

**UNIVERSIDADE PAULISTA
CELI GONZALES**

**Transferência de Conhecimentos em uma Rede de Serviços de
Saúde: O caso dos hospitais filiados ao Programa CQH –
Compromisso com a Qualidade Hospitalar.**

**SÃO PAULO
2009**

CELI GONZALES

**Transferência de Conhecimentos em uma Rede de Serviços de
Saúde: O caso dos hospitais filiados ao Programa CQH –
Compromisso com a Qualidade Hospitalar.**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado
em Administração da Universidade Paulista – UNIP.
Orientadora: Profa. Dra. Suzana Bierrenbach de
Souza Santos.
Área de Concentração: Estratégia e seus Formatos
Organizacionais.
Linha de Pesquisa: Gestão em Redes de Negócios.

**SÃO PAULO
2009**

Gonzales, Celi

Transferência de conhecimentos em uma rede de serviços de saúde: o caso dos hospitais filiados ao programa CQH: compromisso com a qualidade hospitalar / Celi Gonzales – São Paulo, 2009.

80 f.:il.

CELI GONZALES

**Transferência de Conhecimentos em uma Rede de Serviços de
Saúde: O caso dos hospitais filiados ao Programa CQH –
Compromisso com a Qualidade Hospitalar.**

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado em Administração da Universidade
Paulista – UNIP.

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Suzana Bierrenbach de Souza Santos
Universidade Paulista – UNIP

Prof. Dr. Marcius Fabius Henrique de Carvalho
Universidade Paulista – UNIP

Prof. Dr. Áquilas Nogueira Mendes
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC

DEDICATÓRIA

A todos que, de alguma forma, contribuem para aperfeiçoar a administração hospitalar no Brasil.

Agradecimentos:

A Deus.

À minha família.

À minha orientadora.

Aos demais professores, funcionários e colegas da UNIP – Universidade Paulista.

Aos professores, funcionários e alunos da HOTECH – Faculdade de Tecnologia em Hotelaria, Gastronomia e Turismo de São Paulo.

Aos profissionais da Associação Congregação de Santa Catarina - Hospital Geral do Grajaú.

À Associação Paulista de Medicina – Programa CQH.

Aos hospitais pesquisados.

Epígrafe:
Em Deus nós confiamos. Os demais precisam provar com números.
Deming.

Transferência de Conhecimentos em uma Rede de Serviços de Saúde: O caso da rede de hospitais filiados ao Programa CQH – Compromisso com a Qualidade Hospitalar.

RESUMO

Este trabalho tem por objeto estudar uma rede composta por 175 de hospitais filiados ao Programa CQH – Compromisso com a Qualidade Hospitalar. O interesse em estudar esta rede de hospitais deve-se não só ao fato desta ser uma rede de serviços, relativamente pouco estudada na literatura acadêmica, mas, especialmente, pela diversidade de atores à ela filiados, já que esta agrega 139 hospitais gerais e 36 especializados, de portes variados, tanto públicos, como privados, localizados no Estado de São Paulo (na RMSP e Interior), e em outros Estados. O objetivo geral deste trabalho é, a partir da análise desta rede de hospitais, verificar se a sua existência e a cooperação entre seus filiados vêm facilitando a transferência de conhecimentos entre eles e, efetivamente, contribuindo para a melhoria da qualidade de seus serviços. Entre os objetivos específicos destacam-se ainda: A análise do funcionamento e o processo de evolução desta rede de hospitais nos últimos 5 anos; a identificação de indicadores hospitalares que poderão comprovar a existência de transferência de conhecimentos entre os hospitais filiados à rede ; e se está havendo melhoria de qualidade e convergência dos indicadores dos hospitais participantes.

PALAVRAS-CHAVE: Redes de empresas, Cooperação, Transferência de conhecimentos, Qualidade hospitalar, Indicadores hospitalares.

ABSTRACT

This paper aims to explore a network of 175 hospitals affiliated with the Program of CQH - Commitment to Quality Hospital. The interest in studying this network of hospitals is due not only to the fact this is a network of services, relatively little researched in scholarly literature, but especially for the diversity of actors affiliated to it, since it adds 139 general and 36 specialized hospitals of various sizes, both public, and private, located in the State of Sao Paulo and in other states. The aim of this work is to analyze if the cooperation among the hospital's members is facilitating the transfer of knowledge among them and, effectively, contributing to improve the quality of their services. Among the specific objectives we can: The analysis of the operation and process of evolution of this network of hospitals in the last 5 years, the identification of specific indicators that would be able to show the existence of knowledge transfer among hospitals of this network, and if there has been an improvement of quality and if the indicators of all the hospitals have converged in a way to show quality improvement.

KEY WORDS: Networks businesses, cooperation, transfer of knowledge, quality hospital, hospital Indicators.

RELAÇÃO DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Representação gráfica do agrupamento dos hospitais, de acordo com os resultados obtidos nos indicadores analisados	57
Figura 2 – Classificação hierárquica das classes dos hospitais	58

RELAÇÃO DE QUADROS

Quadro 1 – Tipologia de Redes de Empresas	23
Quadro 2 – Características de redes presentes na rede CQH	24
Quadro 3 – Classificação dos Indicadores analisados	29
Quadro 4 – Definição dos indicadores analisados	33
Quadro 5 – Características dos hospitais que compõem a rede	39
Quadro 6 – Transmissão de conhecimento entre os atores de uma rede	46
Quadro 7 – Comparação dos melhores resultados na rede CQH em 2003/07	48
Quadro 8 – Análise da evolução dos indicadores	50
Quadro 9 - Comparação da variação dos indicadores no período 2003/07	51
Quadro 10 – Análise da tendência e convergência dos indicadores	52
Quadro 11 – Análise da variação da média dos indicadores no período	53
Quadro 12 – Coeficiente de variação dos indicadores	54
Quadro 13 – Síntese da variação dos indicadores	55
Quadro 14 – Hospitais posicionados na 1ª. Classe	56
Quadro 15 – Hospitais posicionados na 2ª. Classe	56
Quadro 16 – Hospitais posicionados na 3ª. Classe	57
Quadro 17 – Comparação entre as respostas dos especialistas e análise dos indicadores.	64

RELAÇÃO DE SIGLAS

AMB – Associação Médica Brasileira
ANPAD – Associação Nacional de Pós Graduação e Pesquisa em Administração
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APM – Associação Paulista de Medicina
CCAOS – Comissão Conjunta de Acreditação de Organizações de Saúde
CIPA – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
COREN – Conselho Regional de Enfermagem
CQH – Compromisso com a Qualidade Hospitalar
CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
EAESP/FGV – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas
EUA – Estados Unidos da América
FNQ – Fundação Nacional da Qualidade
FPNQ – Fundação para o Prêmio Nacional de Qualidade
HCFMUSP – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
INMETRO – Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial
ISO - International Organization for Standardization
NAGEH – Núcleo de Apoio à Gestão Hospitalar
ONA – Organização Nacional de Acreditação
P & D – Pesquisa e Desenvolvimento
PNGS – Prêmio Nacional de Gestão em Saúde
PNQ – Prêmio Nacional de Qualidade
PROHASA – Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde
PS – Pronto – Socorro
RMSP – Região Metropolitana de São Paulo
SMBAS – Sociedade Médica Brasileira de Administração em Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
Redes	14
Hospitais	14
CQH	18
Objetivos	18
Pergunta Básica	19
Justificativas	19
1. Referencial Teórico	20
1.1 Redes	20
Conceitos de Redes	20
Características das Redes	20
Tipologia de redes de empresas	24
1.2 Qualidade hospitalar	27
1.3 Indicadores hospitalares	28
2 - Metodologia	31
2.1 Base de dados para o estudo de caso - indicadores no período de 2003 a 2007	32
2.2 Definição dos indicadores utilizados na rede	34
2.3 Protocolo de pesquisa – entrevistas com especialistas	37
3. A Rede CQH	38
3.1 Introdução	38
3.2 Os participantes da rede CQH	40
3.3 Histórico do CQH	41
3.4 Formas de transmissão de conhecimento entre os participantes	45
4. Resultados	48
4.1 Indicadores eleitos para comprovar a transferência de conhecimentos	48
4.2 Análise dos indicadores obtidos pelos hospitais da rede	49
4.3 Análise fatorial	57
4.4 Análise das entrevistas com especialistas	60
4.5 Análise cruzada dos resultados	65
5. Considerações Finais	66
Apêndices	72
1. Questionário de entrevista	72
2. Análise Fatorial	77

Transferência de Conhecimentos em uma Rede de Serviços de Saúde: O caso da rede de hospitais filiados ao Programa CQH – Compromisso com a Qualidade Hospitalar.

INTRODUÇÃO

Redes

Segundo Cândido e Abreu (2000), o conceito de redes e seus princípios de interação, cooperação, ajuda mútua e compartilhamento, advêm de diversas áreas do conhecimento, principalmente da antropologia e sociologia.

A aplicação do conceito de redes na administração e nos negócios se alicerça em dois fatos atuais: crescente aumento da concorrência e competitividade entre as empresas em ambiente cada vez mais globalizado, e dificuldade em sobreviver e se desenvolver atuando isoladamente.

Segundo os autores, no contexto organizacional, a crescente difusão e utilização do conceito de redes surge como recurso estratégico para enfrentar ambiente de turbulências e incertezas, caracterizado por crises e movimentos de reestruturação, nas diversas esferas de atuação pública e gestão dos negócios.

Os princípios fundamentais da aplicação da teoria de redes são interação, relacionamento, ajuda mútua, compartilhamento, integração e complementaridade entre as empresas e organizações. As redes envolvem amplo processo de atividades, com grande conjunto de variações e aplicações no contexto organizacional: redes flexíveis de pequenas e médias empresas, redes top-down (ou de subcontratação ou terceirização), redes de relacionamento, redes de informação, redes de comunicação, redes de pesquisa, redes de inovação, redes de fornecimento e distribuição etc., envolvendo empresas de diversos tamanhos e que atuam em distintos segmentos econômicos.

Hospitais

A complexidade é constante nas empresas hospitalares a partir da especialização e diversidade de recursos humanos; volume de materiais e medicamentos utilizados e seu mercado altamente inovador; cultura que incorpora grande dificuldade de padronização de normas e procedimentos; dificuldade de planejar; alto índice de desperdício; e aspectos emocionais envolvidos na prestação desses serviços.

Quanto aos profissionais da área da Saúde, a diversidade é significativa. São 50 as especialidades médicas, não considerando as subespecialidades. Na área de enfermagem, há 33 especialidades, além das subespecialidades. Em contraste com profissionais altamente especializados há a área de apoio. Entre os funcionários, normalmente não mais de 10% apresentam nível superior completo (BITTAR, 2004). Por causa da natureza histórica dos hospitais - fundados com base na religiosidade, beneficência e filantropia - o pessoal administrativo muitas vezes não tem a formação adequada, o que torna as decisões de caráter administrativo centradas em aspectos políticos e ideológicos.

Quanto aos recursos materiais, encontramos cerca de 8 mil itens de materiais de consumo, 4 mil itens no grupo de medicamentos e 1 mil itens no grupo de impressos próprios (BITTAR, 2004). Isso sem citar o grupo de imobilizado que, que diariamente apresenta novos equipamentos e aparelhos que parecem indispensáveis, mediante inovações da medicina e pressão do mercado, formado por diferentes tipos de fornecedores.

Se se pensar que a produção de serviços do hospital é o seu resultado final, encontramos na tabela da AMB, cerca de 4 mil procedimentos possíveis, cerca de 3 mil tipos de exames laboratoriais e cerca de 3 mil possíveis diagnósticos médicos (BITTAR, 2004). Que tipo de empresa apresenta esta diversidade de produtos ou serviços?

Por suas características complexas, o hospital é uma organização cada vez mais regida por leis, normas, regulamentações e portarias, vindas de diversos órgãos e instituições. É um verdadeiro arcabouço legal – dinâmico e variado. Somente na ANVISA existem 387 normas legislativas referentes a estabelecimentos de saúde; isto sem se considerar os decretos-leis e leis ordinárias emanadas do Gabinete da Presidência e do Ministério da Saúde, a legislação estadual e municipal. Também ainda se deve considerar a legislação de outros órgãos, que não os da saúde, que interferem diretamente na gestão do hospital, como, por exemplo, a legislação previdenciária, trabalhista, tributária e o código de defesa do consumidor (PEDROSA, 2004:24).

Apesar de toda a complexidade, espera-se que os hospitais funcionem bem e sempre com indiscutível qualidade, porque significa a diferença entre vida e morte.

Segundo Bittar (2004), a dificuldade em se implantar programas de qualidade nos hospitais (específicos para a área hospitalar como a “Acreditação”¹ ou não específicos como a “Certificação”²) se relaciona à cultura organizacional, própria desse segmento de empresas.

O Ministério da Saúde define Acreditação como *“um procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente aceitos. São estabelecidos padrões, em grau de complexidade crescente, os quais orientam a avaliação dos diversos serviços do hospital. O status de acreditado conota sempre confiança no hospital por parte dos clientes internos e externos, bem como da comunidade em geral. Constitui, essencialmente, um programa de educação continuada e, jamais, uma forma de fiscalização”* (1998:12). A acreditação estimula os hospitais à busca de uma melhoria contínua da qualidade, seguindo critérios comuns e padronizados, a fim de que os usuários possam ter tratamentos semelhantes quando internados, em qualquer hospital acreditado, independente do local em que se encontre.

O conceito de certificação da qualidade se refere à avaliação da capacidade de qualquer organização atender aos requisitos do cliente, tanto os regulamentares quanto os definidos pela própria organização. A certificação é conferida pela International Organization for Standardization (ISO), por meio do Inmetro, representante da ISO no Brasil (PEDROSA, 2004).

São barreiras culturais à implantação de programas de qualidade:

- Dificuldade de encontrar registros adequados, que permitam a correção de não-conformidades;
- Imediatismo que desvaloriza o planejamento;
- Pouca importância que é dada ao desperdício de recursos.

¹ “Acreditação”: avalia a capacitação e a competência, tanto dos profissionais como da própria entidade, de acordo com as normas aplicadas por igual a todas as entidades da mesma categoria, especificamente para o segmento da saúde. Na acreditação não se avalia um setor ou departamento isoladamente, mas se todos os serviços atingiram um determinado nível de qualidade. O propósito deste enfoque é reforçar o fato de que a estrutura e os processos do hospital são tão interligados, que o funcionamento de um componente interfere em todo o conjunto e no resultado final.

² A certificação é concedida pela I S O, que tem por missão promover a padronização dos processos, a fim de assegurar produtos e serviços de qualidade idênticos.

Por outro lado, também é um aspecto marcante na cultura das empresas hospitalares, o hábito do trabalho em cooperação, através de comissões internas ou redes externas.

O aspecto cultural é verificado a partir do grande número de comissões multidisciplinares existentes em empresas hospitalares. Há decisões que, pela complexidade, somente devem ser tomadas em conjunto, por diversos especialistas, como médicos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, psicólogos, administradores, engenheiros, arquitetos.

Várias comissões institucionais são obrigatórias por lei, determinação da Secretaria ou Ministério da Saúde. Outras são criadas por decisão e necessidade da própria equipe de trabalho (variam, portanto, de um hospital para outro).

Entre as principais comissões destacam-se análise de óbitos, biossegurança, brigada de incêndio, ética médica, ética em pesquisa, farmácia, hotelaria hospitalar, humanização, infecção hospitalar, transplantes, padronização de material e medicamento, nutrição enteral e parenteral, revisão de prontuários, mortalidade materna e neonatal, pesquisa e ensino, CIPA, protocolos clínicos, qualidade, padronização de dietas, reprocessamento de material etc.

No ambiente externo, quando analisado o grande número de hospitais que trabalham em conjunto, de diferentes formas, dependendo dos objetivos que se quer alcançar, se constata como a cultura do trabalho em cooperação se expande a partir da instituição hospitalar.

O ambiente em que os hospitais estão inseridos tem características muito particulares, marcado por mudanças constantes, rápidas e muitas vezes profundas. Por causa das novas tecnologias, da legislação - difusa e extensa -, e das mudanças da sociedade em geral. O comportamento dos usuários dos serviços de saúde também se modifica com muita frequência, forçando os hospitais a reverem processos e relacionamento com os clientes (LEIDERMAN, 2007).

Segundo Kwasnicka (2006) é principalmente nos ambientes turbulentos e de rápidas transformações que se dá a formação de redes e de parcerias; pois em um ambiente pequeno e protegido, a tendência é de que as empresas tenham um comportamento mais individualista e conservador.

