

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS CONTÁBEIS
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: CONTROLADORIA

PAULO HENRIQUE REZENDE DA SILVA

**FATORES INSTITUCIONAIS EXTERNOS QUE INFLUENCIAM AS RESPOSTAS
ORGANIZACIONAIS ESTRATÉGICAS NA GESTÃO DOS CUSTOS DA QUALIDADE
EM HOSPITAIS ACREDITADOS**

MARINGÁ
2017

PAULO HENRIQUE REZENDE DA SILVA

FATORES INSTITUCIONAIS EXTERNOS QUE INFLUENCIAM AS RESPOSTAS ORGANIZACIONAIS ESTRATÉGICAS NA GESTÃO DOS CUSTOS DA QUALIDADE EM HOSPITAIS ACREDITADOS

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre. Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis, Área de Concentração Controladoria, do Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Maringá.

Orientador (a): Prof^a. Dr^a. Katia Abbas

MARINGÁ
2017

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá – PR., Brasil)

8586f Silva, Paulo Henrique Rezende da
Fatores institucionais externos que influenciam as respostas organizacionais estratégicas na gestão dos custos da qualidade em hospitais acreditados / Paulo Henrique Rezende da Silva. -- Maringá, 2017.

357 f.

Orientadora: Profa. Dra. Katia Abbas.

Dissertação (Mestre em Contabilidade)-
Universidade Estadual de Maringá. Centro
de Ciências Sociais Aplicadas.
Departamento de Ciências Contábeis.
Programa de Pós-Graduação em Ciências
Contábeis.

1.Contabilidade Gerencial. 2.Custos.
3.Custos da qualidade - Saúde Privada.
4.Fatores institucionais. 5.Gestão
estratégica. 6.Gestão hospitalar.
I.Abbas, Kátia, coord. II.Universidade
Estadual de Maringá.Centro de Ciências
Sociais Aplicadas.Departamento de Ciências
Contábeis.Programa de Pós-Graduação em
Ciências Contábeis.III. Título.

658.1511 21.ed.

Cicilia Conceição de Maria
CRB9- 1066
CC-003906

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS CONTÁBEIS – PCO	
	UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ – UEM
	Centro de Ciências Sociais Aplicadas
	Departamento de Ciências Contábeis
	Av. Colombo, 5.790 – Zona 07 – 87020-900 – Maringá – Pr. Fonefax: (44) 3011-6025 ou 3011-4910

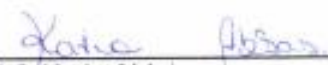
ATA DE DEFESA PÚBLICA

Aos vinte e seis dias do mês de maio do ano de dois mil e dezessete, às 09h, realizou-se nas dependências da Universidade Estadual de Maringá, a defesa pública da Dissertação de Mestrado, sob o título: *"Fatores Institucionais Externos que Influenciam as Respostas Organizacionais Estratégicas na Gestão dos Custos da Qualidade em Hospitais Acreditados"*, de autoria de **Paulo Henrique Rezende da Silva**, aluno do Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis – Mestrado – Área de Concentração: Controladoria, linha de pesquisa: Contabilidade Gerencial


Nome do membro da banca	Função	IES
Profª Drª Katia Abbas	Presidente	PCO/UEM
Prof. Dr. Reinaldo Rodrigues Camacho	Membro examinador	DCC/UEM
Profª Drª Marcia Maria dos Santos Bortolucci Espejo	Membro examinador	Externo-UFMS

Concluídos os trabalhos de apresentação e arguição, o candidato foi **APROVADO** pela Banca Examinadora, devendo, em um prazo máximo de **30 dias**, encaminhar à coordenação do programa, dois CDs contendo cada um arquivo em formato digital da dissertação completa, para serem distribuídos da seguinte forma: um na Secretaria do PCO e outro na Biblioteca Central da UEM. E, para constar, foi lavrada a presente Ata, que vai assinada pelo Coordenador do Programa e pelos membros da Banca Examinadora.


Maringá, 26 de maio de 2017.



 Profª. Drª. Katia Abbas
 (Presidente)



 Prof. Dr. Reinaldo Rodrigues Camacho
 (Membro examinador interno)



 Profª Drª Márcia Maria dos Santos Bortolucci Espejo
 (Membro examinador externo – UFMS)



 Prof. Dr. Reinaldo Rodrigues Camacho
 Coordenador do PCO

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por ter me dado a oportunidade de realizar esse grande sonho e por sempre ter me guiado mostrando por onde devo percorrer. Por ser a luz da minha vida.

Aos meus pais, que desde o início do curso me apoiaram, não medindo esforços para que eu pudesse percorrer cada etapa. Sinceros agradecimentos aos grandes heróis da minha vida.

À minha orientadora, Professora Doutora Katia Abbas, pelas grandes contribuições e pela constante disponibilidade na construção deste estudo, sempre prestativa, atenciosa e perspicaz.

Aos professores Reinaldo Rodrigues Camacho e Márcia Maria dos Santos Bortolucci Espejo, pelas relevantes pontuações, imprescindíveis à conclusão desse estudo.

À Simone, do Hospital Ministro Costa Cavalcanti, à Aline, do Hospital 2, e à Alexandra, do Hospital onde foi realizado o estudo de caso piloto, por serem minha porta de entrada nessas organizações, em uma realidade onde muitas se fechavam para mim. Sem essa disposição nada disso teria sido possível. Minha completa gratidão e reconhecimento.

Aos meus amigos, que sempre estiveram por perto e acompanharam o decorrer deste estudo, pelas palavras de apoio e motivação.

Aos meus colegas de curso, meus sinceros agradecimentos pelas contribuições, compartilhamentos de conhecimentos e companhia. Vencemos muitas batalhas juntos!

RESUMO

Silva, P. H. R. (2017). *Fatores institucionais externos que influenciam as respostas organizacionais estratégicas na gestão dos custos da qualidade em hospitais acreditados*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis, Universidade Estadual De Maringá, Maringá, PR, Brasil.

