



*Marcelino José Jorge*¹

*Sueli Maria Motta Cardoso*²

*Paulo Roberto de Sales*³

RESUMO: A partir dos modelos de Mintzberg (1995) e Greiner (1998), este artigo extrai evidências dos relatórios de avaliação educativa periódica das OCSs em processo de conformação dos seus padrões de acreditação para identificar um padrão de evolução do processo de Certificação Hospitalar das Organizações Complexas de Saúde (OCSs), Visou uma contribuição gerencial de interesse da política de saúde pública com a análise das avaliações do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas – IPEC/FIOCRUZ ao longo de três anos, divulgando uma fonte de dados inédita na pesquisa de economia da gestão. Como resultado, foi identificado um padrão de evolução das conformidades e não conformidades no processo de certificação do IPEC, que destaca a importância das normas documentadas, rotinas e protocolos para a qualidade do serviço em OCSs sujeitas aos problemas de assimetria de informação. Esse padrão serve de referência para a tomada de decisão sobre as prioridades da certificação hospitalar do Instituto.

Palavras-chave: Organização de saúde; assimetria de informação; efetividade de normas; qualidade do serviço; acreditação hospitalar.

Norm effectiveness and service quality: Accreditation initiative in S&T health organizations

ABSTRACT: The aim of this study is to identify a general transformation path concerning complex S&T health organizations (STHO) that can help to promote their contribution for public health policy goals. Using concepts from Mintzberg and Greiner, the paper is focused on existing interactions between training, normalization of procedures and service quality standards inside these public organizations while they accomplish the Joint Commission International (JCI)

¹ Doutor em Engenharia de Produção pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Analista em Ciência e Tecnologia Senior da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ. Contato: marcelino.jorge@ipecc.fiocruz.br

² Economista. MPr. em Inovação/ENSP/FIOCRUZ. Analista em Ciência e Tecnologia e Gestão da Saúde. Pesquisadora da FIOCRUZ. Contato: suelim.motta@ipecc.fiocruz.br

³ Consultor e Avaliador em Acreditação Internacional do Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde – CBA/UERJ. Assistente de Pesquisa. FIOCRUZ. Contato: paulo.sales@ipecc.fiocruz.br

MARCELINO JOSÉ JORGE ET AL.

accreditation initiative. Evidence collected from evaluative reports relating to the accreditation process at Evandro Chagas Clinic Research Institute – IPEC/FIOCRUZ along recent years stress the utility of our data for quantitative analysis on organization and management. Our findings indicate that in spite of the well trained specialists who are preserved during the mature evolution of the STHO, persistent problems of commitment with respect to rules, routines and protocols are directly associated with quality losses in services.

Key words: S&T health organization, asymmetric information, norms effectiveness, services' quality, accreditation process.

1. INTRODUÇÃO

A Certificação Hospitalar é uma metodologia para avaliar e melhorar a qualidade do atendimento em organizações de saúde. Com vistas a compatibilizar as metas de expansão e de qualidade da assistência da política de saúde pública, substitui a ênfase na regulamentação pela preocupação com a capacidade do produtor sinalizar a qualidade do serviço e do consumidor fazer escolhas genuínas.

O Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas – IPEC/FIORUZ aderiu ao processo de certificação em 2002. A meta é a certificação em 2009.

Este estudo visa agregar conhecimento e contribuição gerencial a partir do modelo da Certificação Hospitalar, uma vez que há pouca literatura sobre o método. Usa as contribuições de Mintzberg (1995) e Greiner (1998) como referência.

A análise empírica baseia-se em dois dos quatro relatórios de avaliação educativa do IPEC feitos pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação – CBA com base no Manual de Certificação Hospitalar da Joint Commission International – JCI dos EUA. A partir das pontuações conferidas aos Elementos de Mensuração (EMs) dos Padrões com Foco no Paciente e Padrões de Administração de Instituições de Saúde das onze “funções” descritas no manual (CBA, 2003) nesses relatórios, é possível identificar as melhorias à época consideradas necessárias à certificação.

O estudo divulga uma fonte de dados inédita na pesquisa de economia da gestão. Como contribuição gerencial, identifica um padrão característico de evolução das conformidades e não conformidades na certificação das Organizações

MARCELINO JOSÉ JORGE ET AL.