Há grupos de hospitais que trabalham juntos, visando obter melhores preços e condições de negociação nas compras de insumos hospitalares, por meio de centrais de compras. Há os hospitais universitários, que se unem para discutir e

melhorar indicadores de assistência, pesquisa e ensino. Hospitais estaduais, que procuram melhorar a gestão, e os hospitais municipais, que buscam a regulação dos serviços. Os hospitais se unem, portanto, para mais eficientemente atingir os objetivos.

O próprio sistema de saúde brasileiro, compreendido pelo segmento privado, bem como pelo público, o SUS – Sistema Único de Saúde – se utiliza da complementaridade dos serviços, dada a complexidade do atendimento médico-hospitalar.

Esse trabalho em conjunto, essa integração ocorre também com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços prestados.

Por causa das dificuldades que os hospitais enfrentam para implantar um programa de qualidade, e em decorrência da cultura típica de trabalho em equipe dos profissionais, vários hospitais trabalham em conjunto, de modo integrado, trocando experiências e tecnologias.

CQH

Uma dessas experiências é o objeto de estudo: rede de hospitais filiados ao Programa CQH – Compromisso com a Qualidade Hospitalar. São 175 hospitais, filiados voluntariamente ao mesmo programa de qualidade.

Objetivos

Objetivo Geral

O objetivo geral deste trabalho é analisar esta rede de hospitais, verificando se a sua existência favorece a transferência de conhecimentos entre eles, efetivamente contribuindo para a qualidade de seus serviços.

Objetivos Específicos

Os objetivos específicos são:

1. Analisar o funcionamento da rede de hospitais do Programa CQH – Compromisso com a Qualidade Hospitalar para verificar se a rede favorece a transferência de conhecimentos entre os hospitais participantes;

2. Analisar a evolução dos indicadores desses hospitais, nos últimos cinco anos para verificar se houve melhoria efetiva;
3. Identificar os indicadores hospitalares que poderão constatar a existência de transferência de conhecimentos entre os hospitais filiados à rede.

Pergunta Básica

Esse estudo espera responder à seguinte pergunta básica:

- A associação dos hospitais em rede favorece a transmissão de conhecimentos entre eles, melhorando a qualidade de seus serviços?

Justificativas

O interesse em estudar esta rede de hospitais deve-se não só ao fato desta ser uma rede de serviços, horizontal, relativamente pouco estudada na literatura acadêmica, mas, especialmente, pela diversidade de atores a ela filiados, já que esta agrega 139 hospitais gerais e 36 especializados, de portes variados, tanto públicos, como privados, localizados no Estado de São Paulo (na RMSP e Interior) e em outros Estados.

A rede CQH é uma rede de hospitais, portanto formada por organizações bastante complexas, constituída por uma diversidade de atores à ela filiados, há mais de 10 anos. Considerando que o número de hospitais no Brasil que conseguiram um selo de conformidade em qualquer programa de qualidade é ainda muito pequeno, se comparado com outros países, identificar uma forma de trabalho, que alinhada com a cultura organizacional do segmento, influencia positivamente na melhoria da qualidade, poderá ajudar a um número maior de hospitais a atingirem essa performance.

1. Referencial Teórico

1.1 Redes

Conceitos de Redes

O conceito de redes para Ribault *apud* Amato e Olave (2001) é um modo de agrupamento de empresas destinado a favorecer a atividade de cada uma delas, sem que estas tenham forçosamente laços financeiros entre si. As empresas em rede complementam-se umas às outras nos planos técnicos (meios produtivos) e comerciais (distribuição) e decidem apoiar-se prioritariamente. Trata-se, pois, de um modo de associação por afinidade de natureza informal e que deixa cada uma das empresas responsável pelo seu próprio desenvolvimento. Este tipo de associação é uma maneira de concretizar o lema “a união faz a força”.

Kwasnicka (2006:31) define redes como estruturas dinâmicas, virtuais e flexíveis de produção e venda de bens e serviços e de geração de novas tecnologias. Baseiam-se na interdependência de seus parceiros, que constroem conjuntos sinérgicos, cuja força resultante é sempre maior que a soma das forças de seus componentes, com a vantagem de esses não perderem suas características individuais.

Há vários conceitos de redes, mas todos apontam para o fato de que as empresas que atuam em redes têm mais facilidade para atingirem seus objetivos. Para este trabalho será adotado o conceito de Kwasnicka porque define redes considerando o aspecto de novas tecnologias, pois será abordada a transferência de conhecimentos na rede em estudo.

Outro ponto importante nesse conceito, para este trabalho, é a questão da sinergia, pois os hospitais da rede CQH se associam para melhorar sua qualidade, ao invés de buscar isso isoladamente, como ocorre em outros Programas de Acreditação. Além disso, esses hospitais mantêm suas características individuais, apesar da união em rede.

Características das Redes

São características inerentes às redes confiança e cooperação que possibilitam, em alguns tipos de redes, a transferência de conhecimentos e a formação de capital social.

Confiança

Morgan e Hunt (1994) *apud* Klein (2003: p.38) definem confiança como “*um sentimento de certeza e segurança de uma parte na integridade do outro*”.

Segundo Amato e Olave (2001:300), a cultura da confiança diz respeito aos aspectos ligados à cooperação entre as empresas, envolvendo características culturais e de interesse de pessoas e empresas. A ética assume um papel fundamental. O conhecimento sobre as pessoas ou empresas que têm interesses comuns torna-se o primeiro passo para a geração da cultura de confiança.

No caso das redes de empresas, a confiança contribui para a formação de estratégias coletivas, facilita a coordenação de atividades econômicas, promove a troca aberta de informações e a aprendizagem interorganizacional, e colabora para a redução dos custos de transação (SYDOW, 1998 *apud* BALESTRO, 2000).

Quaisquer que sejam os conhecimentos trocados no interior de uma rede, pelos seus atores, sempre existem expectativas de que a outra parte irá se comportar conforme o acordado, sem que haja uma supervisão direta, como haveria no caso de uma relação hierárquica. Nasce a necessidade de o participante confiar nos demais. Quanto maior a confiança, mais significativas serão a troca de informações e a motivação para a solução de problemas conjuntos, favorecendo a transferência de conhecimentos e a aprendizagem contínua.

A confiança é base para as relações interorganizacionais que exigem cooperação. Base não encontrada nas relações de mercado ou nas relações hierárquicas (BALESTRO, 2002).

Cooperação

Segundo Amato e Olave (2001) a operacionalização das redes se dá por meio da colaboração entre os participantes.

Gray e Wood (1991) *apud* Amato e Olave (2001) definem colaboração como processo por meio do qual várias partes, analisando diferentes aspectos de um problema, construtivamente exploram divergências, se envolvendo em um processo interativo, para agir ou decidir sobre questões relacionadas ao assunto.

Para estes autores, uma das principais tarefas da colaboração é reduzir a proporções confiáveis a complexidade ambiental, a incerteza, o risco e a turbulência que as empresas enfrentam.

Pelas suas características, as redes apresentam várias vantagens para as empresas a elas filiadas. Destacam-se o acesso a capital, conhecimento, mercado interno e externo, novas tecnologias e processos produtivos, aumento da produção (sem aumentar custos fixos), desenvolvimento de habilidades conjuntas, assim como novos produtos e serviços, visando ao ganho de competências para neutralizar os concorrentes e aumentar a pressão coletiva para defender seus interesses. (Kwasnicka: 2006).

A cooperação entre empresas conduz à sinergia para a solução de problemas característicos a elas. Segundo Ferreira e Oliva (2006) o compartilhamento e a complementaridade do conhecimento possibilitam um maior grau de sucesso para todos os participantes da rede. Para a maioria das empresas, a cooperação e as alianças estratégicas representam uma possibilidade mais bem-estruturada para a sobrevivência e o crescimento do negócio (2006:301).

Transferência de Conhecimentos

Uma das vantagens do trabalho em redes é facilitar o acesso ao conhecimento. Mas como se concretiza o aprendizado entre os membros de uma rede? Como acontece a transferência de conhecimento entre eles?

Segundo Britto (2005), quanto mais “complexa” for a base de conhecimentos, mais necessário será o desenvolvimento de mecanismos específicos que permitam integrar os vários fragmentos do conhecimento gerados, reforçando-se a importância de vínculos cooperativos com os outros agentes, bem como de mecanismos de transferência que facilitem aquela integração. Em ambientes de rápido progresso técnico, o desenvolvimento, introdução e difusão de inovações costumam assumir a forma de um processo "interativo" de aprendizado, baseando-se num intercâmbio contínuo de informações entre atores que altera, permanentemente, o padrão de capacitação entre eles. A possibilidade de aprofundamento do aprendizado coletivo a partir da estruturação de uma rede decorre não apenas do intenso intercâmbio de informações que ocorre no interior destas redes, como também dos esforços tecnológicos realizados, conjuntamente, pelos seus atores. O aprofundamento dessa interação requer a presença de um sistema de incentivo do processo.

O processo de interação que leva ao aprendizado no interior das redes envolve a consolidação de um acervo de informações e conhecimentos que são repartidos e socializados entre seus membros, requerendo a montagem de códigos

próprios de linguagem e canais internos de comunicação, com o intuito de viabilizar esta transferência da maneira mais eficaz possível.

Por definição, transferência de conhecimento é o processo pelo qual cada membro da rede é afetado pela experiência de outro (INKPEN, 2005). Segundo Inkpen, a premissa chave é que a rede cria acesso a novos conhecimentos para os atores da rede. Ou seja, participando de uma rede, o hospital aumenta seu capital social.

Capital Social

Capital social, segundo Portes (1998) é a habilidade dos atores em obter benefícios através de outros membros da rede ou outras estruturas sociais. E segundo Fukuyama *apud* Inkpen (1995) a habilidade das pessoas trabalharem juntas, com propósitos comuns, em grupos e organizações.

O acesso a novas fontes de conhecimento é o mais importante benefício do capital social. Outros benefícios incluem acesso privilegiado ao conhecimento e informação, reputação, oportunidades para novos negócios, entendimento das normas da rede etc. (INKPEN, 2005).

Segundo Adler (2002), há três benefícios gerados pelo capital social: o primeiro é a informação. O capital social facilita o acesso de um ator social à informação de qualidade, relevância e em tempo adequado. As pesquisas mostram que o capital social ajuda os atores no acesso à informação sobre oportunidades de trabalho, inovações, aquisição de novos conhecimentos e habilidades e troca de informações precisas. Laços fortes facilitam a transferência de informações complexas, como no caso das instituições hospitalares, e do conhecimento tácito³. O segundo benefício do capital social é influência, controle e poder. O terceiro benefício do capital social é a solidariedade entre os atores.

As organizações adquirem conhecimentos com a aliança com parceiros, ganhando acesso a novas habilidades e competências que o parceiro traz para a rede (BAUM, 2000 *apud* INKPEN, 2005). As redes proporcionam oportunidades para criar conhecimento, redistribuindo os conhecimentos de tecnologia e também de mercado.

³ Conhecimento tácito: conhecimento pessoal, específico ao contexto, difícil de ser formulado e comunicado. Inclui elementos cognitivos e técnicos (Nonaka e Takeuchi, 1997).

Segundo Britto (2005), esse intercâmbio possibilita também a disseminação de procedimentos operacionais relativos à organização dos processos produtivos, associados à adoção de modernas técnicas organizacionais. Outro aspecto relevante refere-se à contribuição desse intercâmbio de informações para a definição de padrões de qualidade e de normalização técnica que orientem o comportamento dos agentes integrados à rede.

Tipologia de redes de empresas

Classificar os tipos de redes de empresas é complexo, pois as variáveis existentes são muitas e diferentemente enfatizadas, dependendo do autor.

Segue abaixo os principais tipos de redes, conforme os autores consultados:

Quadro 1 – Tipologia de Redes de Empresas

Tipologia	Descrição
Segundo Ernest (1994)	
Redes de fornecedores	Envolve acordos entre uma empresa e seus fornecedores de insumos.
Redes de produtos	Abrangem acordos de produção para utilizar recursos de uso comum e escassos no mercado.
Redes de clientes	Parcerias firmadas para agregar valor aos clientes, ampliando o mercado.
Coalização-padrão	Parcerias entre definidores de padrão global de produtos de qualidade.
Redes de cooperação tecnológica	Parcerias para facilitar a aquisição de tecnologia e capacitar o desenvolvimento conjunto de processos produtivos, além de permitir acesso compartilhado a conhecimentos científicos.
Segundo Lipnak e Stamps (1994)	
Grupos de trabalho	Rede intra-organizacional, com foco no ambiente interno.
Grandes organizações	Rede intra-organizacional, equipes interfuncionais e interunidades, sistemas sociotécnicos.
Empreendimentos	Relacionamento interempresas, incorporando poder público e privado.
Alianças	Relacionamento interempresarial, independente do tamanho ou atividade. Alianças estratégicas, <i>joint ventures</i> , redes flexíveis.
Megagrupos	Redes amplas que envolvem outras redes, nacionais e internacionais. Alianças em longo prazo.

Fonte: Kwasnicka (2006), adaptado pela autora.

Neste trabalho são abordados os conceitos de redes de cooperação tecnológica e de alianças estratégicas, pois possuem características e objetivos encontrados na rede CQH.

Segundo Ernest *apud* Cândido e Abreu (2000) redes de cooperação tecnológica são criadas e desenvolvidas com o objetivo explícito de facilitar a aquisição de tecnologia para projetos e produção de produtos e serviços, capacitar o

desenvolvimento conjunto dos processos e da produção e permitir acesso compartilhado a conhecimentos científicos e de Pesquisa e Desenvolvimento (P&D).

Alianças Estratégicas, de acordo com Lipnack e Stamps (1994) *apud* Cândido e Abreu (2000) são relacionamentos entre empresas e/ou grupos de empresas, podendo ser constituídos por empresas multinacionais, equipes de empresas de pequeno porte ou por combinações formadas de empreendimentos de grande e pequeno porte. As alianças são notáveis pela sua variedade, envolvendo geralmente um pequeno número de parceiros. As alianças mais comuns são as bilaterais, mas em alguns casos, chegam a envolver centenas de empresas.

Quadro 2 – Características de redes presentes na rede CQH

Autores ⁴	Características presentes	
	Redes de Empresas Teóricas	Rede CQH
Morgan & Hunt (1994) Sydow (1998) Balestro (2000) Amato e Olave (2001)	<u>Confiança</u> Segundo Morgan & Hunt (1994) confiança é um sentimento de certeza e segurança de uma parte na integridade do outro.	• O Programa CQH incorpora os valores das entidades mantenedoras e apoiadoras, que são a Associação Paulista de Medicina, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, o Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde (PROAHSA- HCFMUSP / EAESP / FGV), a Sociedade Médica Brasileira de Administração em Saúde (SMBAS) e a Fundação para o Prêmio Nacional da Qualidade (FPNQ), trazendo a credibilidade desses parceiros para o Programa. • Respeita a legislação vigente, sob todos os aspectos, dando aos seus participantes segurança quanto às ações desenvolvidas. • Confidencialidade: a rede trata todos os dados preservando a identidade dos hospitais participantes.

⁴ Esses autores citam a existência de confiança, cooperação, transferência de conhecimentos e capital social em redes de empresas. Para maiores detalhes, vide o item referências.

Quadro 2 – Características de redes presentes na rede CQH – cont.

Autores⁵	Características presentes	
	Redes de Empresas Teóricas	Rede CQH
Gray e Wood (1991) Amato e Olave (2001) Kwasnicka (2006) Ferreira e Oliva (2006)	<u>Cooperação</u> Segundo Amato e Olave (2001) a operacionalização das redes se dá por meio da colaboração entre os participantes.	• Faz parte da missão do CQH incentivar o trabalho coletivo, principalmente o de grupos multidisciplinares, visando ao aprimoramento dos processos de atendimento. • Há visitas periódicas de avaliação dos hospitais, por meio de equipe técnica voluntária, formada por participantes da rede e treinadas para este fim; • Núcleo de apoio à Gestão Hospitalar, realiza estudos direcionados para assuntos específicos como Infecção Hospitalar, Enfermagem, Nutrição, Farmácia, Clientes, colaborando para a solução de problemas comuns.
Britto (2005) Inkpen (2005)	<u>Transferência de conhecimentos</u> É o processo pelo qual cada membro da rede é afetado pela experiência de outro (INKPEN: 2005). Segundo Britto (2005) é um intercâmbio contínuo de informações e conhecimentos entre os atores.	• O CQH Promove o aprendizado a partir de reuniões periódicas de orientação e de troca de experiências, realizando análise crítica dos processos e resultados. • Realiza periodicamente eventos nacionais e internacionais sobre qualidade e cursos baseados na sua metodologia.
Inkpen (1995) Portes (1998) Baum (2000) Adler (2002) Britto (2005) Inkpen (2005)	<u>Capital social</u> Segundo Portes (1998) é a habilidade dos atores de obter benefícios através de outros membros da rede ou outras estruturas sociais.	O hospital participante do Programa pode obter os seguintes benefícios: • '<i>Benchmarking</i>' com pelo menos 175 hospitais do Estado de São Paulo; • Assessoria específica sobre controle de infecção hospitalar; • Enfim, o próprio modelo de gestão para a qualidade.