Em meio ao aumento de competitividade global e à necessidade dos gestores por informações que os auxiliem a atingir seus objetivos, a gestão dos Custos da Qualidade revela-se, atualmente, como um caminho promissor. Na área de serviços de saúde isso é ainda mais enfático, onde a variabilidade, o dinamismo e a diversidade de atividades e profissionais dificultam a gestão de custos, a redução do custo total e a consequente melhoria do serviço prestado. Nesse sentido, o objetivo deste estudo é analisar as respostas organizacionais estratégicas admitidas frente à influência dos fatores institucionais externos na gestão dos Custos da Qualidade em hospitais acreditados, sob os pressupostos teóricos da Teoria Institucional, mais precisamente ao que tange à Nova Sociologia Institucional (NSI). A estratégia de pesquisa utilizada é o Estudo de Caso Múltiplo, envolvendo dois hospitais: um de natureza filantrópica, localizado em Foz do Iguaçu-PR, e outro de natureza privada, localizado em Porto Alegre-RS. A coleta de dados abrange 27 entrevistas semi-estruturadas em um total de 26h41min, além de observações diretas e análises documentais. As análises empíricas são puramente qualitativas com base na análise do discurso e posteriormente, por análise de casos cruzados das principais evidências. Os resultados revelam que a gestão dos Custos da Qualidade ainda carece de maior atenção nos hospitais analisados, explorados atualmente apenas em nível básico, tal como relatórios mensais por unidade de negócios e com base no sistema contábil. As respostas organizacionais estratégicas permearam em comportamentos mais conformistas como aquiescência e compromisso, enquanto comportamentos mais agressivos foram repudiados, em maioria, pelos gestores entrevistados. Os fatores institucionais externos apurados, que influenciam esses comportamentos, são idênticos nos dois casos voltando-se a: Causa-Eficiência, Constituintes-Dependência, Conteúdo-Consistência, Controle-Difusão, Contexto-Interconectado e Isomorfismo Coercitivo, Mimético e Normativo, evidências que contribuem em reflexões tal como a influência do selo de acreditação na forma como se realiza a gestão dos custos da qualidade. Uma abordagem interpretativa mais ampla, proposta na metodologia de análise do discurso, permitiu a manifestação de ideologias importantes das quais, em análise conjunta, cabe destacar características do Modelo Hospitalocêntrico, influências americanas e germânicas, e presença de *benchmarking* competitivo. A análise do discurso adicional, com foco estrito nos custos da qualidade, revela que predominam obstáculos na proliferação da temática. Verifica-se que a gestão dos Custos da Qualidade ocupa ainda pouco espaço perante o ambiente hospitalar devido, dentre outros fatores, à complexidade do sistema, à falta de necessidade desse tipo de informação enxergada em meio às decisões e à falta de precisão na mensuração de alguns custos ocultos, tal como as atitudes tomadas frente às reclamações dos clientes. Como limitações, destaca-se principalmente a generalização dos resultados aos hospitais analisados, e dentre as recomendações destaca-se a necessidade de estudos longitudinais, haja vista que várias variáveis são comportamentais, o que dificulta a triangulação de dados em curto espaço de tempo.

Palavras-chave: Custos da qualidade. Hospital. Fatores institucionais.

ABSTRACT

Silva, P.H.R. (2017). *External institutional factors that influence the strategic organizational responses in the management of quality costs in accredited hospitals*. Master's Dissertation, Post-Graduate Program in Accounting Sciences, State University of Maringá, Maringá, PR, Brazil.

Amid increasing global competitiveness and the need of managers for information to help them achieve their objectives, the management of Quality Costs is now a promising way. In the area of health services, this is even more emphatic, where variability, dynamism and diversity of activities and professionals make it difficult to manage costs, reduce total cost and improve the service provided. In this sense, the objective of this study is to analyze the strategic organizational responses admitted to the influence of external institutional factors in the management of Quality Costs in accredited hospitals, under the theoretical assumptions of Institutional Theory, more precisely with regard to the New Institutional Sociology (NSI). The research strategy used is the Multiple Case Study, involving two hospitals: one of philanthropic nature, located in Foz do Iguaçu-PR, and another one of private nature, located in Porto Alegre-RS. The data collection encompasses 27 semi-structured interviews in a total of 26 hours and 41 minutes, in addition to direct observations and documentary analyzes. The empirical analyzes are purely qualitative based on discourse analysis and later, by cross-case analysis of the main evidences. The results show that the management of Quality Costs still requires more attention in the analyzed hospitals, currently only used at the basic level, such as monthly reports per business unit and based on the accounting system. Strategic organizational responses permeated more conformist behaviors such as acquiescence and commitment, while more aggressive behaviors were repudiated, in the majority, by the managers interviewed. The external institutional factors, which influence these behaviors, are identical in both cases: Cause-Efficiency, Constituents-Dependency, Content-Consistency, Control-Diffusion, Context-Interconnected and Coercive, Mimetic and Normative Isomorphism, evidences that contribute to reflections such as the influence of the accreditation seal on the way the quality costs are managed. A broader interpretive approach, proposed in the methodology of discourse analysis, allowed the manifestation of important ideologies that, in a joint analysis, it is worth mentioning the characteristics of the Hospitalocentric Model, American and German influences, and the presence of competitive benchmarking. The analysis of the additional discourse, with a strict focus on the costs of quality, reveals that obstacles prevail in the proliferation of the theme. It is verified that the management of Quality Costs still occupies little space in the hospital environment due to, among other factors, the complexity of the system, the lack of this type of information seen through the decisions and the lack of precision in the measurement of some hidden costs, such as the attitudes taken towards customer complaints. As limitations, it is important to emphasize the generalization of the results to the hospitals analyzed, and among the recommendations the need for longitudinal studies is highlighted, because several variables are behavioral, which makes it difficult to triangulate data in a short period of time.

Keywords: Quality costs. Hospital. Institutional factors.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Problema de Pesquisa.....	25
Figura 2. As eras da Qualidade nas organizações.	78
Figura 3. Visão econômica da qualidade.....	80
Figura 4. Categorias de Custos da Qualidade.....	81
Figura 5. Custo ótimo da qualidade.....	87
Figura 6. Desenho da pesquisa.	123
Figura 7. Método de análise do discurso utilizado na pesquisa.....	147
Figura 8. Organograma geral – HMCC.....	153
Figura 9. Organograma do Escritório da Qualidade – HMCC.....	156
Figura 10. Relação dos discursos e respectivas formações discursivas - HMCC	184
Figura 11. Hospital 2 -Inauguração	213
Figura 12. Organograma geral sintetizado – HOSP.2	216
Figura 13. Organograma atual do departamento de qualidade - HOSP.2	219
Figura 14. Relação dos discursos e respectivas formações discursivas – HOSP. 2	259
Figura 15. Síntese dos achados da pesquisa em base comparativa.	303
Figura 16. Análise comparativa adicional – Custos da Qualidade.....	305
Figura 17. Rejeição ou não rejeição das proposições do estudo.	313