Complexas de Saúde (OCSs), a partir da análise exploratória do resultado das avaliações do IPEC em um período de três anos, que serve de referência para a fixação as prioridades pós-2006 da certificação hospitalar do Instituto.

O texto está organizado em oito seções. As duas próximas seções abordam os fatos relevantes da organização do IPEC e o problema da pesquisa. A quarta seção expõe a metodologia de solução do problema formulado: o referencial teórico adotado, a fonte dos dados usada no estudo empírico e o método de análise exploratória dos dados. A seção subsequente apresenta os resultados e a sexta é dedicada à análise, vindo a conclusão e as notas a seguir e a bibliografia ao final.

2. DESCRIÇÃO DO CASO

A FIOCRUZ guarda semelhança com organizações de saúde na América Latina e os organismos multilaterais buscaram melhor caracterização e novas diretrizes de reestruturação das OCSs do continente (ROVERE, 1997).

O IPEC foi o primeiro hospital de pesquisa do país no qual os doentes pudessem ser estudados e tratados à luz das aquisições científicas mais recentes: estudos de pacientes de diversas regiões do país definiram formas clínicas, manifestações anatomopatológicas, diagnósticos diferenciais e avaliações terapêuticas de doenças endêmicas como micoses sistêmicas, Doença de Chagas, Leishmaniose, Febre Amarela e Malária nas décadas de 20 a 50.

Considerada a necessidade estratégica, os critérios sócio-epidemiológicos e a possibilidade de pesquisar a doença, eram criadas as condições para atender os pacientes. Esse foi o caso, por exemplo, da AIDS em 1986, da Dengue e o de HTLV nos anos 80. O objetivo era uma organização de pesquisa e serviço de referência do Ministério da Saúde – MS, dinâmica e com capacidade de resposta.

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

Suas principais fontes de recursos são a FIOCRUZ e o MS, mas presta serviços especializados, como testes de BD/BE e ensaios clínicos e faz parcerias

MARCELINO JOSÉ JORGE ET AL.

com as Unidades Técnico-Científicas (UTCs) da FIOCRUZ e com órgãos governamentais, universidades e organizações estrangeiras.

Da mesma forma que a gestão da FIOCRUZ, a do IPEC é colegiada, com decisões tomadas pelo seu Conselho Deliberativo.

3. FORMULAÇÃO DO PROBLEMA DA PESQUISA

A análise do posicionamento estratégico (APE) do IPEC nos anos 90 fixou o objetivo de “ampliar” a pesquisa clínica do IPEC em ações integradas - PAIs, através da oferta de serviços clínicos e laboratoriais para assistência, prevenção e promoção da saúde na área das doenças infecciosas.

A Ação Integrada - PAI é um modelo eficaz, mas suas características potencializam os conflitos próprios das atividades da atenção à saúde convencional. Sob o ponto de vista da APE, portanto, era necessário definir as PAIs prioritárias e torná-las estruturas organizacionais efetivas, porque a pesquisa e o ensino do IPEC são induzidos pela prática clínica, resultado da sistematização de protocolos de investigação, que deve considerar os diferentes aspectos das múltiplas abordagens profissionais de atenção ao paciente.

O problema desta pesquisa, então, é o de contribuir para a articulação interna e a solução dos problemas de coordenação e compromisso e tensões entre as atividades da Ação Integrada do IPEC: atividades-fim de internação, de ambulatório, de laboratório, de pesquisa e de ensino das doenças infecciosas escolhidas: e atividades-meio de farmácia, de alimentação e administrativa.

4. METODOLOGIA

O estudo da transição das OCSs para o regime da administração pública gerencial tem por alvo os fatores de mudança da organização. Os fatores externos de mudança incluem a mudança técnica e o novo marco regulatório do mercado de serviços de saúde. E o novo regime de regulação dos bens e serviços dependentes da reputação substituiu a defesa do consumidor pela sinalização da qualidade para promover o desenvolvimento desse mercado (ENGEL, 1994).