Fonte: Diversos atores citados e *Missão e Valores do Programa CQH*, adaptado pela autora.

⁵ Esses autores citam a existência de confiança, cooperação, transferência de conhecimentos e capital social em redes de empresas. Para maiores detalhes, vide o item referências.

1.2 Qualidade hospitalar

A troca de informações e o intercâmbio entre atores de uma rede criam e distribuem conhecimentos, inclusive sobre qualidade. Vamos abordar o significado da palavra qualidade.

Segundo a Fundação Nacional da Qualidade (2007: p.60), qualidade se define como “totalidade de características de uma entidade (atividade ou processo, produto), organização, ou uma combinação destes, que lhe confere a capacidade de satisfazer as necessidades explícitas e implícitas dos clientes e demais partes interessadas”.

E como saber se o hospital está satisfazendo as necessidades dos clientes e demais interessados? Neste estudo, utilizaremos indicadores hospitalares para validar essa questão, pois eles quantificam os resultados das ações, tornando a análise objetiva.

Qualidade Hospitalar é um conceito e segundo Lazarsfeld (1973) *apud* Cohen e Franco (1993) um conceito corresponde, quase sempre, a um conjunto complexo de fenômenos e não a um fenômeno simples e diretamente observável. Para o mesmo autor, a seqüência da transformação do conceito em variáveis, parte da representação literária do conceito, fazendo uma abstração derivada da observação de um conjunto de fatos particulares; passa pela fase de especificação do conceito, que implica em sua divisão nas dimensões que o integram; e finalmente recai na seleção de indicadores que permitam medir cada uma das dimensões do conceito.

Segundo Cohen e Franco (1973) convém utilizar uma quantidade elevada de indicadores para garantir que o conceito que se pretende medir esteja sendo medido e, eventualmente, diminuir o efeito negativo derivado de ter escolhido um mau indicador.

1.3 Indicadores hospitalares

Segundo o Ministério da Saúde (2002:45), indicadores “são instrumentos elaborados e usados para valorar o cumprimento dos objetivos e metas. São as variáveis dependentes do modelo experimental, usadas para quantificar o resultado das ações. São critérios explícitos de medida, que permitem estabelecer conclusões objetivas sobre aspectos particulares...”

Cohen e Franco (1993) escrevem que há dois tipos de indicadores – diretos e indiretos. Os diretos traduzem a obtenção do objetivo/meta em uma relação de implicação lógica, já os indiretos precisam ser construídos. Neste caso, relação entre indicador e meta é de caráter probabilístico e não de implicação lógica. Por este motivo é conveniente incrementar o número de indicadores de uma meta, para aumentar assim a probabilidade de conseguir uma medição adequada.

Segundo Bittar (2001), os indicadores hospitalares podem ser divididos de acordo com os seguintes grupos: de estrutura; de produção; de produtividade; econômico-financeiros; de economia da saúde; de imagem; de recursos humanos e de qualidade.

Os autores Tanaka e Melo, 2001 *apud* Mendes (2005) advertem sobre o grau de subjetividade na avaliação de programas, uma vez que a avaliação é sempre baseada num juízo de valor que depende da visão pessoal de quem a elabora. Os autores ressaltam que não há uma abordagem correta ou uma metodologia ideal para elaborar uma avaliação de programas.

Avedis Donabedian é considerado o fundador da garantia da qualidade nos serviços de saúde, como uma disciplina reconhecida. Ele explica que a garantia da qualidade da assistência de saúde é bastante complexa, mas é passível de uma análise sistemática. Em 1966 sugeriu três abordagens, essenciais para a avaliação dos serviços de saúde: estrutura, processo e resultado (PEDROSA, 2004).

Estrutura é o conjunto dos recursos que estão à disposição (da organização) para se oferecer o serviço, tais como habilitação e capacitação do corpo funcional, materiais e recursos organizacionais. Processo é a designação das atividades desenvolvidas para a prestação da assistência, de acordo com padrões estabelecidos. Resultado é a conseqüência avaliada do atendimento atribuível aos cuidados recebidos (Pedrosa 2004:8).

Mendes (2005) afirma que as avaliações de programas/ações são comumente divididas em avaliação de estrutura, de processo e de resultado. De forma geral, a avaliação de estrutura examina os recursos existentes para desenvolver as ações. A avaliação de processo refere-se às atividades desenvolvidas e a avaliação de resultados diz respeito às alterações atingidas – efeitos – por meio da relação entre recursos utilizados e atividades obtidas (Contandriopoulos, 1997 *apud* Mendes, 2005).

A separação de indicadores em estrutura, processo e resultado, segundo Tanaka (2001) possui a vantagem de permitir uma classificação dos indicadores de acordo com as características do aspecto com o qual está relacionado. Assim, um indicador de estrutura está relacionado aos investimentos e/ou provimento de recursos necessários para o hospital. Um indicador de processo se relaciona à otimização e/ou racionalidade na realização das atividades, demonstrando o conhecimento daqueles que realizam as ações. E indicador de resultado está relacionado a se atingir objetivos e metas propostas, algumas vezes incluindo estrutura e processo. Cada um dos indicadores auxilia na tomada de decisão sobre o prosseguimento ou intervenção separadamente nesses respectivos aspectos.

A separação de indicadores de estrutura, processo e resultado é uma abordagem sistêmica, pois permite que se busquem relações existentes entre a estrutura/processo/resultado, o que resulta em uma completa avaliação dos programas ou serviços (TANAKA, 2001).

Por causa dessas vantagens, este trabalho adota a metodologia de separação dos indicadores, classificando-os em indicadores de estrutura, processo e resultado.

Quadro 3 – Classificação dos Indicadores analisados.

Estrutura	• Percentual de médicos com título de especialista; • Relação enfermeiro/leito; • Relação enfermagem/leito; • Índice de treinamento; • Relação pessoal/leito.
Processo	• Tempo médio de permanência; • Taxa de ocupação hospitalar; • Índice de renovação; • Índice de intervalo de substituição; • Taxa de cirurgia suspensa; • Taxa de reinternação não programada; • Taxa de reingresso na UTI durante a mesma internação; • Índice de exames laboratoriais por paciente-dia; • Índice de exames de diagnóstico por imagem por paciente-dia; • Taxa de acidente de trabalho.
Resultado	• Taxa de mortalidade institucional; • Taxa de apgar no 1º. Minuto; • Taxa de apgar no 5º. Minuto; • Taxa de mortalidade operatória; • Taxa de cesáreas; • Taxa de cesáreas em primíparas; • Taxa de infecção hospitalar; • Taxa de absenteísmo; • Taxa de rotatividade de recursos humanos.

Fonte: a autora⁶.

⁶ Classificação validada pelo Prof. Dr. Oswaldo Y. Tanaka, da Faculdade de Saúde Pública FSP/USP.

2 - Metodologia

Serão adotados neste trabalho dois modelos metodológicos: análise teórico-empírica e estudo de caso. O método utilizado para abordagem será o dedutivo, enquanto para os procedimentos serão utilizados os métodos qualitativo, quantitativo, estatístico e o comparativo de estudos de caso.

Trata-se de um estudo exploratório. O projeto se apoiará nas técnicas de estudo de caso delineadas por Yin (2005). Quanto ao método qualitativo serão utilizadas como fonte de informação a pesquisa bibliográfica e documental, entrevistas com especialistas e estudo de caso.

Quanto ao método quantitativo serão utilizados os indicadores selecionados pelo CQH, monitorados pela APM e Cremesp.

Quanto aos métodos estatísticos serão utilizados, inicialmente, os relativos à estatística descritiva. Para avaliação da convergência dos resultados alcançados pelos hospitais filiados à rede será utilizado o método da análise fatorial com correspondência múltipla, caracterizando o agrupamento dos hospitais, o que destacará o grau de desenvolvimento e possíveis fatores que deverão ser trabalhados pela rede para atingir o objetivo de qualidade hospitalar.

Segundo Lebart, Morineau e Piron (1995: p.13), apesar do trabalho de preparação e codificação de dados exigidos pelo método de análise fatorial, e a maior complexidade que as técnicas de estatística descritiva, as regras de interpretação e validação das representações fornecidas pelas técnicas multidimensionais permitem verificar e provar hipóteses de homogeneidade em partes da amostra.

Uma das vantagens de se utilizar método fatorial é o fornecimento de representações sintéticas de vastos conjuntos de valores numéricos, em geral sob a forma de visualizações gráficas. A análise fatorial opera redução de algumas representações multidimensionais.

2.1 Base de dados para o estudo de caso - indicadores no período de 2003 a 2007

Os hospitais participantes da rede comprometem-se a coletar mensalmente os mesmos indicadores e a enviar arquivo eletrônico para a sede do Programa. Os indicadores são coletados mediante metodologia específica incluída na ficha técnica de cada um.

Os indicadores são consolidados e apresentados aos participantes em reuniões trimestrais, onde todos têm oportunidade de verificar onde se encontram em relação à mediana do conjunto e ao *benchmarking*⁷.

Nessas ocasiões são apresentadas experiências dos hospitais que foram selados⁸ mais recentemente, que servirão de exemplo para os demais, transferindo seus conhecimentos aos participantes. Outros assuntos de interesse geral também são discutidos.

A base de dados para o desenvolvimento deste estudo de caso foi obtida junto ao Programa CQH, no entanto, sem identificar os participantes, visto que o sigilo de identidade é um valor proclamado pelo Programa e garantido aos hospitais no momento da sua filiação.

Embora a rede tenha sido formada no ano de 2000, somente a partir de janeiro de 2003 os indicadores passaram a ser divulgados de forma sistemática pela secretaria do CQH, por meio da consolidação e apresentação gráfica das informações coletadas dos hospitais.

A partir dos dados do ano de 2003 foram identificados os hospitais que permaneceram no Programa durante todo o período analisado (2003 a 2007). Esses hospitais farão parte da amostra trabalhada nesta dissertação.

Do conjunto foram subtraídos os hospitais especializados⁹, a fim de uniformizar a amostra, tornando-a composta apenas por hospitais gerais¹⁰, pois os hospitais especializados apresentam variação muito grande em alguns indicadores, pelas próprias características, em relação aos hospitais gerais.

⁷ *Benchmarking* significa, no caso, o hospital que atingiu o melhor resultado para o indicador.

⁸ Hospitais Selados: aqueles que receberam o selo de conformidade com os critérios do Programa de Acreditação, após visita de avaliação.

⁹ Hospitais Especializados: aqueles que prestam assistência predominantemente a pacientes de uma determinada especialidade médica.

¹⁰ Hospitais Gerais: aqueles que prestam assistência a pacientes das quatro clínicas básicas (clínica médica, cirúrgica, pediátrica e obstétrica).

Mesmo com uma amostra composta apenas de hospitais gerais, deve-se considerar que haverá diferenças entre eles, decorrentes da localização, dos processos operacionais e até mesmo questões de perfil institucional, o que sugere diferenças de resultados obtidos em seus indicadores.

Foi escolhido um trimestre padrão para análise (o quarto trimestre de 2003 e de 2007), visando uniformizar também o período analisado, para evitar a possível interferência de alguma variação típica de ocorrências, em determinados meses do ano. O quarto trimestre foi o escolhido com o propósito de tornar a amostra a mais atual possível.

Dos 76 hospitais participantes da rede no quarto trimestre de 2003, nessas condições, apenas 31 hospitais (40,78%) continuaram na rede até o quarto trimestre de 2007. Destes, apenas 18 (58,06%) receberam o selo de acreditação, após pelo menos quatro anos de associação à rede. Assim, a amostra a ser trabalhada nesta dissertação é composta por estes 31 hospitais gerais, dos quais, 18 estavam selados no quarto trimestre de 2007.

2.2 Definição dos indicadores utilizados na rede

Eis a definição dos indicadores hospitalares utilizados pela rede:

Quadro 4 – Definição dos indicadores analisados

	Indicador	Definição
1	Taxa de Ocupação Hospitalar	Relação percentual entre o número de pacientes-dia ¹¹ e o número de leitos-dia ¹² em determinado período. Tem por objetivo medir o grau de ocupação do hospital.
2	Tempo Médio de Permanência	Relação entre o número de pacientes-dia e o total de saídas ¹³ em determinado período. Representa o tempo médio de permanência (dias) que os pacientes ficaram internados no hospital.
3	Tempo Médio de Permanência por Clínicas *	Relação entre o número de paciente-dia por clínica/serviço e o total de saídas por clínica/serviço em determinado período. Representa o tempo médio que os pacientes ficaram internados em cada clínica/serviço.
4	Índice de Renovação	Relação entre o total de saídas e o número de leitos ¹⁴ no período. Indica quantos pacientes ocuparam o mesmo leito no período.
5	Índice de Intervalo de Substituição	Relação de 1 menos a taxa de ocupação hospitalar multiplicado pelo tempo médio de permanência; dividido pela taxa de ocupação hospitalar. Indica os dias de ociosidade de leitos.
6	Taxa de Mortalidade Institucional	Relação percentual entre o número de óbitos após 24 horas de internação e o total de saídas em determinado período. Acompanha os óbitos ocorridos após as primeiras 24 horas de internação.
7	Taxa de Mortalidade Operatória	Relação percentual entre o número de óbitos operatórios ¹⁵ e o número de cirurgias realizadas ¹⁶ em determinado período.
8	Taxa de Cirurgia Suspensa	Relação percentual entre o número de cirurgias suspensas e o número de cirurgias agendadas no mês. Acompanha as cirurgias suspensas por motivos que não dependeram do paciente.

¹¹ Número de pacientes-dia: número de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar.

¹² Número de leitos-dia: número que representa a quantidade de leitos disponíveis para internação em um dia hospitalar.

¹³ Número de saídas: número total de saídas dos pacientes da unidade de internação por alta, evasão, transferência externa ou óbito.

¹⁴ Número de leitos: número total de cama numerada e identificada destinada à internação de um paciente dentro do hospital, que se constitui no endereço exclusivo de um paciente, durante sua estadia. Não são considerados leitos de observação, recuperação pós-anestésica ou pós-operatória, berços de recém-nascidos saudáveis, leitos de pré-parto e parto e leitos bloqueados por motivos transitórios.

¹⁵ Óbitos operatórios: número total de óbitos ocorridos no mês, durante o ato cirúrgico ou pós-operatório até sete dias.

¹⁶ Cirurgias realizadas: cirurgias efetuadas em ambiente cirúrgico (centro-cirúrgico, centro-obstétrico, unidade de cirurgia ambulatorial). Não se consideram procedimentos cirúrgicos realizados no PS, UTI e consultórios.

Quadro 4 – Definição dos indicadores analisados –cont.		
9	Taxa de Reinternação não programada.	Relação percentual entre o número de reinternações não programadas pela mesma causa, ou causa associada, até 15 dias da alta hospitalar e o total de saídas.
10	Taxa de Reingresso na UTI – Adulto durante a mesma internação.	Relação percentual entre o número de reingressos na UTI – Adulto durante a mesma internação e o número de saídas da UTI - Adulto no mesmo período.
11	Índice de Exames Laboratoriais por Internação	Relação entre o número de exames laboratoriais de pacientes internados e o número de saídas. Acompanha a quantidade de exames realizados por pacientes internados.
12	Índice de Exames de Diagnóstico por Imagem por Internação	Relação entre o número de exames de diagnóstico por imagem e o número de saídas.
13	Taxa de Cesáreas	Relação percentual entre o número de cesáreas e o número de partos ¹⁷ .
14	Taxa de Cesáreas em Primíparas	Relação percentual entre o número de cesáreas em primíparas ¹⁸ e o número de partos em primíparas. Acompanha a quantidade de cesáreas realizadas no primeiro parto.
15	Taxa de Apgar ¹⁹ no 1º. Minuto.	Relação percentual entre o número de nascidos com Apgar maior ou igual a 7 no primeiro minuto de vida e o número de nascidos-vivos ²⁰ .
16	Taxa de Apgar no 5º. Minuto	Relação percentual entre o número de nascimentos com Apgar maior ou igual a 7 no 5º. minuto de vida e o número de nascidos-vivos.
17	Taxa de Infecção Hospitalar	Relação percentual entre o número de episódios de infecções hospitalares ²¹ e o número de saídas no período.
18	Distribuição de Infecção Hospitalar por clínica/serviço *	Relação percentual entre o número de episódios de infecções hospitalares por clínica/serviço e o número de saídas por clínica/serviço.
19	Distribuição percentual de Infecções Hospitalares por localização topográfica ²² **	Relação percentual entre o número de infecções hospitalares por localização topográfica e o número de episódios de infecção hospitalar no período.