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Níveis de análise no Novo Institucionalismo	39
Tabela 2. Preditores de mudança isomórfica a nível organizacional.	56
Tabela 3. Preditores de mudança isomórfica em nível de campo organizacional.....	56
Tabela 4. Respostas estratégicas aos processos institucionais.	59
Tabela 5. Antecedentes das respostas estratégicas.	65
Tabela 6. Antecedentes das respostas estratégicas <i>versus</i> respostas estratégicas.....	66
Tabela 7. Hipóteses preditivas a partir dos antecedentes institucionais.	67
Tabela 8. Abordagens para definição de qualidade.....	75
Tabela 9. Custos de prevenção.	83
Tabela 10. Custos de avaliação.	84
Tabela 11. Custos de falhas internas.	85
Tabela 12. Custos de falhas externas.....	85
Tabela 13. Pressões externas constantes no ambiente hospitalar privado brasileiro.....	103
Tabela 14. Níveis de Acreditação de acordo com o Modelo da ONA.	114
Tabela 15. Categorias e subcategorias avaliadas pela Acreditação ONA.	115
Tabela 16. Padrões avaliados pela Acreditação JCI.	118
Tabela 17. Constructos e variáveis da pesquisa.	125
Tabela 18. Possíveis classificações da pesquisa.....	127
Tabela 19. Estratégias para aumento de Validade e Confiabilidade de pesquisa.....	137
Tabela 20. Dados sobre as entrevistas realizadas no Hospital Ministro C. Cavalcanti.....	140
Tabela 21. Dados sobre as entrevistas realizadas no Hospital 2.	141
Tabela 22. Dispositivo teórico utilizado na análise do discurso.....	146
Tabela 23. Principais responsabilidades do Escritório da qualidade - HMCC.....	157
Tabela 24. Ocorrência dos Custos de Prevenção - HMCC.....	158
Tabela 25. Mensuração, registro e controle dos Custos de Prevenção - HMCC.....	159
Tabela 26. Ocorrência dos Custos de Avaliação - HMCC.....	162
Tabela 27. Mensuração, registro e controle dos Custos de Avaliação - HMCC.....	162
Tabela 28. Ocorrência dos Custos de Falhas Internas - HMCC.....	164
Tabela 29. Mensuração, registro e controle dos Custos de Falhas Internas - HMCC.....	165

Tabela 30. Ocorrência dos Custos de Falhas Externas - HMCC.....	167
Tabela 31. Mensuração, registro e controle dos Custos de Falhas Externas - HMCC.....	168
Tabela 32. Identificação dos Discursos ou Respostas Organizacionais - HMCC.....	169
Tabela 33. Identificação dos Preditores Ambientais - Oliver (1991) - HMCC.....	179
Tabela 34. Identificação dos níveis de intensidade das Respostas Organizacionais - HMCC....	180
Tabela 35. Matriz teórica de Oliver (1991) – Comparação Previsto x Real - HMCC	182
Tabela 36. Identificação das pressões Isomórficas de Dimaggio e Powell (1983) - HMCC	183
Tabela 37. Síntese das Ideologias identificadas – HMCC.	207
Tabela 38. Formações discursivas e Metáforas – Análise do Discurso Adicional - HMCC.....	210
Tabela 39. Ocorrência dos Custos de Prevenção - HOSP.2.....	221
Tabela 40. Mensuração, registro e controle dos Custos de Prevenção - HOSP.2.....	223
Tabela 41. Ocorrência dos Custos de Avaliação - HOSP.2.....	225
Tabela 42. Mensuração, registro e controle dos Custos de Avaliação - HOSP.2.....	226
Tabela 43. Ocorrência dos Custos de Falhas Internas - HOSP.2	228
Tabela 44. Mensuração, registro e controle dos Custos de Falhas Internas - HOSP.2.	229
Tabela 45. Ocorrência dos Custos de Falhas Externas - HOSP.2	231
Tabela 46. Mensuração, registro e controle dos Custos de Falhas Externas - HOSP.2.	232
Tabela 47. Identificação dos discursos ou respostas organizacionais - HOSP.2.....	234
Tabela 48. Identificação dos Preditores Ambientais – Oliver (1991)- HOSP.2.....	251
Tabela 49. Identificação dos níveis de intensidade das Respostas Organizacionais - HOSP.2 ..	252
Tabela 50. Matriz teórica de Oliver (1991) – Comparação Previsto x Real - HOSP.2.....	255
Tabela 51. Identificação das Pressões Isomórficas de Dimaggio e Powell (1987)- HOSP.2.....	257
Tabela 52. Síntese das ideologias identificadas - HOSP.2.....	287
Tabela 53. Formações discursivas e metáforas – Análise do discurso adicional - HOSP.2.....	289
Tabela 54. Síntese dos achados na primeira dimensão (análise cruzada).	296
Tabela 55. Comparação entre os casos – ocorrência dos Custos da Qualidade	296
Tabela 56. Comparação entre os casos – Gestão dos Custos da Qualidade	297
Tabela 57. Comparação entre os comportamentos organizacionais encontrados nos casos	299
Tabela 58. Comparação dos Fatores Institucionais encontrados nos casos.....	301
Tabela 59. Comparação das Ideologias (HMCC x HOSP.2)	304
Tabela 60. Confirmação das evidências sobre a gestão dos Custos da Qualidade.....	307

Tabela 61. Confirmação das evidências sobre os fatores institucionais externos.	308
--	-----

LISTA DE SIGLAS

ANAHP	Associação Nacional dos Hospitais Privados
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASQC	<i>American Society for Quality Control</i>
BSC	<i>Balanced Scorecard</i>
CCHSA	Conselho Canadense de Acreditação dos Serviços de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COREN	Conselho Regional de Enfermagem do Paraná
CQ	Custos da Qualidade
CTI	Centro de Tratamento Intensivo
DPO	Direção por Objetivos
DPPO	Direção Participativa por Objetivos
DRE	Demonstração de Resultado do Exercício
EC	Escritório da Qualidade
EUA	Estados Unidos da América
GDO	Gerência de Inovação Organizacional
GIP	Gerência de Inovação e Processos
HMCC	Hospital Ministro Costa Cavalcanti
HOSP.2	Hospital 2 em análise
IEP	Instituto de Ensino e Pesquisa
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IQG	Instituto Qualisa de Gestão
ISO	<i>International Organization for Standardization</i>
JCAH	<i>Joint Commission on Accreditation of Hospitals</i>
JCAHO	<i>Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization</i>
JCI	<i>Joint Commission International</i>
MBA	<i>Master of Business Administration</i>
NIE	<i>New Institutional Economics</i>