4.1. Referencial Teórico.

Na perspectiva da construção da estrutura conceitual deste estudo:

a) a assimetria de informação na produção e na prestação de serviços especializados é explicada:

a.1) pela interação entre os fatores situacionais da organização - a idade, o tamanho, a sua base técnica, o ambiente em que opera e as relações de poder com que convive - e os parâmetros de estrutura e o tipo de configuração de organização explorados em Mintzberg (1995); e

a.2) pela interação entre as cinco dimensões que contribuem para o desenvolvimento de uma organização segundo a dinâmica das fases de evolução e de revolução em Greiner (1998); enquanto

b) a existência de assimetria de informação na produção e na prestação de serviços especializados resulta em que:

b.1) o mecanismo para desenvolver o mercado de saúde é o reconhecimento do sinal de qualidade do serviço pelo usuário, a partir da Certificação Hospitalar;

b.2) os Padrões com Foco no Paciente e Padrões de Administração de Instituições de Saúde das onze “funções” descritas no Manual de Certificação Hospitalar da JCI (CBA, 2003) são fatores críticos para a sustentabilidade da OCS;

b.3) as pontuações dos EMs desses padrões nos relatórios periódicos de avaliação educativa da acreditação do CBA é uma fonte de dados de interesse; e

b.4) através da análise exploratória desses dados é possível testar hipóteses sobre o tipo de relação existente entre o regime da administração pública, o uso de recursos especializados, a presença da informação incompleta, a sinalização da qualidade do serviço e a busca de sustentabilidade; e

b.5) o conhecimento dessa relação através de estudo de caso permite contribuições gerenciais de identificação das melhorias necessárias à sustentabilidade e das prioridades da estratégia da organização.

MARCELINO JOSÉ JORGE ET AL.

Para o estudo empírico, os 959 EMs dos padrões da acreditação das funções da UH do relatório de avaliação educativa de Nov./06 (961 no de Jul./03) foram classificados em três categorias funcionais distintas sob a ótica da contribuição esperada da conformidade de cada EM para a certificação da UH:

- a) EM identificado com o estabelecimento de norma de prestação do serviço;
- b) EM identificado com a capacitação do prestador de serviço clínico; e
- c) EM identificado com a Prestação de Serviço Clínico propriamente dita.

O estudo usou a análise exploratória dos dados de dois dos quatro relatórios de avaliação educativa elaborados no período 2003-2006 para identificar um padrão característico de evolução das conformidades e não conformidades nos efeitos do processo de certificação, em busca de referência para a tomada de decisão sobre as prioridades do desdobramento pós-2006 da certificação hospitalar do IPEC.

4.1.1. A teoria das configurações organizacionais de Mintzberg

Entre as tensões do convívio da especialização profissional com a insuficiência de incentivo à coordenação e compromisso na assistência das UHs há as que dizem respeito aos grupos de interesse internos que precisam ser considerados na formulação de políticas e metas. Em particular, a implementação de medidas de desenvolvimento desencadeia processos complexos que não se limitam a redefinições técnico-administrativas, mas envolvem problemas de coordenação e de compromisso que pressupõem a mudança da cultura da organização e a modernização dos procedimentos gerenciais (CARDOSO, 2004).

Segundo a Teoria das Configurações, Fatores Situacionais da organização, tais como a idade, o tamanho, a sua base técnica, o ambiente em que opera e as relações de poder com que convive, influenciam os Parâmetros de Estrutura e o tipo de configuração da organização (MINTZBERG, 1995).

De forma que as configurações são vistas como resultantes de cinco vetores – os parâmetros de estrutura, que exercem a força capaz de impulsionar a organização em cinco direções distintas, entre os quais terá preponderância sobre os outros em uma das cinco configurações aquele que exercer mais força:

MARCELINO JOSÉ JORGE ET AL.

- a) o vetor do impulso exercido pela Cúpula Estratégica em favor da centralização, estruturando a organização em uma Estrutura Simples;
- b) o do impulso da Tecnoestrutura, estruturando a Burocracia Mecanizada;
- c) o exercido pelo Núcleo Operacional em favor da profissionalização, que estrutura uma Burocracia Profissional;
- d) o dos gerentes da Linha Intermediária, levando à Forma Divisionalizada; e
- e) o do Núcleo Operacional e da Assessoria de Apoio para uma Adhocracia..

Quanto aos fatores situacionais, há os efeitos da idade e do tamanho sobre a estrutura da organização, mas dois grandes padrões aparecem nos seus estágios de desenvolvimento estrutural. Originadas em ambientes simples, são submetidas ao controle externo ao envelhecerem e crescerem, tendendo a adotar procedimentos mais formais, daí ocorrendo a primeira transição para a Burocracia Mecanizada, enquanto, ao diversificarem, transitam para a Forma Divisionalizada.