¹⁷ Número de partos: soma de partos normais, cesáreas e fórceps, inclusive com natimortos. Não são considerados os abortos (nascidos com menos de 500 gramas ou menos de 20 semanas de gestação).

¹⁸ Primíparas: primeiro parto.

¹⁹ Apgar: valores medidos no recém-nascido. Esse índice consiste numa escala que varia de 0 a 10 e se refere à medida de vitalidade do recém-nascido. Essa medida de vitalidade é realizada, em geral, pelo pediatra, neonatologista ou obstetra, e leva em consideração um conjunto de características: cor da pele, respiração, batimentos cardíacos, tônus muscular e resposta a estímulos nervosos.

²⁰ Número de nascidos-vivos: é o número de nascidos vivos através da expulsão ou extração completa do interior do corpo da mãe, independente da duração da gravidez, de um produto de concepção que, depois da separação, respire ou apresente qualquer outro sinal de vida.

²¹ Número de episódios de infecções hospitalares: número total de infecções adquiridas após 72 horas da admissão do paciente na Unidade Hospitalar e que se manifesta durante a internação ou após a alta.

²² Número de episódios de infecções hospitalares por localização topográfica: número de infecções hospitalares nas diferentes localizações: sistêmica, acesso vascular, cutânea, gastrointestinal, ferida cirúrgica, pneumonia, trato urinário e outras.

Quadro 4 – Definição dos indicadores analisados –cont.		
20	Agentes microbianos identificados nos casos de infecção hospitalar**	Relação percentual entre o número de casos por agente microbiano ²³ e o número de episódios de infecções hospitalares no período.
21	Percentual de médicos com título de especialista	Relação percentual entre os médicos com título de especialista e o número de médicos.
22	Relação Enfermeiro / Leito	Relação entre o número de enfermeiros e o número de leitos.
23	Relação Enfermagem/Leito	Relação entre o número de pessoal de enfermagem ²⁴ e o número de leitos.
24	Relação Pessoal/Leito	Relação entre a soma do número de funcionários ativos e terceiros e o número de leitos do hospital.
25	Taxa de Absenteísmo	Relação percentual entre o número de horas/homem ausentes e o número de horas/homem trabalhadas.
26	Taxa de Rotatividade de Recursos Humanos	Relação percentual entre a soma de admissões e desligamentos divididos por dois, e o número de funcionários ativos no cadastro do hospital.
27	Taxa de Acidente de Trabalho	Relação percentual entre o número de acidentes de trabalho e o número de funcionários ativos no cadastro do hospital.
28	Índice de Treinamento **	Relação entre o número de horas de funcionários ouvintes em cursos e o número de horas trabalhadas.
29	Atividades de Treinamento por setor **	Relação entre o número de horas de funcionários treinados por setor em determinado período e o número total de horas/homem treinados no período.
30	Taxa de Preenchimento das Avaliações pelo Usuário **	Relação percentual entre o número de avaliações preenchidas e o total de saídas no mês.

Fonte: Adaptado das fichas dos indicadores do 2º. Caderno de Indicadores do CQH.

Obs: Os indicadores assinalados não serão utilizados na análise, devido à:

* indicadores setoriais;

** não disponível por hospital.

²³ Número de casos por agente microbiano: número total de microorganismos identificados nos casos de infecção hospitalar.

²⁴ Pessoal de enfermagem: técnicos e auxiliares de enfermagem registrados no COREN – Conselho Regional de Enfermagem.

2.3 Protocolo de pesquisa – entrevistas com especialistas

Foram realizadas entrevistas com profissionais da área de qualidade hospitalar, conforme modelo de questionário que segue no apêndice.

Os profissionais escolhidos trabalham na área de qualidade dos hospitais selados pelo próprio CQH (todos os hospitais que conseguem o selo têm o seu nome divulgado pelo *site* mantido pelo Programa, o que facilitou a identificação para a pesquisa).

Os hospitais foram contatados por meio de telefonema, para a identificação do profissional da área e posteriormente por e-mail, para envio dos questionários.

O objetivo desta pesquisa foi saber, por meio dos profissionais especializados, se a transferência de conhecimentos existe na rede e se esta favorece a melhoria da qualidade dos serviços hospitalares prestados. Para tanto, essa resposta será comparada com a resposta obtida pela análise dos indicadores dos hospitais participantes, confirmando, ou não, a existência de uma semelhança entre os dois resultados obtidos.

O questionário elaborado para a fase de entrevistas foi adaptado para o caso de serviços hospitalares e está validado pelo artigo de BIDO *et al* (2008), publicado pela ANPAD em 2008²⁵.

²⁵ Maiores informações constam no item referências.

3. A Rede CQH

3.1 Introdução

Segundo informações colhidas no *site*²⁶, o CQH é um programa de adesão voluntária, cujo objetivo é contribuir para a melhoria contínua da qualidade hospitalar. Estimula a participação e a autoavaliação e contém um componente educacional muito importante, o incentivo à mudança de atitudes e de comportamentos. Incentiva o trabalho coletivo, principalmente o de grupos multidisciplinares, no aprimoramento dos processos de atendimento.

A missão do Programa é contribuir para a melhoria contínua da qualidade do atendimento nos serviços de saúde mediante metodologia específica.

Os valores do Programa CQH estão assim descritos:

- **Ética:** *'incorpora os valores das entidades mantenedoras e respeita a legislação vigente sob todos os aspectos. A participação no CQH requer integridade e honestidade moral e intelectual.'*
- **Autonomia técnica:** *'autonomia técnica para ser conduzido, independentemente de injunções que contrariem os princípios definidos em seus documentos básicos: Missão, Valores, Visão, Estatuto e Metodologia de Trabalho.'*
- **Simplicidade:** *'busca a simplicidade. As regras são adequadas e suficientes à realidade hospitalar brasileira.'*
- **Voluntariado:** *'incentiva a participação voluntária dos hospitais, interpretando a busca da melhoria da qualidade como manifestação de responsabilidade pública e de cidadania.'*
- **Confidencialidade:** *'trata todos os dados preservando a identidade dos hospitais participantes.'*
- **Enfoque educativo:** *'promove o aprendizado a partir da reflexão e da análise crítica dos processos e resultados.'*

Ao participar do Programa CQH, o hospital pode obter os seguintes benefícios:

- Modelo de Gestão para a qualidade;

²⁶ www.cqh.org.br acesso em 30/12/07.

- '*Benchmarking*' com pelo menos 175 hospitais do Estado de São Paulo;
- Reuniões periódicas de orientação e troca de experiências;
- Participação em eventos sobre qualidade;
- Assessoria específica sobre controle da infecção hospitalar;
- Pesquisa junto aos usuários;
- Visitas periódicas de avaliação por equipe técnica;
- Reconhecimento da conformidade (Selo);
- Prêmio Nacional da Gestão em Saúde - PNGS.
- NAGEH - Núcleo de Apoio à Gestão Hospitalar, para estudos específicos de assuntos como: Infecção Hospitalar, Enfermagem, Nutrição, Farmácia, Clientes.
- Cursos - O CQH realiza periodicamente eventos internacionais e cursos baseados na sua metodologia, aberto aos hospitais participantes do Programa e outros interessados.

O CQH é mantido pela Associação Paulista de Medicina e o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e tem como entidades apoiadoras o Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde (PROAHSA - HCFMUSP/EAESP/FGV), a Sociedade Médica Brasileira de Administração em Saúde (SMBAS) e a Fundação para o Prêmio Nacional da Qualidade (FPNQ).

3.2 Os participantes da rede CQH

Participam da rede 175 hospitais, com as seguintes características:

Quadro 5 – Características dos hospitais que compõem a amostra.

Localização	• São Paulo e Região Metropolitana- 40,68% • Interior de SP - 46,89%; • Outros Estados -12,43%.
Natureza jurídica	• Públicos - 22,60%; • Privados lucrativos - 42,37%; • Privados não lucrativos -35,03%.
Tipo de estabelecimento	• Hospitais gerais -79,66%; • Gineco - obstétrico - 6,21%; • Psiquiátrico - 6,21%; • Outros -7,92%.
Porte (*)	• Pequeno -9,60%; • Médio - 47,47%; • Grande - 42,37%; • Especial - 0,56%.

Fonte: 2º. Caderno de Indicadores CQH – 2007.

Segundo Cherubin (1997) os hospitais são classificados em portes, de acordo com seu número de leitos:

- Pequeno – é o que tem capacidade normal ou de operação de até 49 leitos;
- Médio – é o que tem capacidade normal ou de operação de 50 a 199 leitos;
- Grande – é o que tem capacidade normal ou de operação de 200 a 499 leitos; e
- Especial – é o que tem capacidade normal ou de operação igual ou superior a 500 leitos.

3.3 Histórico do CQH

Segundo o *site*²⁷, a ideia da criação do CQH começou com ampla discussão entre diversas entidades ligadas ao atendimento médico-hospitalar no Estado de São Paulo, e se inspirou nos trabalhos da Comissão Conjunta de Acreditação de Organizações de Saúde (CCAOS) dos EUA.

Vários participantes das reuniões iniciais representam hospitais ou entidades ligadas aos mesmos e até hoje filiados ao Programa.

Após projeto-piloto, em abril de 1991, o CQH iniciou suas atividades em julho do mesmo ano, com o encaminhamento de comunicação a todos os hospitais do Estado de São Paulo (aproximadamente 800 na época), informando sobre os objetivos do Programa e metodologia, convidando-os a se filiarem, mediante o preenchimento de um Termo de Adesão. Aproximadamente 200 hospitais responderam de alguma forma ao apelo inicial e 120 iniciaram ativamente a participação.

Uma vez iniciado, o Programa se estabeleceu na sede da Associação Paulista de Medicina, na avenida Brigadeiro Luiz Antônio, onde permanece até hoje.

No contexto nacional, o Programa CQH está alinhado com a metodologia da FNQ - Fundação Nacional da Qualidade, articuladora da Rede Nacional de Gestão Rumo à Excelência, que engloba 53 programas da qualidade ou instituições gestoras de prêmios, dos quais 11 setoriais, 19 regionais e 23 voltados às pequenas e microempresas, distribuídas em todo o País.

Segundo conteúdo do *site*²⁸, a FNQ é o maior centro brasileiro de estudo, debate e irradiação de conhecimento sobre excelência em gestão. Há 15 anos, a entidade promove a qualidade da gestão empresarial, contribuindo para o aumento da competitividade das organizações e do Brasil.

Instituída em 11 de outubro de 1991, a FNQ é organização não governamental sem fins lucrativos, fundada por 39 organizações, privadas e públicas, para administrar o Prêmio Nacional da Qualidade (PNQ).

A Governança da FNQ reúne destacados executivos e pensadores do País, que ajudam a instituição a cumprir a sua missão.

²⁷ www.cqh.org.br Acesso em 30/12/2007.

²⁸ www.fnq.org.br Acesso em 30/12/2007.

A missão da FNQ é disseminar os Fundamentos da Excelência em Gestão para o aumento da competitividade das organizações e do Brasil.

Para cumprir seus objetivos, a FNQ passou a mobilizar esforços a fim de se tornar centro de referência de Classe Mundial sobre excelência em gestão. Busca essa condição fundamentalmente por meio da transformação do conjunto de empresas e entidades, numa rede dinâmica e aberta, engajada no estudo, desenvolvimento, intercâmbio e irradiação da base de conhecimento detido por essas organizações.

Atualmente, a FNQ reúne mais de 190 organizações filiadas, dos setores público e privado. As empresas estão interessadas em práticas de gestão que agilizariam processos e aumentariam a qualidade.

O Modelo de Excelência da Gestão, em função da flexibilidade e simplicidade de linguagem, é utilizado para avaliação, diagnóstico e desenvolvimento do sistema de gestão de qualquer tipo de organização, no setor público ou privado, com ou sem finalidade de lucro, seja de pequeno, médio ou grande porte.

O Modelo de Excelência da Gestão está alicerçado sobre um conjunto de conceitos fundamentais - os Fundamentos da Excelência, que expressam conceitos reconhecidos internacionalmente e se traduzem em práticas ou fatores de desempenho encontrados em organizações líderes, de Classe Mundial, que buscam constantemente se aperfeiçoar e se adaptar às mudanças globais.

Os fundamentos em que se baseiam os critérios Rumo à Excelência e Compromisso com a Excelência são assim divulgados pela FNQ:

1. Pensamento sistêmico: entendimento das relações de interdependência entre os diversos componentes de uma organização, bem como entre a organização e o ambiente externo.
2. Aprendizado organizacional: busca e alcance de um novo patamar de conhecimento para a organização por meio da percepção, reflexão, avaliação e compartilhamento de experiências.
3. Cultura de inovação: promoção de um ambiente favorável à criatividade, experimentação e implementação de novas ideias que gerem diferencial competitivo para a organização.
4. Liderança e constância de propósitos: atuação de forma aberta, democrática, inspiradora e motivadora das pessoas, visando ao

desenvolvimento da cultura da excelência, à promoção de relações de qualidade e à proteção dos interesses das partes interessadas.

5. Orientação por processos e informações: compreensão e segmentação do conjunto das atividades e processos da organização que agreguem valor para as partes interessadas, sendo que a tomada de decisões e execução de ações deve ter como base a medição e análise do desempenho, levando-se em consideração as informações disponíveis, além de incluir os riscos identificados.

6. Visão de futuro: compreensão dos fatores que afetam a organização, seu ecossistema e o ambiente externo no curto e no longo prazo, visando à sua perenização.

7. Geração de valor: alcance de resultados consistentes, assegurando a perenidade da organização pelo aumento de valor tangível e intangível de forma sustentada para todas as partes interessadas.

8. Valorização das pessoas: estabelecimento de relações com as pessoas, criando condições para que elas se realizem profissionalmente e humanamente, maximizando seu desempenho por meio do comprometimento, desenvolvimento de competências e espaço para empreender.

9. Conhecimento sobre o cliente e o mercado: conhecimento e entendimento do cliente e do mercado, visando à criação de valor de forma sustentada para o cliente e, conseqüentemente, gerando maior competitividade nos mercados.

10. Desenvolvimento de parcerias: desenvolvimento de atividades em conjunto com outras organizações, a partir da plena utilização das competências essenciais de cada uma, objetivando benefícios para ambas as partes.

11. Responsabilidade social: atuação que se define pela relação ética e transparente da organização com todos os públicos com os quais se relaciona, estando voltada para o desenvolvimento sustentável da sociedade, preservando recursos ambientais e culturais para gerações futuras, respeitando a diversidade e promovendo a redução das desigualdades sociais como parte integrante da estratégia da organização.

Utilizando os critérios Rumo a Excelência e Compromisso com a Excelência como referência, uma organização se candidata em premiações internas, setoriais e regionais que estão se desenvolvendo pelo Brasil.

3.4 Formas de transmissão de conhecimento entre os participantes

Lara (2001) afirma que a maneira pela qual os conhecimentos se difundem nas empresas é principalmente através de redes informais e associações profissionais, sendo as redes vitais para o aprendizado de novas ideias, transferência de conhecimentos e inovações. Segundo a mesma autora, a realização de fóruns e convenções de aprendizado para trocas de experiências, promovem a abertura das fronteiras da empresa e asseguram o livre fluxo de ideias conectando os participantes. Aspecto importante é a utilização da Internet e softwares interativos.

Segundo Adler (2002), laços fortes de interação entre os atores auxiliam principalmente as organizações complexas, no acesso a informações e ao conhecimento, especialmente o tácito. Partindo da consideração de que os hospitais são organizações complexas, e que requerem grande dose desse tipo de conhecimento dos profissionais que neles atuam, a interação obtida na rede CQH auxilia a transferência do conhecimento.

Britto (2005) afirma que em ambientes de rápido progresso técnico (como o ambiente hospitalar) a introdução, o desenvolvimento e a difusão de inovações ocorrem por meio de processos interativos de aprendizagem, com intercâmbio contínuo de informações entre os atores. No objeto de estudo, essa interação ocorre, principalmente, em reuniões periódicas, cursos, palestras, encontros, congressos, material didático etc.