NIS	<i>New Institutional Sociology</i>
NSI	Nova Sociologia Institucional
OIE	<i>Old Institutional Economics</i>
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAMQ	Programa de Auditoria Para Melhoria da Qualidade
PGQP	Prêmio Gaúcho de Qualidade e Produtividade
PNQ	Prêmio Nacional da Qualidade
POC	<i>Price of Conformance</i>
PONC	<i>Price of Nonconformance</i>
POP	Procedimento Operacional Padrão
PR	Paraná
PROADI	Programa de Apoio e Desenvolvimento Institucional do SUS
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada - ANVISA
RH	Recursos Humanos
ROC	<i>Return on Quality</i>
RS	Rio Grande do Sul
SUS	Sistema Único de Saúde
TAC	Termo de Ajuste Conjunto
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TQC	<i>Total Quality Control</i>
TQM	<i>Total Quality Management</i>
UEM	Universidade Estadual de Maringá
UPF	Utilidade Pública Federal
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
1.1 APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA.....	20
1.2 OBJETIVOS.....	26
1.2.1 Objetivo Geral	26
1.2.2 Objetivos Específicos.....	26
1.3 JUSTIFICATIVA	27
1.4 CONTRIBUIÇÕES	29
1.5 ESCOPO DO TRABALHO	32
1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO.....	34
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	35
2.1 TEORIA INSTITUCIONAL.....	35
2.1.1 Nova Sociologia Institucional (NSI).....	38
2.1.1.1 Mudanças organizacionais.....	43
2.1.1.2 Legitimidade.....	45
2.1.1.3 <i>Decoupling</i>	47
2.1.1.4 Abordagem de DiMaggio e Powell (1983).....	51
2.1.1.4.1 Mecanismos de mudanças institucionais isomórficas	52
2.1.1.4.2 Preditores de mudança isomórfica.....	55
2.1.1.5 Abordagem de Oliver (1991).....	57
2.1.1.5.1 Tipologia de respostas estratégicas	58
2.1.1.5.2 Preditores de respostas estratégicas.....	65
2.2 CUSTOS DA QUALIDADE (CQ)	74
2.2.1 Qualidade	74
2.2.2 Qualidade no contexto organizacional.....	75
2.2.3 Custos da Qualidade.....	79
2.2.3.1 Custos de Prevenção.....	82
2.2.3.2 Custos de Avaliação	83
2.2.3.3 Custos de Falhas	84
2.2.3.4 Análises das categorias dos Custos da Qualidade	86

2.2.3.5 Sistemas de Custos da Qualidade	88
2.3 O SETOR HOSPITALAR.....	90
2.3.1 Contexto hospitalar histórico	90
2.3.2 Peculiaridades da organização hospitalar	93
2.3.3 Segmento hospitalar e o ambiente institucional	95
2.3.3.1 Síntese das possíveis pressões institucionais no segmento hospitalar.....	102
2.3.4 A qualidade no setor de saúde	104
2.3.5 Certificação de Acreditação Hospitalar	107
2.3.5.1 Origens	111
2.3.5.2 ONA – Organização Nacional de Acreditação.....	113
2.3.5.3 JCI – <i>Joint Commission International</i>	116
2.3.5.4 Acreditação hospitalar e Custos da Qualidade	118
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	121
3.1 CARÁTER TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	121
3.1.1 Teoria de base	122
3.1.2 Desenho da pesquisa.....	122
3.1.3 Constructos e variáveis da pesquisa	124
3.2 ESTRATÉGIAS DE PLANEJAMENTO DA PESQUISA	127
3.3 ESTRATÉGIA DE PESQUISA ABORDADA	131
3.3.1 Planejamento do estudo de caso múltiplo	132
3.3.1.1 Questão norteadora do estudo	132
3.3.1.2 Proposições do estudo	133
3.3.1.3 Unidades de Análise	134
3.3.2 Protocolo.....	135
3.3.3 Tipos de estudo de caso	136
3.3.4 Validade e confiabilidade da Pesquisa.....	137
3.3.5 Instrumentos de coleta de dados	138
3.3.5.1 Pesquisa documental	138
3.3.5.2 Entrevistas Semi-Estruturadas.....	139
3.3.5.3 Observação	142
3.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	142

3.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	143
3.5.1 Análise do discurso	144
3.5.1.1 Dispositivo analítico	145
3.5.1.2 Dispositivo teórico.....	145
3.5.1.3 Forma de análise.....	146
3.6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	149
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	150
4.1 HOSPITAL MINISTRO COSTA CAVALCANTI	150
4.1.1 Apresentação da organização	150
4.1.2 Certificação de Acreditação Hospitalar	154
4.1.3 Departamento de qualidade.....	155
4.1.4 Custos da Qualidade.....	157
4.1.4.1 Custos de Prevenção	158
4.1.4.2 Custos de Avaliação	161
4.1.4.3 Custos de Falhas Internas	163
4.1.4.4 Custos de Falhas Externas	166
4.1.5 Análise do discurso	168
4.1.5.1 Primeira etapa (Superfície linguística e identificação dos discursos)	168
4.1.5.1.1 Discurso da adequação acima do que é exigido pela fonte de pressão externa.....	170
4.1.5.1.2 Discurso da transparência frente às fontes de pressões externas por qualidade..	171
4.1.5.1.3 Discurso da não rejeição ao atendimento das exigências por qualidade.....	173
4.1.5.1.4 Discurso da aceitação consciente e alinhada à estratégia por qualidade.....	174
4.1.5.1.5 Discurso do equilíbrio frente ao atendimento às pressões por qualidade	175
4.1.5.1.6 Discurso da negociação com as fontes de pressões externas.....	176
4.1.5.1.7 Discurso da influência do hospital para a adoção de práticas de qualidade.....	178
4.1.5.2 Segunda Etapa (objeto e formação discursiva).....	178
4.1.5.2.1 Discussão das formações discursivas	184
4.1.5.3 Terceira Etapa (processo discursivo e ideologia)	195
4.1.5.3.1 Síntese das Ideologias constatadas	207
4.1.5.4 Análise do discurso adicional – Custos da Qualidade	208
4.2 HOSPITAL 2	213

4.2.1 Apresentação da organização	213
4.2.2 Certificação de Qualidade Hospitalar	217
4.2.3 Departamento de qualidade	219
4.2.4 Custos da qualidade	220
4.2.4.1 Custos de Prevenção	221
4.2.4.2 Custos de Avaliação	224
4.2.4.3 Custos de Falhas Internas	228
4.2.4.4 Custos de Falhas Externas	231
4.2.5 Análise do discurso	233
4.2.5.1 Primeira etapa (Superfície Linguística e Identificação dos discursos).....	234
4.2.5.1.1 Discurso da conformidade via percepção habitual de adequação por todos	235
4.2.5.1.2 Discurso da conformidade sem influência externa de terceiros	237
4.2.5.1.3 Discurso da adequação acima do que é exigido pela fonte de pressão externa	238
4.2.5.1.4 Discurso da transparência frente às fontes de pressões externas por qualidade ..	239
4.2.5.1.5 Discurso estritamente profissional com membros de fontes de pressões	241
4.2.5.1.6 Discurso da influência para a adoção externa de práticas de qualidade	242
4.2.5.1.7 Discurso da adequação consciente e alinhada à estratégia por qualidade	244
4.2.5.1.8 Discurso da responsabilidade frente às demandas incumbidas sobre qualidade .	245
4.2.5.1.9 Discurso do não abuso de poder para manipulação da fonte de pressão	246
4.2.5.1.10 Discurso do respeito e resguardo às exigências da fonte de pressão	248
4.2.5.1.11 Discurso da negociação com as fontes de pressões externas por qualidade	249
4.2.5.2 Segunda Etapa (objeto e formação discursiva).....	251
4.2.5.2.1 Discussão das formações discursivas	259
4.2.5.3 Terceira Etapa (processo discursivo e ideologia)	273
4.2.5.3.1 Síntese das Ideologias constatadas	287
4.2.5.4 Análise do discurso adicional – Custos da Qualidade	288
4.3 ANÁLISE CRUZADA DOS CASOS	290
4.3.1 Definição e exploração de dimensões	291
4.3.2 Semelhanças e diferenças	296
4.3.3 Perspectiva dos principais achados sob as fontes de origem	306
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	310