Para sedimentarem um desenho de estrutura, no entanto, esses tipos de transição requerem mudança de comportamento que reduza a tendência à resistência, a qual é amenizada pelo reconhecimento da necessidade de mudança.

A configuração de organização, em suma, interage com: a forma de gestão da organização; as suas relações de poder; os seus mecanismos de coordenação e parâmetros de desenho; e a efetivação de formas de padronização, particularmente importante para eliminar as não conformidades de OCSs do tipo mais persistente dentre as identificadas pela avaliação do IPEC em 2003-2006.

4.1.2. O modelo de cinco fases de desenvolvimento organizacional de Greiner

Também Greiner (1998) identifica cinco dimensões cujas interações para a solução de tensões e conflitos concorrem para o desenvolvimento da organização: idade; tamanho; suas etapas de evolução e revolução; e o crescimento da indústria.

A história das organizações evidencia que as práticas não se mantêm por períodos longos. À medida que as atitudes gerenciais institucionalizadas enrijecem,

MARCELINO JOSÉ JORGE ET AL.

e finalmente ficam desatualizadas, o comportamento da força de trabalho torna-se não só previsível, mas também mais difícil de mudar.

Quanto ao tamanho da organização, os problemas e as soluções de uma organização tendem a mudar à medida que o número de empregados e o volume de vendas aumentam: aumentam os problemas de coordenação e de comunicação.

À medida que a organização cresce e amadurece, aquelas que sobrevivem a uma crise gozam de um período de crescimento contínuo, sem rupturas e recuos, que pode ser chamado de *evolução*, porque só há necessidade de pequenos ajustes para manter o crescimento sob o mesmo padrão geral de gerenciamento.

Pesquisas revelam, porém, períodos de muita turbulência nas organizações que são chamados de etapas de revolução. As práticas gerenciais tradicionais não são mais adequadas e a tarefa da gerência no período revolucionário é achar um novo conjunto de práticas para administrar o próximo período de evolução.

A velocidade em que uma organização experimenta as fases de evolução e revolução está diretamente relacionada, além disso, ao ambiente de mercado desta organização, à taxa de crescimento da indústria.

De tal sorte que a interação dessas cinco dimensões correspondem cinco fases de evolução e revolução da organização. Cada período evolucionário é caracterizado pelo estilo gerencial dominante usado para o crescimento e cada período revolucionário é caracterizado pelo problema gerencial dominante, o qual precisa ser solucionado antes que o crescimento possa continuar.

Na Fase 1, de Criatividade, a ênfase da organização é criar um produto como seu mercado. As atividades gerenciais são menosprezadas; o foco é o produto; a comunicação é informal; há dedicação à busca de benefícios futuros; e as decisões são sensíveis à reação do mercado e do cliente. Surgem conflitos que se tornam mais intensos, levando a uma crise de liderança e à primeira revolução.

A Fase 2, de Direção, inicia um período evolucionário: a estrutura de organização separa atividades com atribuições especializadas; os sistemas de controle são mais apurados; incentivos, padrões de trabalho e orçamentos são adotados; a comunicação é mais formal; e o novo gerente e seus supervisores

MARCELINO JOSÉ JORGE ET AL.

assumem a direção. A solução para o conflito é a de mais delegação. Para o gerente de cúpula, entretanto, é difícil delegar. O gerente de hierarquia inferior é tratado como especialista funcional, não como gerente autônomo e não está acostumado a decidir. Surge uma segunda revolução, uma crise de autonomia.

Na Fase 3, de Delegação, uma estrutura organizacional descentralizada, com delegação, permite a expansão por elevada motivação do gerente de nível mais baixo; e este, com mais autoridade e incentivo, tem mais capacidade de penetrar mercados maiores, desenvolver novos produtos e dar resposta ao cliente. Os altos executivos percebem, porém, a perda de controle da operação de campo: o gerente de campo, autônomo, prefere planejar, coordenar pessoal e operar. Há crise de controle e a alta gerência busca reavê-lo: é a revolução da Fase 3.