Os cursos para 2008 foram assim programados:

Primeiro semestre:

- Indicadores de Enfermagem;
- Curso de Estratégias e Planos - Planejamento Estratégico;
- Implantando o modelo de Excelência de Gestão no Setor Saúde;
- Curso de Visitador do CQH;
- Formação de Examinador do PNGS - Prêmio Nacional da Gestão em Saúde;
- Aprendendo a fazer "*Benchmarking*";
- Informações e Conhecimento.

Segundo semestre:

- Formação de Examinador do PNGS - Prêmio Nacional da Gestão em Saúde;
- Indicadores de Enfermagem;
- Curso de Visitador do CQH;
- Aprendendo a fazer "*Benchmarking*";
- Curso de Estratégias e Planos - Planejamento Estratégico;
- Curso de Gestão de Processos (Mapas de Processo);
- Informações e Conhecimento.

Trimestralmente os representantes dos hospitais se reúnem e discutem os resultados obtidos, com relação à mediana do grupo. Também são apresentadas as experiências dos participantes à assembleia.

De acordo com Britto (2005), uma forma de aprofundar a interação para a aprendizagem, entre os atores da rede, é a existência de um sistema de incentivo do processo. No caso dos participantes da rede CQH, o incentivo é o selo de conformidade obtido pelos hospitais que atingem um determinado nível de qualidade, medido através de critérios padronizados e preestabelecidos. Além disso, os critérios do programa estão alinhados com o Prêmio Nacional de Qualidade, o que permite aos participantes a possibilidade de alcançar a premiação nacional, outro fator de incentivo.

Segundo Figueiredo (2005) o conhecimento pode ser resultante de parcerias, a razão de estas acontecerem e também de seu êxito. Os principais resultados dessas alianças são os novos conhecimentos criados a partir delas. Aspecto importante para a obtenção do sucesso das alianças é manter processos de monitoramento das parceiras no tempo, tais como a adoção e criação de indicadores de desempenho. Os indicadores dos hospitais participantes da rede CQH são monitorados periodicamente, verificando se houve melhoria da qualidade dos participantes, objetivo principal da rede.

Inkpen (2005) afirma que a transferência de conhecimento ocorre quando um membro da rede é afetado pela experiência de outro. Podemos afirmar que isto ocorre nas visitas, quando funcionários de um hospital visitam, questionam e avaliam os serviços de outro hospital participante da rede CQH, seja em cursos de visitantes, ou durante a própria avaliação. As experiências exitosas são levadas para implantação em outros hospitais.

Quadro 6 – Transmissão de conhecimento entre os atores de uma rede.

Autor	Formas e critérios para transferência de conhecimentos em redes.	Métodos adotados pela rede CQH.
Lara (2001)	Fóruns, convenções e <i>sites</i> .	Congressos, encontros e <i>site</i> .
Adler (2002)	Laços fortes de interação entre os atores.	Reuniões e encontros periódicos, com transmissão das experiências vivenciadas.
Britto (2005)	▪ Processos interativos de aprendizagem.	Reuniões, cursos, congressos e palestras.
	▪ Sistema de incentivo da aprendizagem.	Selo de conformidade.
Figueiredo (2005)	Monitoramento do desempenho no tempo.	Indicadores dos hospitais, coletados e analisados, periodicamente.
Inkpen (2005)	Influência da experiência de um membro da rede em outro.	Visitas aos hospitais e adaptação dos processos.

Fonte: a autora

4. Resultados

4.1 Indicadores eleitos para comprovar a transferência de conhecimentos.

Segundo Duarte e Ferreira (2006), embora atualmente exista grande ênfase em obtenção de resultados, apenas os indicadores de resultado não garantirão a boa qualidade do serviço prestado, pois a qualidade também depende de boa estrutura e bom processo. Ao mesmo tempo, boa estrutura e bom processo não são garantia de bom resultado. É possível compreender a relação entre os indicadores, mesmo que separados nessas três classificações.

Zanon (2001) apud Pedrosa (2004) considera consistente o modelo proposto por Donabedian - estrutura, processo, resultado -, mas analisa criticamente a avaliação da estrutura. Ele escreve que a lógica dessa forma de avaliação é que uma boa infraestrutura promove a qualidade e a produtividade. No entanto, esclarece que a excelência da planta física e dos equipamentos apenas informa o potencial da instituição, mas não é capaz de mensurar a sua eficácia. Portanto, melhorias nos indicadores de estrutura não estão relacionadas à transferência de conhecimentos entre os atores da rede. Mas, melhoria nos indicadores de processo sim.

Para efeito de verificação da existência de transferência de conhecimentos entre os hospitais participantes, serão selecionados os indicadores de processo (diretamente relacionados) e de resultado (indiretamente relacionados), uma vez que estes são influenciados pela transferência de conhecimentos, enquanto que os indicadores de estrutura são, na maioria das vezes, influenciados por investimento de recursos.

4.2 Análise dos indicadores obtidos pelos hospitais da rede

Com os dados fornecidos pela secretaria do programa CQH foi possível avaliar a evolução no período dos indicadores obtidos pelos hospitais participantes da rede.

Foram comparados os resultados dos indicadores obtidos, no período 2003/2007 para uma amostra de 31 hospitais gerais. Dos 23 indicadores apresentados nesta tabela, nove estão representados a partir de amostra menor de hospitais, por causa da ausência de informações no período.

Quadro 7 – Comparação dos melhores resultados na rede CQH em 2003/07.

Indicador	Melhor resultado obtido na rede 4º.trim/03	Melhor resultado obtido na rede 4º.trim/07	Evolução
ESTRUTURA			
Médicos com título de especialista ²⁹ (1)	100%	100%	estável
Relação de enfermeiro/ leito (1)	1,16	1,14	negativa
Relação de enfermagem/ leito (1)	3,90	3,04	negativa
Relação de funcionário por leito (1)	12,04	12,73	positiva
PROCESSO			
Taxa de ocupação hospitalar (1)	95,14%	100%	positiva
Índice de rotatividade/ giro de leitos (1)	17,69	9,07	negativa
Índice de intervalo de substituição (2)	0,34	0,0	positiva
Taxa média de permanência (2)	1,00	2,26	negativa
Taxa de cirurgias suspensas (2)	0	0	estável
Taxa de acidente de trabalho (2)	0	0	estável
Taxa de reinternação não programada ²⁹ (2)	0	0	estável
Taxa de reingresso na UTI durante a mesma internação ³⁰ (2)	0	0	estável
Índice de exames laboratoriais por internação ³¹ (1)	0,43	1,11	positiva
Índice de exames de diagnóstico por imagem por internação ³¹ (1)	0,03	0,15	positiva
RESULTADO			
Taxa de mortalidade institucional (2)	0,12%	0,61%	negativa
Taxa de mortalidade operatória (2)	0,05%	0,00%	positiva
Taxa de cesáreas ²⁹ (2)	22,66%	22%	positiva
Taxa de cesáreas em primíparas ²⁹ (2)	25,04%	20%	positiva
Taxa de apgar 1º. minuto > 7 ³⁰ (1)	100%	99%	negativa
Taxa de apgar no 5º. minuto > 7 ³⁰ (1)	100%	100%	estável
Taxa de rotatividade (2)	0	0	estável
Taxa de absenteísmo (2)	0,01%	0,0%	positiva
Taxa de infecção hospitalar (2)	0	0,17	negativa

Fonte: a autora

²⁹ Amostra composta de 25 hospitais.

³⁰ Amostra composta de 24 hospitais.

Obs: (1) Indicador cujo acréscimo ao longo do tempo representa uma situação melhor;

(2) Indicador cujo decréscimo ao longo do tempo representa uma situação melhor.

Esta análise feita sob uma visão sintética busca retratar a evolução (“positiva” ou “negativa”) de cada indicador e pode ser diferente, dependendo da perspectiva da análise do número. Por exemplo, sob uma perspectiva de custos uma evolução pode ser entendida como negativa, ao passo que, sob a perspectiva de qualidade, a mesma evolução pode ser entendida como positiva. Neste caso, foi utilizada a perspectiva de melhoria em estrutura, em processo e em resultado, de acordo com a classificação de cada indicador.

Analisando desta maneira, foram obtidos os seguintes resultados:

- Indicadores de Estrutura - houve 1 evolução positiva, 1 estável e 2 negativas;
- Indicadores de Processos - 4 evoluções positivas, 4 estáveis e 2 negativas;
- Indicadores de Resultados - 4 evoluções positivas, 2 estáveis e 3 negativas;
- Do total de indicadores analisados, 9 tiveram evoluções positivas, 7 permaneceram estáveis e 7 tiveram evoluções negativas.

Portanto, a evolução dos indicadores foi, em sua maioria, positiva, o que demonstra melhoria na qualidade dos hospitais participantes da rede.

Dentro dessa melhoria, os indicadores de processos e de resultados tiveram evolução mais positiva, em relação à quantidade de indicadores analisados, o que demonstra a ocorrência de transferência de conhecimentos entre os hospitais.

Os melhores resultados obtidos na rede são importantes porque são utilizados como benchmarking pelos hospitais participantes; assim, observa-se que, no período, o próprio referencial para avaliação de desempenho desses hospitais tornou-se melhor.

Quadro 8 – Análise da evolução dos indicadores

Tipo de indicadores	Total de indicadores analisados	Total de indicadores com evoluções positivas	% de evoluções positivas	Total de indicadores estáveis (sem evolução)	% de estáveis	Total de indicadores com evoluções negativas	% de evoluções negativas	Total
Estrutura	4	1	25%	1	25%	2	50%	100%
Processo	10	4	40%	4	40%	2	20%	100%
Resultado	9	4	45%	2	22%	3	33%	100%
Total	23	9	39,14%	7	30,43%	7	30,43%	100%

Fonte: a autora

Para verificar na amostra de hospitais pesquisados se houve melhoria e convergência nos indicadores dos hospitais participantes houve análise da amplitude, média, mediana e desvio-padrão de cada indicador.

A média e a mediana indicam a tendência (melhor ou pior) que o indicador teve ao longo do período.

O desvio-padrão e a amplitude indicam a convergência entre si que os hospitais obtiveram naquele indicador, no período. Ou seja, se houve mesmo transferência de conhecimentos entre eles, espera-se que os resultados assemelhem-se, após cinco anos de trabalho em rede.

Quadro 9 - Comparação da variação dos indicadores no período 2003/2007.

Indicador	Quarto trimestre de 2003				Quarto trimestre de 2007			
	Amplitude	Média	Mediana	Desvio-padrão	Amplitude	Média	Mediana	Desvio-padrão
ESTRUTURA								
Médicos com título de especialista ³¹	72,94	72,88	80,32	23,98	78,00	74,00	84,00	27,00
Relação de enfermeiro/ leito	1,11	0,31	0,24	0,23	1,06	0,38	0,36	0,20
Relação de enfermagem/ leito	2,77	1,81	1,73	0,60	1,91	1,95	1,94	0,44
Relação de funcionário por leito	10,03	5,21	4,55	2,28	10,05	5,89	5,69	2,18
PROCESSO								
Taxa de ocupação hospitalar	55,40	68,03	67,70	14,57	55,70	71,44	71,49	12,59
Índice de rotatividade/ giro de leitos	8,01	5,67	5,48	1,62	6,61	5,55	5,56	1,39
Índice de intervalo de substituição	5,46	1,97	1,71	1,36	6,22	1,78	1,46	1,24
Taxa média de permanência	5,30	3,94	3,77	1,33	5,13	4,15	3,77	1,28
Taxa de cirurgias suspensas	50,20	6,42	3,47	9,68	22,97	5,80	4,73	5,87
Taxa de acidente de trabalho	1,26	0,55	0,46	0,38	1,43	0,45	0,44	0,34
Taxa de reinternação não programada ³²	6,11	1,82	1,12	1,98	5,52	1,0	1,07	1,0
Taxa de reingresso na UTI durante a mesma internação ³²	24,15	5,74	3,95	5,66	8,64	4,00	3,40	3,00
Índice de exames laboratoriais por internação	38,20	11,71	10,97	7,72	31,80	12,40	12,12	7,66
Índice de exames de diagnóstico por imagem por internação	3,64	1,16	0,97	0,87	2,28	1,21	1,22	0,56
RESULTADO								
Taxa de mortalidade institucional	8,05	2,76	2,08	1,98	6,50	2,83	2,44	1,74
Taxa de mortalidade operatória	5,06	0,85	0,19	1,48	2,50	0,54	0,24	0,70
Taxa de cesáreas ³²	76,53	71,05	80,92	23,88	78,00	71,00	78,00	25,00
Taxa de cesáreas em primíparas ³²	71,61	69,91	72,33	24,10	80,00	71,00	83,00	26,00
Taxa de apgar 1º. minuto > 7 ³³	52,96	90,50	93,04	10,39	20,00	92,00	93,00	5,00
Taxa de apgar no 5º. minuto > 7 ³³	47,04	96,73	99,23	9,64	7,00	98,00	99,00	2,00
Taxa de rotatividade	3,11	1,18	1,01	0,69	7,69	1,60	1,49	1,41
Taxa de absenteísmo	48,94	3,56	1,57	8,78	8,00	2,09	1,49	1,93
Taxa de infecção hospitalar	6,47	2,69	2,64	1,47	7,74	2,72	2,18	1,94

Fonte: a autora

Segue tabela com a análise dessas medidas:

³¹ Amostra composta de 25 hospitais.³² Amostra composta de 24 hospitais.

Quadro 10 – Análise da tendência e convergência dos indicadores.

Total de Indicadores	Evoluções Positivas no período								
	Amplitude	%	Desvio-padrão	%	Média	%	Mediana	%	Total
Estrutura = 4	2	50	3	75	4	100	4	100	13
Processo = 10	7	70	10	100	8	80	8	80	33
Resultado = 9	5	56	5	56	6	67	3	33	19
Total = 23	14	61	18	78	18	78	15	65	65

Fonte: a autora

Obs: Nesta análise foi considerada como evolução positiva:

- Amplitude e desvio – padrão = a diminuição nos resultados dos indicadores de 2007 em relação aos mesmos indicadores de 2003 foi considerada como evolução positiva, pois indica que houve convergência dos resultados dos hospitais da rede durante o período;
- Média e mediana = aumento nos resultados dos indicadores de 2007 em relação aos mesmos indicadores de 2003 foi considerado uma evolução positiva, quando a natureza do indicador for positiva. E o inverso (diminuição nos resultados dos indicadores de 2007 em relação aos mesmos indicadores de 2003), foi considerado uma evolução positiva, quando a natureza do indicador for negativa, conforme classificação nas páginas 48 e 49.

Percebe-se que 78% dos indicadores obtiveram evolução positiva na média alcançada pela rede e 65% dos indicadores obtiveram evolução positiva na mediana. Indica que, ao longo do período, a média e a mediana dos indicadores dos hospitais melhoraram, na sua maioria. Ao mesmo tempo, em 78% dos indicadores houve diminuição no desvio-padrão e em 61 % dos indicadores diminuição na amplitude. Isso indica que os resultados dos hospitais realmente tornaram-se mais semelhantes no período, ou seja, convergiram entre si.

Com a finalidade de analisar o quanto foi a melhoria de cada indicador no período, calculou-se a variação entre as médias. Importantes indicadores obtiveram melhoria, em especial a taxa de reinternação não programada, taxa de mortalidade operatória, taxa de reingresso na UTI durante a mesma internação e taxa de cirurgias suspensas.

Quadro 11 – Análise da variação da média dos indicadores no período.

INDICADORES	4o.trim/03	4o.trim/07	Δ%
Indicadores cuja situação melhorou no período			
Taxa de Reinternação não Programada	1,82	1,00	-45,05
Taxa de Absenteísmo	3,56	2,09	-41,29
Taxa de Mortalidade Operatória	0,85	0,54	-36,47
Taxa de Reingresso na UTI durante a mesma internação	5,74	4,00	-30,31
Relação Enfermeiro/Leito	0,31	0,38	22,58
Taxa de Acidentes de Trabalho	0,55	0,45	-18,18
Relação Funcionário/Leito	5,21	5,89	13,05
Taxa de Cirurgias Suspensas	6,42	5,80	-9,66
Índice de Intervalo de Substituição	1,97	1,78	-9,64
Relação Enfermagem/Leito	1,81	1,95	7,73
Índice de Exames Laboratoriais por Internação	11,71	12,40	5,89
Taxa de Ocupação Hospitalar	68,03	71,44	5,01
Índice de Exames de Diagnóstico por imagem , por internação.	1,16	1,21	4,31
Taxa de Apgar 1º minuto > 7	90,50	92,00	1,66
Médicos com Título de Especialista	72,88	74,00	1,54
Taxa de Apgar 5º minuto > 7	96,73	98,00	1,31
Taxa de Cesáreas	71,05	71,00	-0,07
Indicadores cuja situação não melhorou no período.			
Taxa de Rotatividade	1,18	1,6	35,59
Taxa Média de Permanência	3,94	4,15	5,33
Taxa de Mortalidade Institucional	2,76	2,83	2,54
Índice de Rotatividade/Giro de Leitos	5,67	5,55	-2,12
Taxa de Cesáreas em Primíparas	69,91	71,00	1,56
Taxa de Infecção Hospitalar	2,69	2,72	1,12

Fonte: a autora

Como o desvio-padrão tem limitações para a análise da convergência, pois é medida de dispersão absoluta, se analisou o coeficiente de variação dos indicadores, calculado por meio da divisão do desvio-padrão pela média. O coeficiente de variação é medida de dispersão relativa e permite a comparação entre diferentes distribuições.