REFERÊNCIAS	316
APÊNDICE A – PROTOCOLO DO ESTUDO DE CASO	330
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA (NÍVEL: DIRETORIA)	337
APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA (NÍVEL: GERÊNCIA/COORD.).....	340
APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA (NÍVEL: DPTO DE QUALIDADE)	346
APÊNDICE E – CARTA DE APRESENTAÇÃO DO ESTUDO DE CASO.....	352
APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	353
APÊNDICE G – PLANO PARA AS OBSERVAÇÕES.....	356

1 INTRODUÇÃO

O destaque do tema qualidade na área de saúde deixou de ser apenas mais uma preocupação das organizações, tornando-se exigência técnica e social (Kluck, Guimarães, Ferreira, & Prompt, 2002; Mezomo, 2001). A busca incessante pelo aprimoramento da qualidade contribui de modo a sanar o aumento das exigências dos clientes e as constantes mudanças ambientais. É preciso que os gestores percebam a qualidade a partir de um plano estratégico, que envolve ações voltadas a tal fim e elos entre a missão e os serviços oferecidos (Nogueira, 1994). A Acreditação Hospitalar pode contribuir no sentido de proporcionar elevações dos padrões de qualidade e conseqüentemente atendimento às exigências externas (Azevedo, Oliveira, Rocha, & Pistóia, 2002; Duarte, 2011), contribuindo assim para um crescimento organizacional satisfatório (Bonato, 2011).

O fato de admitir a Acreditação Hospitalar como um instrumento de atendimento às pressões organizacionais, dentre elas a demanda por qualidade, desperta a relevância de pesquisas de tal natureza em ambientes que anseiam por mudanças, como o hospitalar. Os hospitais que não alcançarem um diferencial de qualidade irão, em breve, se tornar incapazes de sobreviver frente a competitividade e a necessidade de satisfazer os clientes (Mateus, 2013; Mamédio, 2014).

Essa necessidade por qualidade e conseqüente adoção de um mecanismo de avaliação aborda a organização como um todo em sua integralidade e pode influenciar na forma como são tratados os custos e práticas gerenciais, bem como mudanças em processos organizacionais e rotinas, principalmente quando em contato direto com o ambiente externo (Alonso, Droval, Ferneda, & Emídio, 2014; Mamédio, 2014), sendo, portanto, um campo fértil para pesquisas. Em meio a essas alterações, destaca-se a presença dos Custos da Qualidade, considerado um artefato da Gestão Estratégica de Custos, que por meio de uma visão mais estratégica e gerencial busca reduzir a má qualidade ao mesmo tempo em que maximiza os resultados, através da redução de custos (Shank & Govindarajan, 1997).

A busca pela qualidade nos serviços hospitalares, tendo como pilar central a adoção de uma acreditação hospitalar, admite como um dos eixos centrais os impactos que a má qualidade pode causar, tais como custos com mortalidades elevados, baixa produtividade, retrabalhos, custos de processos ineficientes, perda de produtos, perda de clientes e prejuízos à imagem da empresa (Berwick, Godfrey, & Roessner, 1994; Mezomo, 2001; Couto & Pedrosa, 2007). Assim,

admite-se uma relação íntima entre qualidade dos serviços de saúde e custos elevados nos hospitais, sendo a acreditação um caminho para redução de custos e aumento de eficiência (Bonato, 2011; Mehrotra & Kumar, 2013; Vecina & Malik, 2014).

A abordagem empregada envolve a Teoria Institucional ou mais especificamente à vertente da Nova Sociologia Institucional (NSI), uma abordagem interpretativa que trata, dentre outros aspectos, a compreensão de mudanças organizacionais, bem como os fatores isomórficos que influenciam diante de tal mudança (Dimaggio & Powell, 1983) e as respostas organizacionais assumidas pela organização frente aos mesmos (Oliver, 1991).

Portanto, esta pesquisa visou, a primeiro plano, uma análise descritiva dos custos da qualidade dentro de hospitais a partir da adoção de uma certificação de acreditação hospitalar. Posteriormente, por intermédio de uma abordagem interpretativa, buscou-se identificar e compreender os fatores institucionais externos que influenciam na forma como a organização responde estrategicamente em relação à gestão de tais custos.

1.1 APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

O setor de saúde está intimamente ligado às mudanças ambientais, haja vista que se tornaram sistemas abertos que sofrem constantes ações do meio externo. A profissionalização, a tecnologia, o aumento da regulação estatal, as políticas governamentais e o aumento das exigências dos clientes são alguns dos fatores que despertam a necessidade por mudanças, pela adoção de novos mecanismos de controle e, que acima de tudo estejam voltados à satisfação do cliente (Gonçalves, 1983; Nogueira, 1994; Mezomo, 2001; Gurgel & Vieira, 2002; Almeida, 2005; La Forgia & Couttolenc, 2008; Bonato, 2011; Alonso et. al., 2014; Vecina & Malik, 2014; Souza et. al., 2015). Tais necessidades exigem uma nova organização de saúde: esta passa a ser não mais um lugar para armazenar doentes, mas um local de referência social, que enxerga e busca um atendimento eficaz.

Além disso, há de se considerar que a sociedade alcançou um aumento de expectativa de vida, que resultou em um aumento dos índices de doenças crônicas e também desencadeou a necessidade de mudanças no segmento de saúde visando maior adequação e qualidade. Percebe-

se que as demandas são crescentes e, assim, hospitais podem ser vistos como organizações complexas, fato que pode impactar negativamente a adoção de mudanças (Colucci, 2013).