O período evolucionário da Fase 4, de Coordenação, é o do uso de sistemas formais para mais coordenação, que se mostram úteis ao crescimento com recursos limitados: unidades se fundem em grupos de produtos; o planejamento formal é estabelecido e renovado; e algumas funções técnicas são centralizadas. Uma desconfiança se insinua entre a linha e o *staff* e entre o escritório central e o campo. A organização torna-se grande e complexa para ser administrada com programas formais e sistemas rígidos: surgem a crise de burocracia e a revolução da Fase 4.

E, finalmente, quanto à Fase 5, de Colaboração, é associada à cooperação para superar a crise burocrática. O controle social e a autodisciplina substituem o controle formal. O foco está no trabalho em equipe e solução rápida dos problemas; uma estrutura matricial é usada para reunir as equipes certas para problemas adequados; e sistemas formais de controle são combinados em sistemas simples e múltiplos propósitos. A experiência com novas práticas é estimulada. A revolução gerada pela crise decorreria da saturação psicológica dos empregados, face à intensidade do trabalho de equipe e à pressão por inovação.

4.1.3. O modelo de avaliação do Manual de Certificação Hospitalar da JCI

O Consórcio Brasileiro de Acreditação - CBA é o representante exclusivo da JCI no Brasil e aplica a metodologia de Acreditação Internacional de Sistemas e Serviços de Saúde, desenvolvida pela Joint Commission on Accreditation of Health Vita et Sanitas, Trindade-Go, n. 03, jan.-dez./2009

MARCELINO JOSÉ JORGE ET AL.

Care Organization - JCAHO há mais de 50 anos, com assessoria contínua da JCI, cujos técnicos treinam os profissionais do CBA. A JCI trabalha nos cinco continentes e é a organização de certificação com mais experiência: 18.000 organizações certificadas, cerca de 85% do mercado americano.

A certificação é um processo de avaliação externa, de caráter voluntário, através do qual uma organização, em geral não-governamental, avalia periodicamente as UHs para determinar se atendem um conjunto de padrões de qualidade do cuidado ao paciente. É fundamentada em princípios éticos claramente estabelecidos, baseia-se em padrões aplicáveis, predeterminados e públicos e acumulou reputação com ferramentas de avaliação reconhecidas como eficazes.

O American College of Surgeons lançou a acreditação hospitalar nos EUA na década de 20 e o Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC) foi pioneiro da acreditação no Brasil. O Seminário de Acreditação de Hospitais e Melhoria da Qualidade, organizado pelo CBC, a Academia Nacional de Medicina e o Instituto de Medicina Social/UERJ, recomendou criar uma agência de certificação não-governamental e desenvolver padrões internacionais e procedimentos para a certificação em 1994.

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

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

MARCELINO JOSÉ JORGE ET AL.

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

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

4.1.4. Hipótese de pesquisa do estudo

Face ao destaque conferido às implicações das tensões, conflitos de interesse e problemas de coordenação e compromisso para as boas práticas, o desempenho e a sustentabilidade da organização na literatura, a hipótese de pesquisa deste estudo é de que: inobstante a capacidade profissional e a especialização do prestador de serviço clínico, a persistência de regularidade, rotina e protocolos insuficientes está associada à perda de qualidade do serviço nas organizações públicas do tipo OCS como o IPEC, que operam com problema interno de falha de governabilidade em mercados de bens e serviços complexos.

4.2. Método

Para testar a hipótese da pesquisa deste estudo, três grupos de EMs dos Padrões com foco no Paciente e dos Padrões de Administração de UHs das onze "funções" descritas no CBA (2003) foram distinguidos neste trabalho:

a) o de Estabelecimento de Norma de Prestação de Serviço Clínico – grupo dos EMs incluídos no CBA (2003) a propósito dos quais a pontuação do relatório de avaliação é uma medida quantitativa não-contínua de aferição da efetividade das normas implantadas na UH para assegurar transparência, visibilidade e padronização dos procedimentos de atenção aos pacientes e familiares.

MARCELINO JOSÉ JORGE ET AL.

b) o de Capacitação do Prestador de Serviço Clínico – grupo dos EMs incluídos no CBA (2003) a propósito dos quais a pontuação do relatório é uma medida do empenho da UH para capacitar os prestadores de serviços clínicos.

c) o de Prestação de Serviço Clínico – grupo dos EMs a propósito dos quais a pontuação do relatório é uma medida da qualidade do serviço clínico prestado.