Quadro 12 – Coeficiente de variação dos indicadores.

Indicador	Quarto trimestre de 2003			Quarto trimestre de 2007		
	Desvio-padrão	Média	Coefic. Variação	Desvio-padrão	Média	Coefic. Variação
ESTRUTURA						
Médicos com título de especialista ³³	23,98	72,88	0,33	27,00	74,00	0,36
Relação de enfermeiro/ leito	0,23	0,31	0,74	0,20	0,38	0,53
Relação de enfermagem/ leito	0,60	1,81	0,33	0,44	1,95	0,23
Relação de funcionário por leito	2,28	5,21	0,44	2,18	5,89	0,37
PROCESSO						
Taxa de ocupação hospitalar	14,57	68,03	0,21	12,59	71,44	0,18
Índice de rotatividade/ giro de leitos	1,62	5,67	0,29	1,39	5,55	0,25
Índice de intervalo de substituição	1,36	1,97	0,69	1,24	1,78	0,70
Taxa média de permanência	1,33	3,94	0,34	1,28	4,15	0,31
Taxa cirurgia suspensa	9,68	6,42	1,51	5,87	5,80	1,01
Taxa de acidente de trabalho	0,38	0,55	0,69	0,34	0,45	0,76
Taxa de reinternação não programada ³⁴	1,98	1,82	1,09	1,00	1,00	1,00
Taxa de reingresso na UTI durante a mesma internação ³⁴	5,66	5,74	0,99	3,00	4,00	0,75
Índice de exames laboratoriais por internação	7,72	11,71	0,66	7,66	12,40	0,62
Índice de exames de diagnóstico por imagem por internação	0,87	1,16	0,75	0,56	1,21	0,46
RESULTADO						
Taxa de mortalidade institucional	1,98	2,76	0,72	1,74	2,83	0,61
Taxa de mortalidade operatória	1,48	0,85	1,74	0,70	0,54	1,30
Taxa de cesáreas ³⁴	23,88	71,05	0,34	25,00	71,00	0,35
Taxa de cesáreas em primíparas ³⁴	24,10	69,91	0,34	26,00	71,00	0,37
Taxa de apgar 1º. minuto > 7 ³⁵	10,39	90,50	0,11	5,00	92,00	0,05
Taxa de apgar no 5º. minuto > 7 ³⁵	9,64	96,73	0,10	2,00	98,00	0,02
Taxa de rotatividade	0,69	1,18	0,58	1,41	1,60	0,88
Taxa de absenteísmo	8,78	3,56	2,47	1,93	2,09	0,92
Taxa de infecção hospitalar	1,47	2,69	0,55	1,94	2,72	0,71

Fonte: a autora

³³ Amostra composta de 25 hospitais.

³⁴ Amostra composta de 24 hospitais.

Quando se compara o coeficiente de variação dos indicadores, considerando-se o quarto trimestre de 2003 e o quarto trimestre de 2007, verifica-se o quanto os indicadores realmente convergiram no período em que os hospitais trabalharam em rede.

Dos 23 indicadores, apenas 7 não tiveram evolução positiva (diminuição do coeficiente de variação em 2007 com relação a 2003). Considerando os indicadores de processo (que tem relação direta com a transferência de conhecimentos), percebe-se que houve apenas 2 evoluções negativas, ou seja, o coeficiente de variação diminuiu em 80% dos indicadores de processo, no período.

Quadro 13 – Síntese da variação dos indicadores.

Indicadores	Coef. Var. 2003	Coef. Var. 2007	Evolução
ESTRUTURA			
Médicos com título de especialista ³⁵	0,33	0,36	negativa
Relação de enfermeiro/ leito	0,74	0,53	positiva
Relação de enfermagem/ leito	0,33	0,23	positiva
Relação de funcionário por leito	0,44	0,37	positiva
PROCESSO			
Taxa de ocupação hospitalar	0,21	0,18	positiva
Índice de rotatividade/ giro de leitos	0,29	0,25	positiva
Índice de intervalo de substituição	0,69	0,70	negativa
Taxa média de permanência	0,34	0,31	positiva
Taxa cirurgias suspensas	1,51	1,01	positiva
Taxa de acidente de trabalho	0,69	3,18	negativa
Taxa de reinternação não programada ³⁶	1,09	1,00	positiva
Taxa de reingresso na UTI durante a mesma internação ³⁶	0,99	0,75	positiva
Índice de exames laboratoriais por internação	0,66	0,62	positiva
Índice de exames de diagnóstico por imagem por internação	0,75	0,46	positiva
RESULTADO			
Taxa de mortalidade institucional	0,72	0,61	positiva
Taxa de mortalidade operatória	1,74	1,30	positiva
Taxa de cesáreas ³⁶	0,34	0,35	negativa
Taxa de cesáreas em primíparas ³⁶	0,34	0,37	negativa
Taxa de apgar 1º. minuto > 7 ³⁷	0,11	0,05	positiva
Taxa de apgar no 5º. minuto > 7 ³⁷	0,10	0,02	positiva
Taxa de rotatividade	0,58	0,88	negativa
Taxa de absenteísmo	2,47	0,92	positiva
Taxa de infecção hospitalar	0,55	0,71	negativa

Fonte: a autora

³⁵ Amostra composta de 25 hospitais.

³⁶ Amostra composta de 24 hospitais.

4.3 Análise fatorial

Foi utilizado o método de análise fatorial para verificar o agrupamento dos hospitais de acordo com as semelhanças entre eles. A partir da amostra dos 31 hospitais, e dos 23 indicadores (sendo 4 de estrutura, 10 de processo e 9 de resultado) os hospitais foram agrupados em três classes, assim demonstradas:

Na classe 1 ficaram posicionados 17 hospitais com os seguintes indicadores:

Quadro 14 – Hospitais posicionados na 1ª. Classe.

Indicador	Classe/modalidade %	Faixa	Valor da faixa	Número de hospitais
Taxa de mortalidade institucional	100	1	Até 1,95	13
Exames laboratoriais por internação	100	1	Até 8,56	12
Exames de diagnóstico por imagem por internação	100	2	0,36 a 0,92	7
Taxa de apgar no 5º. Minuto	100	5	99,01 a 100	7
Taxa média de permanência	100	1	Até 3,50	11
Taxa de absenteísmo	91,67	2	De 1,13 até 3,06	12
Taxa de apgar no 1º. minuto	90	5	94,51 a 99,51	10

Fonte: a autora

Nesta primeira classe encontra-se o conjunto dos 17 hospitais com os melhores resultados nos indicadores analisados. Ou seja, dos 31 hospitais da amostra, 17 encontram-se, de forma homogênea, posicionados com os melhores resultados nos mesmos indicadores.

Quadro 15 – Hospitais posicionados na 2ª. Classe.

Indicador	Classe/modalidade %	Faixa	Valor da faixa	Número de hospitais
Taxa de mortalidade institucional	63,64	2	1,96 a 3,70	10
Taxa de apgar no 5º. Minuto	63,64	1	Sem informação	7
Taxa de apgar no 1º. minuto	63,64	1	Sem informação	7
Taxa de cesáreas	54,55	1	Sem informação	6
Taxa de cesáreas em primíparas	54,55	1	Sem informação	6
Índice de rotatividade/giro de leitos	45,45	2	3,46 a 4,85	5
Taxa média de permanência	45,45	3	4,80 a 6,08	5

Fonte: a autora

Na segunda classe encontram-se 11 hospitais com as mesmas semelhanças, inclusive quanto à falta de informações em alguns indicadores. Esses hospitais

encontram-se posicionados em uma categoria intermediária entre a classe 1 e a classe 3, quanto aos resultados obtidos nos indicadores.

Quadro 16 – Hospitais posicionados na 3ª. Classe.

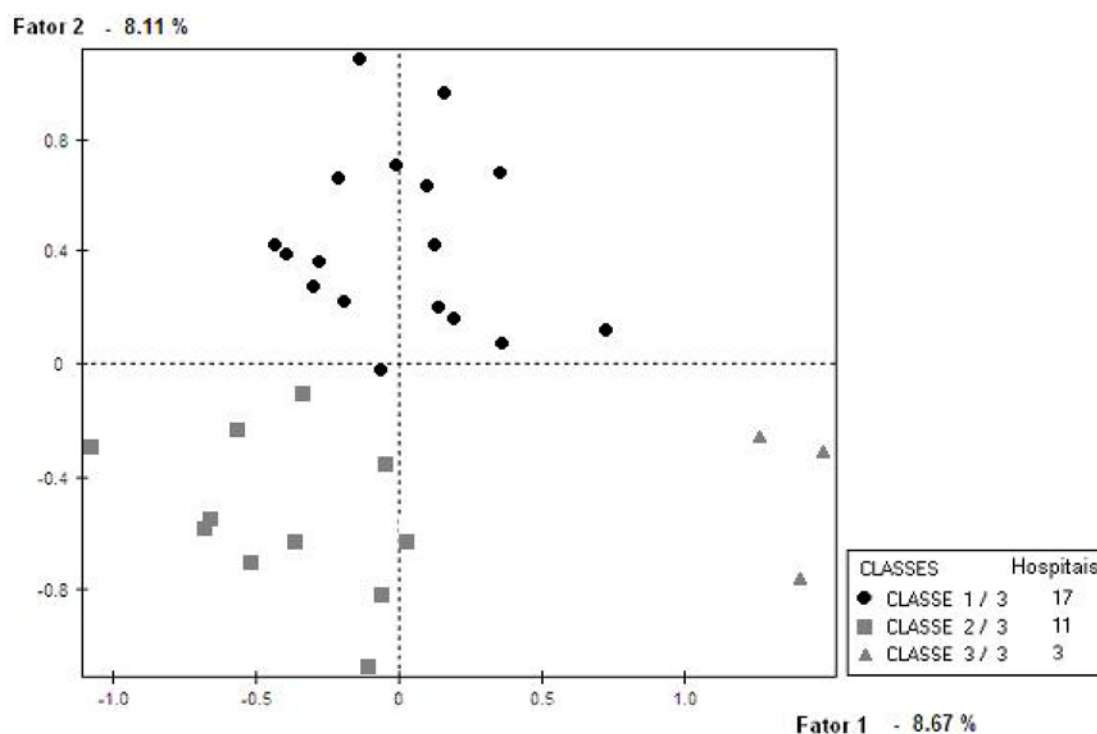
Indicador	Classe/modalidade %	Faixa	Valor da faixa	Número de hospitais
Índice de rotatividade/giro de leitos	100	1	Até 3,45	3
Taxa de reinternação	100	4	De 1,59 a 2,59	5
Número de funcionários por leito	66,67	4	De 9,18 a 11,36	2

Fonte: a autora

Na terceira classe encontram-se apenas 3 hospitais com os piores resultados obtidos.

Segue a representação gráfica para a visualização do agrupamento dos hospitais, de acordo com a semelhança nos resultados dos indicadores analisados.

Figura 1 – Representação gráfica do agrupamento dos hospitais, de acordo com os resultados obtidos nos indicadores analisados.



Fonte: A autora

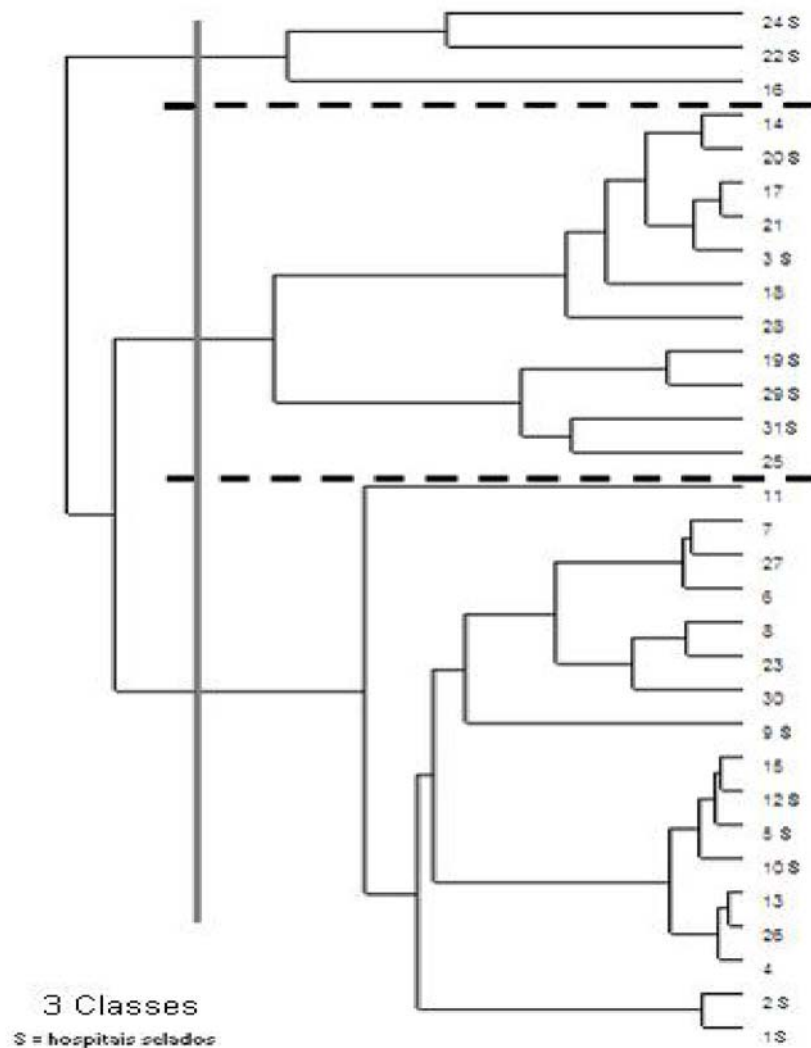
Com a figura da classificação hierárquica das classes dos hospitais, conseguimos visualizar claramente a divisão em três conjuntos, de acordo com as semelhanças existentes.

Na figura (2) estão demonstrados os hospitais analisados. A fim de preservar a identidade dos mesmos, os números não correspondem ao número de matrícula real dos hospitais no CQH, pois foram aleatoriamente gerados pelo programa. Ao lado de alguns números existe um S - indica que aquele hospital é selado, ou seja, obteve o selo de qualidade do programa CQH.

Existem hospitais selados e não selados nas três classes de hospitais:

- Classe 1 – 6 hospitais selados;
- Classe 2 – 5 hospitais selados;
- Classe 3 – 2 hospitais selados.

Figura 2 – Classificação hierárquica das classes dos hospitais.



Fonte: A autora

4.4 Análise das entrevistas com especialistas

Dos 18 hospitais procurados (todos os hospitais que detinham o selo de qualidade do programa em novembro/2008), dez hospitais responderam ao questionário.

Os hospitais foram identificados pelo site do CQH. O primeiro contato foi feito por telefone. Ao responsável pelo programa de qualidade de cada hospital explicou-se o objetivo do trabalho, e foi enviado por e-mail o questionário que se encontra no apêndice, juntamente com o resumo da dissertação. As respostas também foram devolvidas por e-mail e posteriormente tabuladas.

Na pesquisa, foi solicitada a participação do responsável pela área de qualidade do hospital. Entre os cargos dos respondentes foram encontrados analista de suporte à comunicação; gerente de educação e tecnologia de desempenho; gerente da qualidade; assistente de gestão de políticas públicas; presidente da comissão permanente de gestão da qualidade; enfermeira da qualidade; analista de processos sênior e coordenadora da qualidade. Apesar da diversidade da nomenclatura, todos foram confirmados como responsáveis pela área de qualidade do hospital entrevistado.

Todos os hospitais responderam que participavam do CQH, sendo que três hospitais participavam ao mesmo tempo do programa da ONA e um do PNGS.