Gonçalves (2002) enfatiza que cresce nos hospitais a necessidade em aderir a modelos organizacionais, capazes de contribuir para sua sobrevivência. Isso envolve uma série de fatores que interagem intimamente com o ambiente externo no que diz respeito a aspectos sociais, políticos e econômicos. Aliado a esse ambiente estão também as necessidades dos usuários; o interesse dos funcionários que buscam na organização sua sobrevivência; os acionistas, que objetivam o lucro; as redes de planos de saúde, que mantêm relações comerciais com o hospital; e o governo, que defende metas de saúde a serem cumpridas (Nogueira, 1994). Dentre essas exigências, encontra-se a qualidade (Gonçalves, 2002), que representa exigência da maioria dos atores externos.

Todavia, quando essas exigências se deparam com a realidade hospitalar, o que se percebe é uma pouca aderência ou limitações consideráveis que muitas vezes impedem a correta implementação, fato que resulta na carência de informações confiáveis sobre qualidade, eficiência e custos, dificultando os esforços para melhorar a eficácia na prestação de serviços (Borba, 2006). Malik e Teles (2001), por exemplo, realizaram um estudo para identificar a presença de programas ou atividades voltadas a qualidade dos serviços em hospitais do estado de São Paulo-Brasil constatando que apenas 23% da amostra possuía alguma iniciativa, enquanto os outros 77% não apresentavam indício algum justificado pelo custo a ser despendido, demora na obtenção de resultados e falta de necessidade. Porém, instituições hospitalares aderentes colheram bons frutos como o atendimento as necessidades do cliente, reconhecimento da sociedade e avanços nos controles gerenciais (Balsanelli & Jericó, 2005).

Hirose, Imanaka, Ishizaki, e Evans (2003) analisaram o setor hospitalar do Japão a fim de levantar questões importantes para discussão de lacunas existentes quando se refere em qualidade e melhoras do setor no país. Os achados revelam, dentre outros pontos, as variações na qualidade do atendimento e a falta de divulgação de informações à sociedade, como taxa de mortalidade. Os autores destacam, por fim, medidas necessárias ao sistema hospitalar japonês, tais como a criação de um órgão responsável para avaliar e educar profissionais da saúde como ocorre nos hospitais do Reino Unido, bem como a promoção da padronização do atendimento.

Pölluste, Habicht, Kalda, e Lember (2006) pesquisaram a qualidade dos serviços de saúde prestados na Estônia, dentre os quais se incluem os hospitais, e concluíram que os instrumentos

de avaliação de qualidade são escassos, os incentivos para a qualidade são raros, existe pouca implantação de mecanismos de controle e garantia de qualidade mesmo com a presença de leis e regulamentos, e ausência de controle de desempenho em qualidade. Os autores ainda salientam que os esforços de lideranças sociais e organizacionais podem ser uma solução.

O fato da relação exigências externas (tais como profissionalização, exigências dos clientes, etc.) *versus* realidade hospitalar resultar na pouca implantação de novas práticas gerenciais, o que promoveria atendimento às demandas ambientais, reconhece como causa várias especificidades no segmento hospitalar. Por ser uma organização complexa, algumas distinções de natureza econômica e organizacional podem representar obstáculos na implementação de mudanças (Gonçalves, 1983; Zanon, 2001; Vecina & Malik, 2014; ANAHP, 2016). Pode ocorrer de as leis de mercado não se aplicarem totalmente ao setor devido à priorização das necessidades humanas, que sobrepõe aspectos como custos e preços; a concorrência geralmente não é um elemento de forte impacto; os recursos, muitas vezes, são limitados; a variabilidade do serviço e cada paciente se portar de um modo, fator que dificulta a padronização; o consumo do serviço é imediato e executado por grande número de profissionais; alguns colaboradores podem se opor às mudanças por praticarem comportamentos programados e já delineados; os médicos apresentam forte resistência a mudanças por possuírem grande autonomia se sentirem fiscalizados. (Nogueira, 1994; Bittar, 1996; Picchiali, 1998; Gurgel & Vieira, 2002). Ademais, a razão para a pouca implantação e monitoramento de práticas de qualidade gerenciais, tal como os Custos da Qualidade, podem ser fruto da convergência a um dos pressupostos de Deming (1990), que defende tal preocupação como restritiva e desnecessária, visto que a maioria desses custos não é mensurável, e tais informações (como o custo das falhas) chegam tarde demais, quando o cliente já está insatisfeito. De acordo com tal pressuposto, o hospital deve investir e desdobrar esforços sobre a qualidade em si, e dessa forma, a redução dos Custos da Qualidade será uma consequência, não havendo necessidade de monitoramento. Portanto, a falta de necessidade enxergada pelo hospital em adotar novas práticas pode representar uma das causas da pouca implantação. A exposição desses pontos permite afirmar que em hospitais pode existir uma grande dificuldade em alavancar processos de mudanças (Picchiali, 1998).

Diante dessas possíveis limitações a mudanças, a acreditação hospitalar representa uma importante tentativa para atender as demandas do setor hospitalar ao mesmo tempo em que contribui impulsionando a inserção de novas práticas na organização (Gonçalves, 2002; Feldman,

Gatto, & Cunha, 2005). Mostra-se como um instrumento externo de avaliação e gestão baseado em padrões de qualidade, que visa criar nos hospitais uma nova face da qualidade integrando a qualidade do serviço, as responsabilidades e perspectivas de melhoria contínua, ponto inicial de um processo de mudança institucional (ANVISA, 2004; Alonso et. al., 2014).

Quando o hospital entra em conformidade com os requisitos avaliados na Acreditação Hospitalar, recebe um selo de qualidade conferindo-lhe legitimidade perante o meio externo em termos de qualidade do serviço prestado, uma vez que a própria palavra “Acreditação” já se refere a conceder crédito, conceder reputação ou atestar como verdadeiro (Alonso et. al., 2014). Isto inclui desde novas formas de enxergar e agir perante problemas no hospital até a adequação dos processos, padronização dos procedimentos e documentação de todas as práticas de desempenho (Alonso et. al., 2014). Entretanto, como a Certificação de Acreditação Hospitalar representa uma mudança organizacional e os hospitais apresentam diversos obstáculos a mudanças, é cabível levantar a seguinte hipótese: quem possui o selo de qualidade pratica realmente todas as exigências de qualidade que proporcionem um serviço de excelência?

A obtenção de padrões, tal como uma Acreditação Hospitalar, não garante aumento de qualidade. Existem muitas medidas a serem implantadas para que a qualidade seja de fato melhorada. Vale destacar a adoção de programas de melhoria contínua, medidas de desempenho, uso de tecnologias da informação e adoção de instrumentos de controle (Mezomo, 2001; La Forgia & Couttolenc, 2008; Vecina & Malik, 2014; Devkaran & O’ Farrell, 2015). Gurgel e Vieira (2002) acrescentam que a Acreditação Hospitalar identifica elementos importantes para a qualidade do serviço, porém se restringe ao diagnóstico de problemas, e este é apenas o primeiro passo para a qualidade, faltando assim elementos que induzam, de fato, a melhoria. Problemas são apontados, mas as formas para solucioná-lo são desconhecidas.