A primeira etapa da análise exploratória para testar a hipótese da pesquisa deste estudo consistiu em classificar cada um dos 959 EMs constantes do CBA (2003) nos três grupos de EMs orientados para: a efetividade das normas de atendimento; o treinamento de pessoal; e a qualidade dos serviços prestados.

A segunda etapa da análise empírica foi a de identificar a pontuação atribuída a cada EM dos três grupos nos relatórios de Jul./03 e Nov./06.

A terceira etapa foi a de calcular a soma das freqüências absolutas das diferentes opções de pontuação atribuídas aos EMs das funções de cada grupo nos relatórios de Jul./03 e Nov./06.

A quarta envolveu calcular a freqüência relativa das diferentes opções de pontuação atribuídas aos EMs em cada função nos relatórios de Jul./03 e Nov./06.

A etapa seguinte foi a transformação da variável não-métrica de representação original da pontuação atribuída ao EM em uma variável dicotômica de pontuação que pode assumir os valores Conforme – C e Não Conforme ou Parcialmente Conforme – (NC ou PC) e, a seguir, foi feito o cálculo das freqüências relativas de ocorrência das novas pontuações por função correspondentes nos dois relatórios, assim como das freqüências relativas médias de todas as funções.

Como síntese, a sexta etapa foi a da comparação no tempo das freqüências relativas de ocorrência das pontuações C e (NC ou PC) nos três grupos de diferentes EMs, em busca de evidenciar um padrão característico de evolução das conformidades, não conformidades e conformidades parciais nos efeitos do processo de certificação do IPEC no triênio 2003-2006, que é feita na Tabela 1.

4.3. Fonte de Dados

MARCELINO JOSÉ JORGE ET AL.

Os dados foram extraídos do relatório inicial e do final entre os quatro relatórios de avaliação educativa anual do IPEC pelo CBA no período 2002-2006.

5. RESULTADOS

A Tabela 1 mostra diferença na evolução das frequências relativas de ocorrência de preenchimento (C) e violação (PC ou NC) dos padrões da acreditação nos grupo de EMs com foco no protocolo de procedimentos, na capacitação do profissional e na qualidade do serviço entre Jul./03 e Nov./06:

a) no grupo de EMs com foco nos protocolos, a violação dos padrões cresce em 23% dos critérios e a convergência aos padrões cai em 15% dos critérios;

b) no grupo de EMs com ênfase na capacitação, a convergência aos padrões da acreditação foi mantida para o conjunto dos critérios; e

c) no grupo de EMs com foco na qualidade do serviço, a distância dos padrões cresce em 26% dos critérios e a convergência cai em 10% dos critérios.

Tabela 1

Tabela 1
IPEC - Evolução da Participação de Conformidades por Categoria Funcional dos Elementos de Mensuração dos Padrões de Acreditação: Jul./03 - Nov./06 (em %)

Categoria Funcional dos Elementos de Mensuração dos Padrões de Acreditação (*)	Achados				Evolução	
	03 (a)		06 (b)		(b-a) / (a)	
	(PC ou NC)	C	(PC ou NC)	C	(PC ou NC)	C
Estabelecimento de Norma de Prestação de Serviço Clínico	39	61	48	52	23	-15
Capacitação de Prestador de Serviço Clínico	34	66	34	66	0	0
Prestação de Serviço Clínico	27	73	34	66	26	-10

(*) C - Conforme, PC - Parcialmente Conforme, NC - Não Conforme
Fonte: Relatório de Avaliação Educativa do IPEC pelo CBA; Jul./03 e Nov./06

6. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os resultados obtidos significam, primeiro, que a força de trabalho do IPEC manteve o padrão de habilitação ao trabalho durante o período estudado.

MARCELINO JOSÉ JORGE ET AL.

Esses resultados mostram, no entanto, que, os padrões efetivos de fixação e de adesão aos protocolos, assim como os padrões efetivos de qualidade dos serviços prestados da organização avaliada deterioraram no triênio examinado.

E evidenciam que o aumento da falha de adesão aos padrões da acreditação hospitalar – a taxa de adição de novos EMs com pontuação (PC ou NC) - foi maior entre os EMs com foco na qualidade do serviço prestado (26%), do que nos EMs com foco na adoção de protocolos efetivos (23%) durante esses três anos.

Assim como revelam que a redução da convergência aos padrões, a taxa de eliminação de EMs com pontuação original C, foi maior nos EMs com foco em protocolos efetivos (15%) do que nos EMs com foco na qualidade do serviço (10%).