O bloco I do questionário foi composto por cinco perguntas, sendo quatro delas fechadas, oferecendo a possibilidade de cinco respostas e ainda espaço aberto para uma resposta diferente das oferecidas. As respostas foram pontuadas gradualmente de 1 a 4: o 1 significava que aquela resposta era “sem nenhuma importância” para o entrevistado e o 4 significava que era de “importância fundamental”. Posteriormente, as respostas foram traduzidas em uma única nota final. A quinta pergunta era aberta.

Este bloco procurou levantar os motivos que levaram à implantação de um programa de qualidade nos hospitais, quais as características decisivas para a adesão ao programa, formas de transferência de conhecimentos entre os participantes e benefícios trazidos pela cooperação.

Os motivos que levaram os hospitais a buscar a implantação de um programa para melhoria da qualidade de seus serviços foram classificados nesta ordem de importância:

- Competição;
- Marketing;
- Humanização;
- Lucratividade;
- Tendência do mercado.

Outros motivos citados foram pressão política (o hospital tem contrato de gestão) e busca de aprendizado.

Entre as principais características de um programa de qualidade, que motivaram a adesão do hospital, foram arroladas as seguintes respostas:

- Os resultados esperados e a participação em um grupo de trabalho, onde novos conhecimentos possam ser adquiridos (no mesmo grau de importância);
- A obtenção do selo de acreditação/certificação que será entregue ao hospital;
- O custo de programa para o hospital;
- A expectativa de rapidez na obtenção de resultados.

Ainda foram citadas, como características importantes do programa, a oportunidade de obtenção de um referencial externo para comparação (*benchmarking*) e a melhoria de processos de trabalho.

Entre as formas mais importantes utilizadas para transferir conhecimentos entre os hospitais, foram destacadas as seguintes:

- Visitas a outros hospitais, mostrando que esta técnica, embora simples, é de grande importância;
- Revistas e periódicos especializados, permitindo acesso privilegiado às inovações;
- Participação conjunta com outros hospitais da rede em cursos e seminários;
- Troca de informação, de maneira informal, entre representantes dos hospitais pertencentes à rede.

Com relação ao capital social da rede, ou seja, aos benefícios advindos da cooperação existente entre os hospitais participantes, os respondentes enfatizaram, em ordem decrescente de importância:

- Acesso às inovações, conhecimentos e informações;

- Sinergia na solução de problemas comuns;
- Melhoria da imagem e reputação do hospital;
- Oportunidades para novos negócios, envolvendo novos convênios, fornecedores e parceiros;
- Aumento da influência e do poder junto a órgãos de classes, governos e demais instituições ligadas à área da saúde.

Perguntados sobre os indicadores, os respondentes confirmaram como muito importantes para avaliar a qualidade dos serviços prestados, vários indicadores coletados pela rede CQH, destacando:

- média de permanência;
- taxa de ocupação hospitalar;
- taxa de infecção hospitalar;
- absenteísmo;
- rotatividade de pessoal;
- giro de leitos;
- taxa de acidentes de trabalho;
- relação funcionário-leito;
- relação enfermagem-leito;
- índice de exames por internação;
- mortalidade;
- indicadores assistenciais em geral;
- outros indicadores de processos e de resultados em geral.

Além desses, foi sugerida a incorporação de indicadores relacionados à satisfação e fidelização do cliente, econômicos, financeiros e outros indicadores descritos na literatura, dependendo da estratégia do hospital.

O bloco II do questionário foi composto por sete perguntas fechadas, das quais o respondente deveria assinalar apenas uma resposta. Em três perguntas foi aberto espaço para respostas diferentes das oferecidas.

Quanto ao tempo mínimo de participação em um programa de qualidade, para o hospital apresentar resultados mensuráveis, a maioria dos respondentes (60%) indicou um intervalo de um a dois anos. Por outro lado, um dos respondentes ressaltou serem necessários 14 anos de participação para o hospital apresentar

resultados mensuráveis. Vale ressaltar que o hospital em questão participa também de mais dois programas de qualidade, além do CQH.

A troca de experiência e de conhecimentos entre o pessoal de hospital acreditado/certificado e o pessoal de hospital ainda não acreditado/certificado, segundo 90% dos respondentes, favorece o segundo hospital na obtenção do selo de qualidade.

Todos os hospitais foram unânimes em afirmar que há relação entre os vínculos cooperativos entre eles e a melhoria da qualidade dos serviços, verificada principalmente pela melhoria dos indicadores de processos.

Metade dos respondentes afirma que são compartilhados novos processos de trabalho, úteis aos hospitais, em todas as reuniões. Segundo 60% dos entrevistados, sempre ocorre a aprendizagem de práticas bem-sucedidas. As falhas são frequentemente discutidas de forma construtiva para 80% dos respondentes.

E a importância da participação na rede CQH para o desenvolvimento da qualidade no hospital foi fundamental para 80% desses hospitais.

Sintetizando os resultados:

- 90% dos entrevistados consideram a troca de experiências e conhecimentos entre hospitais acreditados/certificados com os demais fator auxiliar e de incentivo para a busca de melhoria na qualidade dos serviços;
- A maioria dos hospitais selados (80% dos respondentes) creditam à participação na rede CQH fator fundamental para o desenvolvimento da qualidade no hospital;
- A visita técnica foi considerada o melhor meio para obter a transferência de conhecimentos entre os atores da rede, conforme 70% dos entrevistados;
- 60% dos hospitais buscam melhorar a qualidade de seus serviços para melhor competir no mercado;
- A perspectiva dos resultados que poderão ser alcançados em determinado programa de qualidade é a característica principal para a escolha do programa (60%);

- É necessário tempo relativamente curto, de um a dois anos, para que o hospital participante de programa de qualidade apresente resultados mensuráveis (segundo 60%);
- 60% acreditam que a aprendizagem de práticas bem-sucedidas em outros hospitais ocorre em todas as reuniões da rede, por meio da troca de experiências entre os hospitais;
- Metade dos hospitais pesquisados afirma que os vínculos cooperativos existentes na rede geram uma série de benefícios, entre os quais o acesso às inovações, ao conhecimento e demais informações úteis. E, com isso, os indicadores tendem a melhorar, principalmente os indicadores de processo, pois estão relacionados à transferência de conhecimentos;
- Para 50% dos entrevistados, os novos processos de trabalho úteis são sempre compartilhados entre os hospitais da rede CQH, em todas as reuniões. As falhas ocorridas são construtiva e frequentemente discutidas na rede CQH, segundo 80% dos respondentes.

4.5 Análise cruzada dos resultados

Os principais resultados obtidos a partir das entrevistas com os especialistas em qualidade hospitalar relacionados à análise dos indicadores no período são:

Quadro 17 – Comparação entre as respostas dos especialistas e análise dos indicadores.

Respostas dos especialistas	Análise dos indicadores
O tempo mínimo de participação em um programa de qualidade, para que o hospital apresente resultados mensuráveis, é de um a dois anos	O período analisado foi de cinco anos.
Uma das características mais importante de um programa de qualidade é a possibilidade de o hospital participar de um grupo de trabalho, onde novos conhecimentos podem ser adquiridos. O acesso a novos conhecimentos é o principal benefício obtido pelos participantes do programa.	Os indicadores que mais evoluíram no período foram os indicadores de processo e de resultado, associados à transferência de conhecimentos.
A troca de experiência e conhecimentos entre hospitais auxilia aqueles que não têm o selo na busca da acreditação ou certificação.	A amostra dos indicadores analisados é composta por hospitais selados e não selados, conjuntamente. Assim, a melhoria nos indicadores reflete a evolução dos hospitais analisados, independentemente de estarem selados ou não.
Com o auxílio dos vínculos cooperativos, os hospitais tendem a melhorar principalmente os indicadores de processo e de resultado;	Tomando-se os melhores resultados obtidos no último quadrimestre de 2003 e 2007, percebe-se que a evolução dos indicadores se deu da seguinte forma: • Indicadores de estrutura: 1 positiva, 1 estável e 2 negativas. • Indicadores de processos: 4 positivas, 4 estáveis e 2 negativas. • Indicadores de resultados: 4 positivas, 2 estáveis e 3 negativas. Sintetizando, foram verificadas 9 evoluções positivas, 7 estáveis e 7 negativas.
A participação dos hospitais na rede CQH foi fundamental para o desenvolvimento da qualidade no hospital.	Tomando-se a média de cada um dos 23 indicadores nos dois anos analisados, 17 indicadores apresentaram melhores resultados em 2007 em relação à 2003, sendo que em 70,6% destes os ganhos superaram 5% (vide quadro 11).

Fonte: a autora

5. Considerações Finais

Este trabalho analisou o funcionamento da rede de hospitais filiados ao Programa CQH – Compromisso com a Qualidade Hospitalar, verificando como eles cooperam entre si, pela busca da qualidade em seus serviços.

A análise foi feita em hospitais selados pelo programa, por meio de entrevistas, que verificaram a percepção dos especialistas em qualidade hospitalar.

Paralelamente, se analisaram os indicadores coletados em dois cortes, em intervalo de cinco anos, de amostra de 31 hospitais participantes da rede.

Os indicadores disponíveis foram classificados segundo a proposta de Donabedian em indicadores de estrutura, processo e resultado. Destes, foram selecionados os indicadores de processo, para demonstrar a transferência de conhecimentos entre os atores da rede (ZANON, 2001 *apud* PEDROSA, 2004).

Com a finalidade de indicar a existência de transferência de conhecimentos entre os participantes da rede no período, a análise envolveu a verificação da melhoria dos indicadores (tanto pela evolução de suas médias como do melhor resultado) e a convergência dos resultados desses indicadores entre os hospitais.

Principais resultados

Os principais resultados obtidos com este trabalho foram:

Existe cooperação e transferência de conhecimentos entre empresas que trabalham em redes (INKPEN, 2005). A rede de hospitais filiados ao Programa CQH utiliza os principais mecanismos de transferência de conhecimentos segundo Lara (2001) e Britto (2005). Além disso, os meios utilizados são de aprovação da maioria dos participantes, de acordo com os especialistas entrevistados.

A atuação em rede, nesse caso, favoreceu a transferência de conhecimentos entre os atores, de acordo com as respostas dos especialistas em qualidade hospitalar e de acordo com a evolução e convergência dos indicadores de processo, relacionados com a transferência de conhecimentos.

Houve melhoria na qualidade dos hospitais participantes da rede. Além de ser percepção dos responsáveis pela área de qualidade nos hospitais pesquisados, o fato foi comprovado pela evolução positiva da maioria dos indicadores no período analisado.

Apesar de a análise envolver os indicadores de estrutura, processo e resultado, foram identificados como indicadores úteis para avaliar a transferência de conhecimentos entre os hospitais os indicadores de processo. Nestes, em especial, a evolução mostrou-se ainda mais positiva.

É possível melhorar a qualidade dos hospitais promovendo mecanismos de transferência de conhecimentos (INKPEN, 2005), como reuniões, cursos e visitas entre hospitais organizados em redes. Por exemplo, rede de hospitais privados, Organizações Sociais de Saúde, hospitais de ensino etc. A melhoria de qualidade é verificável por meio de indicadores.

Sugestões:

É possível analisar uma rede (ou mesmo um hospital individualmente) por meio de indicadores, se utilizando a classificação de Donabedian, e verificar qual grupo de indicadores apresentou pior desempenho, durante determinado período. E, a partir daí, perceber se a maior deficiência daquele hospital encontra-se em estrutura, processo ou resultado.

Elucidado o fato, se torna mais fácil encontrar a solução para melhorar o nível de qualidade do hospital, conforme considerações abaixo:

- Piores resultados em indicadores de estrutura – entende-se que a rede (ou o hospital) carece de investimentos;
- Obtendo os piores resultados em indicadores de processos - a rede (ou o hospital) precisa de mais conhecimento, mais aprendizado no desenvolvimento das atividades;
- E pior desempenho nos indicadores de resultados - a rede (ou o hospital) necessita aperfeiçoar seu modelo de gestão.

Como vários programas voltados à qualidade dos serviços hospitalares, implantados no Brasil e no mundo, não operam em rede, mas exigem consultoria específica, sugere-se o desenvolvimento de pesquisa comparativa que busque avaliar os ganhos obtidos em termos da qualidade dos serviços prestados por hospitais pertencentes ou não a uma rede.

Entre as limitações deste trabalho, ressalte-se que a análise partiu dos indicadores coletados pela rede, sem a preocupação de avaliar se os indicadores são realmente os mais adequados para comprovar a existência de qualidade hospitalar. De acordo com a entrevista realizada com os especialistas em qualidade hospitalar, é importante analisar indicadores econômicos, financeiros e outros relacionados à fidelização e satisfação do cliente.

Além disso, considerou-se que a apuração desses indicadores, por todos os hospitais, transcorreu corretamente, sem nenhum erro, durante o período analisado.

Por fim, os hospitais participantes da rede CQH, apresentaram evolução positiva e convergência dos indicadores de processo, indicando que a cooperação existente na rede propiciou transferência de conhecimentos, realmente influenciando a melhoria da qualidade dos serviços.

Referências

ADLER, Paul S. & KWON, Seok-Woo. **Social Capital: Prospects for a New Concept**. Academy of Management Review. 2002, Vol. 27, No. 1, 17-40.

AMATO Neto, João e OLAVE, Maria Helena Leon. **Redes de Cooperação Produtiva: uma estratégia de competitividade e sobrevivência para pequenas e médias empresas**. Departamento de Engenharia de Produção Universidade de São Paulo. GESTÃO & PRODUÇÃO v.8, n.3, p.289-303, dez. 2001.

BESANKO, D., DRANOVE, D., SHANLEY, M. e SCHAEFER, S. A Economia da Estratégia. Porto Alegre: Bookman, 3. ed., 2006. 608 p. (cap 2 e 3).

BIDO, Diógenes de Souza; GODOY, Arilda Schmidt; FERREIRA, Jorge Flavio; KENSKI, Júlia Moreira; SCARTEZINI, Vivian Neri. Examinando a Relação Entre Aprendizagem Individual, Grupal e Organizacional em uma Instituição Financeira. XXXII ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE PÓS GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, Anais... Rio de Janeiro: ANPAD, 2008.

BITTENCOURT, Otávio Neves da Silva e KLIEMANN NETO, Francisco José. Análise do setor de saúde sob o ponto de vista dos relacionamentos entre empresas. Site: http://www.fgvsp.br/iberoamerican/Papers/0195_Iberoamericano2003_Rede%20saude.pdf Acesso em : 12/04/2008

BITTAR OJNV. **Cultura & qualidade em hospitais**. In: Quinto Neto A, Bittar OJNV. Hospitais: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas. Porto Alegre: Da Casa, 2004. Cap.1.

_____. **Indicadores de qualidade e quantidade em saúde**, RAS - Revista de Administração em Saúde, Vol. 3, Nº 12 – Jul-Set, 2001

_____. **Indicadores de qualidade e quantidade em saúde – Parte II**, RAS - Revista de Administração em Saúde, Vol. 6, Nº 22 – Jan-Mar, 2004

Brasília. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Avaliação de Políticas de Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. Brasília, 1999. 159 p.

BRITTO, Jorge. **Cooperação Tecnológica e Aprendizado Coletivo em Redes de Firms: sistematização de conceitos e evidências empíricas**. Departamento de Economia – UFF, 2005.

CÂNDIDO, G. A., ABREU, A. F. **Os conceitos de redes e as relações interorganizacionais: um estudo exploratório**. In: ENANPAD, 24, 2000. Florianópolis. Anais.Florianópolis: ANPAD, 2000. 1 CD

CHERUBIN, N. A., SANTOS, N. A. **Administração Hospitalar – Fundamentos**. São Paulo: CEDAS, 1997.

COHEN, E. ; FRANCO, R. **Avaliação de projetos sociais**. Rio de Janeiro: Vozes, 1993.

DONABEDIAN, A. 1980. **Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment**. Ann Arbor Mich.

_____. 1986. Approaches to assessment: What to assess in evaluating the quality of medical care? **Milbank Mem. Fund. Quart.**, 44, pp.167-170

_____. 1991. Una aproximación a la monitorización de la calidad asistencial. **Control Calidad Asist.**, pp. 31-39.

DUARTE, Ivomar Gomes; FERREIRA, Deborah Pimenta. **Uso de indicadores na gestão de um centro cirúrgico**. RAS - Revista de Administração em Saúde, Vol. 8, Nº 31 – Abr-Jun, 2006.