Tais evidências mostram que ter um selo de qualidade hospitalar não garante que o serviço seja, de fato, exercido com excelência, visto que a implementação e execução de novas práticas gerenciais (dentre elas aquelas voltadas aos Custos da Qualidade) não dependem exclusivamente da avaliação oriunda da Acreditação Hospitalar para obter êxito.

Hospitais podem focar não somente no uso eficiente de recursos, mas também em competir por *status* e prestígio (imagem), reunindo e buscando instrumentos capazes de atrair olhares e pacientes, médicos de renomes e certificações, fatores que podem levar esse tipo de organização a operar segundo uma norma de legitimação social que, mesmo que às vezes possa

contrariar os princípios da eficiência econômica, exige da instituição o oferecimento de tudo o que os outros hospitais da região oferecem (Lee, 1971; Fennell, 1980 citado por Dimaggio & Powell, 1983). A preocupação íntima com a imagem pode levar a diferenças consideráveis entre exigência e prática real.

O hospital pode aderir a mudanças pelo fato de obter legitimidade perante seu ambiente institucional ainda que as novas práticas não integrem por completo suas rotinas reais. Partindo desse pressuposto, o certificado de Acreditação Hospitalar pode objetivar uma busca por legitimidade, e não necessariamente a conformidade efetiva ou a eficiência interna. Além disso, concerne salientar que qualidade é vista como uma necessidade capaz de trazer grandes benefícios, devendo ser encarada como um compromisso, contudo na prática as coisas, em sua grande maioria, não ocorrem dessa forma (Mezomo, 2001). Nesses casos, admite-se um caráter de mudanças cerimoniais ou adoções simbólicas. O entendimento desse dinamismo frente à realidade do hospital, bem como do nível efetivo de prática dessas mudanças podem ser captados pelo estudo das pressões ambientais externas e das respostas organizacionais, abordadas adiante (Dimaggio & Powell, 1983; Meyer & Rowan, 1977; Oliver, 1991).

Frente ao contexto exposto, percebe-se que as pressões externas exigem que os hospitais mudem, de acordo com práticas institucionalizadas externas, das quais destaca-se a qualidade. Uma das tentativas em atender a essas demandas externas pode se mostrar por meio da adoção de uma acreditação hospitalar, que lhe confere um selo de qualidade de serviço. Porém, como possui muitas vezes capacidade limitada em responder às demandas externas (por especificidades já apresentadas anteriormente), um selo de qualidade não garante de fato práticas efetivas de mudança direcionada para a qualidade. Isso evidencia uma lacuna entre o que é exigido pelos agentes externos para incorporação de práticas institucionalizadas e o que de fato é feito pelo hospital. Tal análise parte da adoção de uma Acreditação Hospitalar (fonte de mudanças organizacionais) e da análise aprofundada dos Custos da Qualidade.

A questão qualidade, geralmente aliada a redução de custos, é algo que vem conquistando grande importância em Ciências Contábeis e no próprio mercado, sendo cada vez mais alvo de discussões e debates, uma vez que passou a representar uma necessidade frente às mudanças ocorridas no ambiente, tais como a abertura de mercados e avanço da tecnologia (Luz, 2011; Mezomo, 2001; Vecina & Malik, 2014). A contabilidade inserida nesse novo contexto passa a agregar uma função mais íntima de gerenciamento e controle de custos, atentando a

oportunidades e obtenção de vantagem competitiva através de artefatos gerenciais evidenciados pela Gestão Estratégica de Custos, dentre eles os Custos da Qualidade (Pinto, 2012; Shank & Govindarajan, 1997). Gonçalves (2002) acrescenta que cada vez mais os hospitais estão assumindo um compromisso com a qualidade, reconhecendo como exigência externa dominante, porém, admite-se que a organização nem sempre está preparada para responder a essa exigência por diversos problemas, entre eles: cultura organizacional rígida e dinamismo dos recursos humanos.

Os pontos abordados formam um ambiente problemático no qual permeia essa pesquisa. Pode haver um *gap* entre o que é exigido e o que é realizado de fato em hospitais, frente às pressões institucionais externas por mudanças de acordo com regras institucionalizadas voltadas a qualidade, o que pode ser observado na Figura 1.

