Portal Saúde Business | 25 de setembro de 2018 | Visualizar



MAIS LIDAS DA SEMANA

- 1 Quanto vale essa inovação na Saúde? 12 de junho de 2020
- 2 Telemedicina: o que pode e o que não pode no Brasil 12 de junho de 2020
- 3 Brasil ganhou dois novos centros de testes da covid-19 12 de junho de 2020
- 4 Com aposta audaz, Gympass lança novo posicionamento de marca 12 de junho de 2020
- 5 O risco das sanções comerciais

Maior causa de morte entre pacientes internados em UTIs brasileiras – cerca de 55,7% dos casos da complicação registrados em unidades hospitalares no país em 2017 resultaram em óbito, segundo levantamento realizado pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e pelo Instituto Latino Americano de Sepse (Ilas) –, a sepse é uma das maiores preocupações nas unidades de saúde. O cenário alarmante fez com que a [REDACTED] (HCPA) acendesse o alerta para a adoção de medidas visando reduzir o número de ocorrências da doença, criando um programa especial para este fim. Em quatro anos de implantação do projeto, a taxa de mortalidade por sepse na unidade caiu de 55% para 40%.

O Programa Intrahospitalar de Combate à Sepse (PICS) começou na unidade em 2013 através de um levantamento cujo objetivo era identificar quais áreas apresentavam possíveis déficits que causavam lentidão no processo do tratamento do paciente com sepse.

"O atendimento deve começar com o reconhecimento precoce do problema. Para isso, montamos um programa de conscientização dos funcionários envolvidos na assistência para essa identificação rápida. Também criamos um curso no modelo de ensino à distância voltado para médicos, enfermeiros e técnicas de Enfermagem sobre o assunto", avalia o médico

Fonte: <https://saudebusiness.com/voce-informa/hospital-de-clinicas-de-porto-alegre-cria-programa-de-combate-sepse-e-reduz-taxa-de-mortalidade-na-unidade/>.

ANEXO E PRÊMIOS E PESQUISA DE SATISFAÇÃO - HCPA

Você está aqui: [Início](#) > [Institucional](#) > [Prêmios e destaques](#)

Prêmios e destaques

Os prêmios e destaques recebidos anualmente pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) reconhecem iniciativas e conquistas em diferentes instâncias, reafirmando o compromisso da instituição em saúde.

Os esforços de gestão de pessoas, por exemplo, têm sido reconhecidos através dos diversos troféus recebidos no **Top Ser Humano**, promovido pela Associação Brasileira de Recursos Humanos - Seção Rio Grande do Sul (ABRH-RS).

A atuação dentro das melhores práticas de saúde e gestão também tem resultado em muitas premiações no **Concurso Nacional de Experiências Inovadoras de Gestão na Administração Pública Federal**.

Comprovando sua preocupação com a sustentabilidade, o HCPA recebe, tradicionalmente, o **Prêmio Responsabilidade Social**, promovido pela Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul. Além disso, desde 2014, o Ministério do Meio Ambiente confere à instituição o **selo A3P**, através do qual reconhece as boas práticas de gestão baseadas em conceitos de sustentabilidade implantadas pela administração pública em todo o país.

Além destes prêmios, o hospital frequentemente é o mais lembrado pelos porto-alegrenses na pesquisa **Top of Mind** e considerado um dos melhores hospitais do RS na avaliação **Satisfação dos Usuários do SUS** da Secretaria Estadual da Saúde.

O HCPA também é destaque em rankings empresariais - tanto nacionais, como os da **revista Exame** ou do **jornal Valor Econômico**, quanto regionais, como o da **revista Amanhã** -, classificando-se entre as maiores e melhores empresas dos mais diversos segmentos de atuação.

[INTRANET](#)[AGENDA DE
EVENTOS](#)[TRANSPARÊNCIA](#)[EXPANSÃO
DO HCPA](#)

Fonte: HCPA (2020).