Significam, portanto, que o aumento das falhas de efetividade dos protocolos (23%) esteve associado a uma propagação ampliada da deterioração da qualidade do serviço de atendimento no triênio (26%) e que a taxa de abandono dos padrões de protocolos avaliados como efetivos (15%) esteve associada a uma taxa de abandono observado menor dos padrões de prestação de serviços (10%).

Esse padrão característico de evolução das pontuações, por sua vez, decorre das condições iniciais de preenchimento dos padrões pela OCS:

- primeiro em cada um dos dois grupos de EMs isoladamente; e
- segundo, no que diz respeito à situação comparativa entre os dois grupos.

Quanto ao efeito das condições iniciais de um grupo de EMs em particular, demonstra-se na nota (1) que, sempre que a parcela dos EMs com pontuação C deste grupo é maior do que a parcela dos EMs com pontuação (PC ou NC):

1a) o aumento do número de EMs com pontuação (PC ou NC) resulta em que o aumento da falha de adesão aos padrões – mais EMs com pontuação (PC ou NC) - é maior do que a redução da convergência aos padrões – menos EMs com pontuação C, como foi observado no caso do IPEC, uma OCS em estágio evolutivo de acreditação relativamente avançado nos dois grupos de EMs em 2003; e

1b) ao contrário, o aumento do número de EMs com pontuação C resultaria em que a redução da falha de adesão aos padrões – menos EMs com pontuação

MARCELINO JOSÉ JORGE ET AL.

(PC ou NC) – fosse maior do que o aumento da convergência aos padrões – mais EMs com pontuação C, como irá ocorrer na retomada da trajetória de certificação.

Quanto ao efeito das condições comparativas iniciais entre ambos os grupos de EMs, por sua vez, se a OCS está no estágio avançado de acreditação relativa e arrefece o incentivo e empenho em busca da acreditação nos 2 grupos igualmente:

2a) o aumento da falha de adesão aos padrões da acreditação é maior no grupo de EMs com maior concentração de pontuação C – o grupo de EMs com foco na qualidade do serviço prestado no caso do IPEC em 2003; e

2b) inversamente, a redução da convergência aos padrões é maior no grupo de EMs com maior concentração de pontuação (PC ou NC), o grupo de EMs com foco na efetividade das rotinas e protocolos no caso do IPEC em 2003 – nota (1).

7. CONCLUSÕES

Os dados dos relatórios da acreditação, inéditos na literatura de economia da gestão, foram úteis à compreensão da dinâmica das organizações que operam com falha de governabilidade em mercados de bens e serviços complexos como o IPEC.

Recorrendo a Mintzberg: (1995) e Greiner (1998), foi testada a hipótese de que, independente da elevada capacidade profissional do prestador de serviço clínico desse tipo de organização, a persistência de rotinas e protocolos insuficientes está associada à perda de qualidade do serviço prestado.

A análise exploratória dos dados sobre o IPEC permitiu explicar o padrão característico de evolução do processo de certificação das OCSs não exclusivo do IPEC e extrair uma contribuição gerencial de interesse para estas organizações.

Ficou demonstrado neste estudo que a defasagem encontrada nos padrões de fixação e efetividade das rotinas e protocolos de atendimento no início da avaliação deve ter tido efeito na qualidade dos serviços prestados posteriormente.

Ou seja, foi observado, como primeira característica da evolução do processo de certificação dessas organizações, que a violação de padrões adicionais de

MARCELINO JOSÉ JORGE ET AL.

fixação e efetividade de rotinas e protocolos de atendimento prescritos resulta em uma quebra de padrões de qualidade do atendimento estabelecidos ainda maior.

Assim como foi evidenciada uma segunda característica, de que o sucesso na superação de novas parcelas das deficiências de qualidade dos serviços da organização foi obtido com a eliminação de parcelas comparativamente maiores das falhas de normas e protocolos encontradas - e supostamente com mais esforço.

Características essas, cujo conhecimento pode incentivar a participação ativa do prestador de serviço no processo de certificação, uma vez que o seu primeiro compromisso é com o paciente (HARRIS, 1977) e com a qualidade do serviço, que guarda associação com um esforço pró-efetivação dos protocolos ainda maior, cujo insucesso poderá trazer um aumento amplificado da perda de qualidade do serviço.