FERREIRA, Ademir Antonio; OLIVA, Fabio Lotti. Formação de redes para o desenvolvimento tecnológico: uma experiência com empresas de base tecnológica. In: **Redes de Negócios. Tópicos em Estratégia**. São Paulo: Saint Paul Editora, 2006. Cap. 13, p. 295-312.

FIGUEIREDO, Saulo Porfírio. Gestão do conhecimento: estratégias competitivas para a criação e mobilização do conhecimento na empresa. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2005.

FNQ – Fundação Nacional da Qualidade. **Critérios de Excelência / Fundação Nacional de Qualidade**. - São Paulo: Fundação Nacional de Qualidade, 2007.

_____. **Rumo à Excelência e Compromisso com a Excelência / Fundação Nacional da Qualidade**. - São Paulo: Fundação Nacional da Qualidade, 2007.

INKPEN, Andrew C. TSANG, Eric W. K. **Social Capital, Networks, and Knowledge Transfer**. Academy of Management Review. 2005, Vol. 30, No. 1, 146–165.

KLEIN, Marcus Vinicius. **Identificação do Nível de Relacionamento Entre a Claro Digital e Seus Clientes Corporativos**, 2003. Dissertação (Mestrado em Administração). Escola de Administração. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

KOKA, Balaji R.; MADHAVAN, Ravindranath e PRESCOTT, John E. **The Evolution of Interfirms Networks: Environmental Effects on Patterns of Network Change**. Academy of Management Review, 2006, Vol. 31, No. 3, 721–737.

KWASNICKA, Eunice Lacava. Em direção a uma teoria sobre redes de negócios. In: **Redes de Negócios. Tópicos em Estratégia**. São Paulo: Saint Paul Editora, 2006. Cap. 1, p. 25-42.

LARA, Consuelo Rocha Dutra de. **A atual gestão do conhecimento**. São Paulo: Nobel, 2004.

LEBART, Ludovic; MORINEAU, Alain e PIRON, Marie. (1995). **Statistique exploratoire multidimensionnelle**. Dunod. Paris.

LEIDERMAN, Eduardo B, ZUCCHI, Paola. Aplicação dos conceitos atuais do marketing para o mercado hospitalar. **Revista de Administração em Saúde**. São Paulo, vol. 9, No. 34. p. 22-25, jan.-mar. 2007.

MARTINS, Jeová Dias. **Vocabulário da Saúde em Qualidade e Melhoria da Gestão** / Secretaria Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

MENDES, Áquilas Nogueira. **Financiamento, gasto e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). A gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no Estado de São Paulo (1995-2001)**. 2005. Tese (Doutorado em Economia). Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

NONAKA, I. e H. TAKEUCHI. **Criação de conhecimento na empresa**. Campus, 1997, 7ªed.

O'DONNELL et al. **The network construct in entrepreneurship research: a review and critique**. Management Decision, 2001, 39/9 p. 749-760.

OH, Hongseok, LABIANCA, Giuseppe e CHUNG, Myung-Ho. **A multilevel model of group social capital**. Academy of Management Review 2006, Vol. 31, No. 3, 569–582.

PARKHE, Arvind, WASSERMAN, Stanley & RALSTON, David A. **New Frontiers in Network Theory Development**. Academy of Management Review, 2006, Vol. 31, No. 3, 560–568.

PEDROSA, Tânia Moreira Grillo. **Estabelecimento da correspondência entre os requisitos do instrumento de acreditação hospitalar brasileiro da organização nacional de acreditação – ONA (2004) - e as normas da série ISO 9000:2000**. 2004. 150 f . Dissertação (Mestrado em Medicina). Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais.

Programa de Qualidade Hospitalar (CQH). **2º Caderno de Indicadores CQH-2007, Programa de Qualidade Hospitalar (CQH)**, São Paulo: APM/CREMESP, 2007. 96 p.

RING, Peter Smith & VAN DE VEN, Andrew H. **Developmental Processes of Cooperative Inter-organizational Relationships**. Academy of Management Review 1994, Vol. 19, No. 1, 90-118.

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Ações para Implementação na Administração dos Hospitais de Ensino**. Olímpio J. Nogueira V. Bittar. Hospitais de ensino no Estado de São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo - Assessoria de Hospitais de Ensino, SP, 2007.

SOÁREZ, Patrícia Coelho de; PADOVANZ, Jorge Luis; CICONELLI, Rozana Mesquita. **Indicadores de saúde no Brasil: um processo em construção**. RAS - Revista de Administração em Saúde, vol. 7, n.º 27, Abr-Jun, 2005.

SOUNIS, Emílio. **Bioestatística – Princípios fundamentais, metodologia estatística. Aplicação às Ciências Biológicas**. São Paulo: Livraria Atheneu, 1985.

TANAKA, Oswaldo Y. e MELO, Cristina. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente - um modo de fazer**. São Paulo: Edusp, 2001.

YIN, Robert K. (2005). **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos**. Trad. Daniel Grassi. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman.

<http://www.cqh.org.br/> acesso em 30/12/2007

<http://www.fnq.org.br/> acesso em 30/12/2007

Apêndices.

1. Questionário de entrevista

Transferência de Conhecimentos em uma Rede de Serviços de Saúde: O caso da rede de hospitais filiados ao Programa CQH – Compromisso com a Qualidade Hospitalar.

RESUMO DO TRABALHO:

Este trabalho tem por objeto estudar uma rede composta por 175 de hospitais filiados ao Programa CQH – Compromisso com a Qualidade Hospitalar. O interesse em estudar esta rede de hospitais deve-se não só ao fato desta ser uma rede de serviços, relativamente pouco estudada na literatura acadêmica, mas, especialmente, pela diversidade de atores à ela filiados, já que esta agrega hospitais gerais e especializados, de portes variados, tanto públicos, como privados, localizados no Estado de São Paulo (na RMSP e Interior), e em outros Estados. O objetivo geral deste trabalho é, a partir da análise desta rede de hospitais, verificar se a sua existência e a cooperação entre seus filiados vêm facilitando a transferência de conhecimentos entre eles e, efetivamente, contribuindo para a melhoria da qualidade de seus serviços. Entre os objetivos específicos destacam-se ainda: A análise do funcionamento e o processo de evolução desta rede de hospitais nos últimos 5 anos; a identificação de indicadores hospitalares que poderão comprovar a existência de transferência de conhecimentos entre os hospitais filiados à rede ; e se está havendo melhoria de qualidade e convergência dos indicadores dos hospitais participantes.

PALAVRAS-CHAVE: Redes de empresas, Cooperação, Transferência de conhecimento, Qualidade hospitalar, Indicadores de desempenho.

AUTORA: Celi Gonzales

ORIENTADORA: Profa. Dra. Suzana Bierrenbach de Souza Santos

CURSO: Mestrado em Administração

UNIVERSIDADE PAULISTA – UNIP

São Paulo, novembro de 2008.

A – Nome (se desejar)

C – O Hospital em que o(a) Sr(a). trabalha participa de algum Programa de Qualidade? Qual?

1 CQH 2 ISO 3 JCA 4 ONA 5 Outro

Se "Outro", Qual?

BLOCO I – Em cada questão, revele o grau de importância de cada tópico atribuindo uma nota de 1 a 4.

1	2	3	4
Sem nenhuma importância	Pouco importante	Muito importante	De importância fundamental

1 - O(a) Sr.(a) acredita que os hospitais, de maneira geral, buscam a melhoria da qualidade de seus serviços por que motivos ?

- | | |
|--|----------------------|
| • Por motivos de humanização | <input type="text"/> |
| • Com o objetivo de melhorar seus lucros | <input type="text"/> |
| • A fim de melhor competir no mercado... | <input type="text"/> |
| • Para acompanhar a tendência | <input type="text"/> |
| • Por questões de <i>marketing</i> institucional . | <input type="text"/> |
| • Outros motivos | <input type="text"/> |

Se “Outros”, Quais?

2 Ao decidir pela adoção de um Programa de Qualidade, quais as características desse Programa que mais importam ao hospital:

- A expectativa de rapidez na obtenção dos resultados ☐
- O custo do Programa para o hospital ☐
- O selo de acreditação / certificação que será concedido ao hospital ☐
- Os resultados esperados ☐
- A participação em um grupo de hospitais, onde novos conhecimentos possam ser adquiridos ☐
- Outros motivos ☐

Se “Outros”, Quais? _____

3 Por que meios pode ocorrer a transferência de conhecimentos entre os hospitais?

- Conversas informais entre seu pessoal ☐
- Organização e participação conjunta em cursos e seminários..... ☐
- Visitas a outros hospitais ☐
- Intercâmbio de informações através de revistas e periódicos especializados e dirigidos através de acesso privilegiado à inovações ☐
- Outros ☐

Se “Outros”, Quais? _____

4 Alguns benefícios podem resultar da existência de vínculos cooperativos de um hospital com outros, através da participação em uma rede, mesmo que seja informalmente. Quais são os benefícios mais facilmente verificados?

- Sinergia na solução de problemas comuns ☐
- Acesso à inovações, conhecimento e informação ☐
- Boa imagem e reputação..... ☐
- Oportunidades para novos negócios..... ☐
- Influência e poder ☐
- Outros ☐

Se “Outros”, Quais? _____

5 Em sua opinião, quais são os indicadores mais importantes para comprovar a efetiva melhoria na qualidade do hospital?

BLOCO II – Assinale com “X” apenas uma alternativa

6 Qual o tempo mínimo de participação em um Programa de Qualidade, para o hospital apresentar resultados mensuráveis?

- De 0 a 1 ano ☐
- De 1 a 2 anos ☐
- De 3 a 4 anos ☐
- De 4 a 5 anos ☐
- Mais de 5 anos ☐
- Outro ☐ Se “Outro”, Qual? _____

7 A troca de experiência e conhecimento entre o pessoal de um hospital acreditado/certificado e o pessoal de um hospital que está em busca da acreditação/certificação auxilia o segundo em seu objetivo?

- Muito ☐
- Pouco ☐
- É indiferente ☐
- Não auxilia ☐
- Atrapalha, porque o hospital perde seu foco ☐
- Outra resposta ☐

Se “Outra resposta”, Qual? _____

8 Quando os vínculos cooperativos entre os hospitais auxiliam na melhoria da qualidade dos serviços, que tipo de indicadores hospitalares tendem a melhorar?

- Os indicadores de estrutura³⁷ ☐
- Os indicadores de processos³⁸ ☐
- Os indicadores de resultados³⁹ ☐
- Alternativas “a” e “b” são corretas ☐
- Alternativas “a” e “c” são corretas ☐
- Alternativas “b” e “c” são corretas ☐

³⁷ Indicador de estrutura: está relacionado aos investimentos e/ou provimento de recursos necessários para o hospital.

³⁸ Indicador de processos: está relacionado à otimização e/ou racionalidade na realização das atividades.

³⁹ Indicador de resultados: está relacionado ao atingimento dos objetivos e metas propostas.

- Todos os três tipos ☐
 - Não existe uma relação verificável entre vínculos
cooperativos e melhoria dos serviços ☐
 - Outra ☐
- Se “Outra”, Qual? _____

9 Os novos processos de trabalho que podem ser úteis para a organização como um todo, são usualmente compartilhados com todos os hospitais que compõem a rede CQH.

- Nunca ☐
- Raramente (1 vez a cada 2 anos) ☐
- Frequentemente (1 a 2 vezes ao ano) ☐
- Sempre (em todas as reuniões) ☐

10 Nesta rede temos um sistema que permite a aprendizagem de práticas bem sucedidas em outros hospitais.

- Nunca ☐
- Raramente (1 vez a cada 2 anos) ☐
- Frequentemente (1 a 2 vezes ao ano) ☐
- Sempre (em todas as reuniões) ☐

11 As falhas são discutidas de forma construtiva na rede CQH.

- Nunca ☐
- Raramente (1 vez a cada 2 anos) ☐
- Frequentemente (1 a 2 vezes ao ano) ☐
- Sempre (em todas as reuniões) ☐

12 Importância do Programa CQH para o desenvolvimento da qualidade neste hospital.

- Não teve nenhuma importância ☐
- Não teve muita importância ☐
- Foi importante para a empresa ☐
- Foi fundamental para a empresa ☐

EXL	Máx	32,91							
	Min	1,11		até	8,56	MÉDIA BAIXA =	1	12	
	Amplit	31,80	8,57	a	16,23	MÉDIA =	2	10	
	Mediana	12,12	16,24	a	23,90	MÉDIA ALTA =	3	7	
	Média	12,40	23,91	a	31,57	ALTA =	4	1	
	Desvio	7,66	31,58	a	39,24	ALTÍSSIMA =	5	1	
31									
EXD	Máx	2,43		até	0,35	BAIXA =	1	1	
	Min	0,15	0,36	a	0,92	MÉDIA BAIXA =	2	7	
	Amplit	2,28	0,93	a	1,49	MÉDIA =	3	16	
	Mediana	1,22	1,50	a	2,06	MÉDIA ALTA =	4	5	
	Média	1,21	2,07	a	2,63	ALTA =	5	2	
	Desvio	0,56							
31									
TCE	Máx	100,00							
	Min	22,00				SEM INFORMAÇÃO	1	6	
	Amplit	78,00		até	33,48	BAIXA =	2	4	
	Mediana	78,00	33,49	a	58,49	MÉDIA BAIXA =	3	4	
	Média	71,00	58,50	a	83,50	MÉDIA =	4	6	
	Desvio	25,00	83,51	a	100,00	MÉDIA ALTA =	5	11	
31									
TCP	Máx	100,00							
	Min	20,00				SEM INFORMAÇÃO	1	6	
	Amplit	80,00		até	31,98	BAIXA =	2	2	
	Mediana	83,00	31,99	a	57,99	MÉDIA BAIXA =	3	4	
	Média	71,00	58,00	a	84,00	MÉDIA =	4	6	
	Desvio	26,00	84,01	a	100,00	MÉDIA ALTA =	5	13	
31									
TG1	Máx	99,00							
	Min	79,00		até	79,47	SEM INFORMAÇÃO	1	7	
	Amplit	20,00	79,48	a	84,48	BAIXÍSSIMA =	xxx	1	
	Mediana	93,00	84,49	a	89,49	BAIXA =	2	0	
	Média	92,00	89,50	a	94,50	MÉDIA BAIXA =	3	5	
	Desvio	5,00	94,51	a	99,51	MÉDIA =	4	8	
31									
TG5	Máx	100,00							
	Min	93,00		até	94,98	SEM INFORMAÇÃO	1	7	
	Amplit	7,00	94,99	a	96,99	BAIXA =	2	2	
	Mediana	99,00	97,00	a	99,00	MÉDIA BAIXA =	3	4	
	Média	98,00	99,01	a	100,00	MÉDIA =	4	11	
	Desvio	2,00				MÉDIA ALTA =	5	7	
31									
MED	Máx	100,00							
	Min	22,00		até	33,48	SEM INFORMAÇÃO	1	6	
	Amplit	78,00	33,49	a	60,49	BAIXA =	2	3	
	Mediana	84,00	60,50	a	87,50	MÉDIA BAIXA =	3	4	
	Média	74,00	87,51	a	100,00	MÉDIA =	4	8	
	Desvio	27,00				MÉDIA ALTA =	5	10	
31									

INT	Máx	5,52			SEM INFORMAÇÃO	1	5
	Min	0,00		até 0,49	BAIXA =	2	8
	Amplit	5,52	0,50	a 1,50	MÉDIA =	3	9
	Mediana	1,07	1,59	a 2,59	MÉDIA ALTA =	4	5
	Média	1,00	2,60	a 3,60	ALTA =	5	1
	Desvio	1,00	3,69	4,69	ALTÍSSIMA =	6	2
			4,70	5,70	EXTREMAMENTE ALTA =	7	1
							31
UTI	Máx	8,64			SEM INFORMAÇÃO	1	5
	Min	0,00		até 2,49	BAIXA =	2	12
	Amplit	8,64	2,50	a 5,50	MÉDIA =	3	6
	Mediana	3,40	5,51	a 8,51	MÉDIA ALTA =	4	7
	Média	4,00	8,52	a 11,52	ALTA =	5	1
	Desvio	3,00					31
TRE	Máx	42,71			SEM INFORMAÇÃO	1	2
	Min	0,00		até 4,76	BAIXA =	2	10
	Amplit	42,71	4,77	a 13,70	MÉDIA =	3	13
	Mediana	7,99	13,71	a 22,64	MÉDIA ALTA =	4	4
	Média	9,23	22,65	a 31,58	ALTA =	5	1
	Desvio	8,93	31,59	a 40,52	ALTÍSSIMA =	xxx	0
			40,53	a 49,46	EXTREMAMENTE ALTA =	6	1
							31