Por um lado, o compromisso do corpo médico com o paciente é independente e sobrepuja a sua preocupação com a sustentabilidade da OCS, já que nele empenha a sua reputação como especialista. Por outro, a gestão dos serviços intermediários e básicos no interior da OCS tornou-se crescentemente complexa, cada vez mais fora de alcance do corpo médico. Restam, portanto, mecanismos de gestão para tornar compatível a propensão à diversidade, ao crescimento e à integração vertical, que é inerente ao atendimento eficaz, mas viola a escassez de recursos, escapa à regulação e inibe a cooperação pró-eficiência.

Nesse sentido, a contribuição gerencial desta análise é de que a atenção nos EMs com foco em normas efetivas deve ser mantida no processo de certificação.

8. NOTAS

(1) Seja CKT a Qtd. (Padrões com pontuação C do grupo K de EMs no ano T)

MARCELINO JOSÉ JORGE ET AL.

$$(CI0 + NCI0) = (CI3 + NCI3) \quad (a)$$

$$CI0 > NCI0 \text{ e } CJ0 > NCJ0 \quad (b)$$

$$CI0 > CJ0 \text{ e } NCI0 < NCJ0 \quad (c)$$

$$[\nabla CI] = [\nabla CJ] \quad (d)$$

$$\text{De (a): } [\nabla CI] = [\Delta NCI] \text{ e } [\Delta CI] = [\nabla NCI] \quad (e)$$

$$(b) \text{ e } (e): [\nabla CI/CI0] < [\Delta NCI/NCI0] \text{ ou } [\nabla NCI/NCI0] > [\Delta CI/CI0] \quad (f)$$

$$(c) \text{ e } (d): [\Delta NCI/NCI0] > [\Delta NCJ/NCJ0] \text{ e } [\nabla CI/CI0] < [\nabla CJ/CJ0] \quad (g)$$

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRESSER PEREIRA, L. C. **Crise Econômica e Reforma do Estado no Brasil: para uma nova interpretação da América Latina**. Editora 34: São Paulo, 1996.

CARDOSO, S. M. M. **Funções do Planejamento em Organizações Complexas de Ciência e Tecnologia em Saúde: o caso Fiocruz**. Dissertação (M. Pr. em Gestão de C&T em Saúde) – ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2004.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO. **Manual Internacional de Padrões de Acreditação Hospitalar**. 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC, 2003.

ENGEL, E. The Basics of Consumer Protection: Principles and Policies. **BIRD**, Washington, jun/94, 1994. mimeo.

GINKEL, H. J. A.; DIAS, M. A R. Institutional and political challenges of accreditation at the international level. In: Third International Barcelona Conference on Higher Education, 2006, Barcelona. **Proceedings of the Third International Barcelona Conference on Higher Education**. Barcelona: GUNI, 2006. p. 37–57.

GREINER, L. E Evolution and Revolution as Organizations Grow. **Harvard Business Review**, Boston, May-June, 1998.

HARRIS, J. E. The Internal Organization of Hospital: Some Economic Implications. **The Bell Journal of Economics**, v. 8, n. 2, p. 467-482.

MARCELINO JOSÉ JORGE ET AL.

IACOBUCCI, D.; GRAYSON, K. A.; OSTROM, A. L. The calculus of service quality and customer satisfaction: theoretical and empirical differentiation and integration. In: SWARTZ, T. A.; BOWEN, D. A.; BROWN, S. W. (Eds.). **Advances in Services Marketing and Management**. Greenwich, CT: JAI Press, 1994. p. 1-67.

JORGE, M. J., CARVALHO, F. A. A., FILGUEIRAS, C. A. C., BUZANOVSKY, N., FERREIRA, D. S. Action Programs at Ipec-Fiocruz: A Case Study in Diversity and Sustainability. In: 2nd Laemos Colloquium - Latin American European Meeting On Organizational Studies, 2008, Rio de Janeiro. **Anais do 2nd LAEMOS Colloquium - Latin American European Meeting on Organizational Studies**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2008.

MINTZBERG, H. **Criando Organizações Eficazes**. Editora Atlas: São Paulo, 1995.

ROVERE, M. Políticas y Gestión en las Organizaciones de Ciencia y Tecnología en Salud. **OPAS**, Washington, OPS/HDP/HDR/97.05, 1997. mimeo.