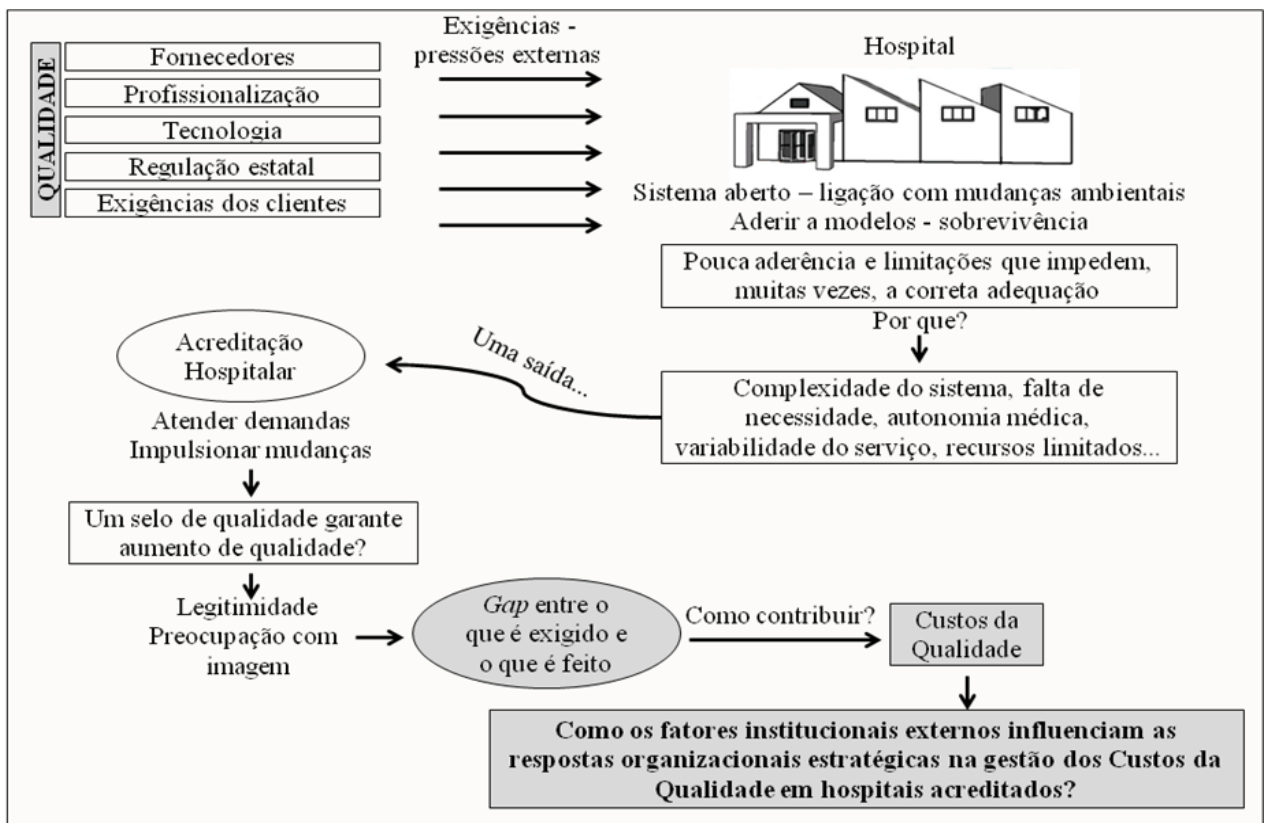


Figura 1. Problema de Pesquisa.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Voltado a isso, o estudo irá abordar as pressões institucionais sofridas pelas instituições hospitalares, bem como as respostas organizacionais tomadas pelas organizações diante de tais pressões por intermédio da seguinte questão de pesquisa: **Como os fatores institucionais**

externos influenciam as respostas organizacionais estratégicas na gestão dos Custos da Qualidade em hospitais acreditados?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Essa pesquisa tem como objetivo geral analisar as respostas organizacionais estratégicas admitidas frente a influência dos fatores institucionais externos na gestão dos custos da qualidade em hospitais acreditados.

1.2.2 Objetivos Específicos

Para atingir o objetivo geral, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- a) identificar quais elementos dos custos da qualidade são gerenciados pelos hospitais foco do estudo;
- b) verificar quais as pressões externas existentes nos hospitais analisados segundo as pressões isomórficas de DiMaggio e Powell (1983) e os preditores ambientais de Oliver (1991);
- c) identificar as respostas organizacionais estratégicas emitidas pelos hospitais em análise diante de pressões institucionais externas por qualidade;
- d) elaborar a matriz teórica das pressões institucionais e respostas organizacionais estratégicas, segundo o constructo de Oliver (1991);
- e) Investigar as respostas organizacionais estratégicas assumidas pelos hospitais analisados frente às pressões externas no que tange à gestão dos custos da qualidade;

1.3 JUSTIFICATIVA

Mesmo com a crescente conscientização sobre a importância da qualidade em organizações de saúde brasileiras, ainda é necessário superar barreiras para que os serviços prestados sejam providos de padrões de qualidade, o que envolve, dentre outros fatores, questões voltadas ao nível de eventos evitáveis e à gestão de recursos (Paim, Travassos, Almeida, Bahia, & Macinko, 2011). É evidente a necessidade por estudos das mudanças e reestruturações organizacionais e do setor visando agregação direta de valor, eficiência e qualidade ao serviço.

Mesmo diante do grande impacto social dos hospitais como parte do sistema de saúde brasileiro estes, até pouco tempo, recebiam pouca atenção dos formuladores de políticas e de pesquisadores (Guerra, 2011). De acordo com o Relatório Mundial da Saúde: “O Financiamento da Cobertura Universal”, da Organização Mundial da Saúde (OMS), entre 20% e 40% de todos os gastos em saúde são desperdiçados por ineficiência” (ANAHP, 2016, p. 10), o que mais uma vez retrata a carência e ao mesmo tempo a importância em atentar a aspectos voltados a qualidade e Custos da Qualidade nos hospitais.

Assim, a percepção da precariedade no sistema de saúde brasileiro bem como a pouca ênfase das pesquisas no setor hospitalar, conforme enfatizado, ressaltam a carência de pesquisas, e, sendo assim, explorar essas organizações significa contribuir para demanda do ambiente competitivo e da academia, bem como para a necessidade social, fatores esses que representam as principais motivações para o estudo.

Além desse cenário, é conveniente destacar como justificativa que a pesquisa, quando aborda como foco os Custos da Qualidade, está inclusa dentro da grande área de concentração do Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis da Universidade Estadual de Maringá: a Controladoria. Ainda, se localiza dentro da linha de pesquisa do autor (Contabilidade Gerencial) e da área de pesquisa da orientadora do trabalho: Gestão estratégica de Custos.

Como o estudo em questão analisa hospitais com selos de acreditação sob a perspectiva sociológica da Teoria Institucional, coube proceder com a exposição das justificativas pontuais em relação a cada escolha.

Optou-se pela área hospitalar devido às mudanças sofridas pelo segmento (Mezomo, 2001), a presença de uma grande legitimidade social para com o ambiente no qual esta inserida (Dimaggio & Powell, 1983), e as pressões isomórficas sofridas pelo setor que podem induzir a

uma maior homogeneidade das práticas de custos da qualidade, diante de uma mudança organizacional, que neste caso é representada pela Certificação de Acreditação Hospitalar.

O estudo englobou hospitais que possuem um selo de Acreditação Hospitalar pelo fato de que, para tal conquista, o hospital incorre em diversos gastos, tanto pelas adequações exigidas pela Acreditação, os chamados “Custos de Normalização”, quanto pelos gastos pagos ao organismo de Acreditação ao solicitar o processo de Acreditação (Appleyard & Ramsay, 2008; Mezomo, 2001). Partindo desse ponto de vista e levando em consideração as diversas mudanças exigidas voltadas a qualidade, considerou-se que tais organizações, quando acreditadas, efetuam a gestão dos Custos da Qualidade de forma mais ativa e efetiva, ou pelo ou menos, deveria atuar de tal modo, buscando a excelência, reduzindo retrabalhos ou o nível de falhas. Quanto a pesquisas envolvendo esse desfecho de mudanças voltado a qualidade, Pomey, Contandriopoulos, e Bertrand (2004) investigaram as mudanças organizacionais decorrentes do processo de Acreditação Hospitalar na França e ressaltam a necessidade de mais estudos que abordem tal impacto nas organizações de saúde. Acredita-se, assim, que a abordagem da pesquisa envolvendo a Acreditação Hospitalar pode representar um marco importante para análises sobre a maneira e o porquê são gerenciados e mensurados os Custos da Qualidade dentro do hospital.

Quanto à perspectiva teórica, diante da ineficiência em explicação sobre a dinâmica das organizações, cabe citar a necessidade em aperfeiçoar e utilizar modelos alternativos em relação a outras teorias ou óticas, a fim de tratar de realidades que estejam mais próximas da realidade organizacional (Dimaggio & Powell, 1983). Partindo do pressuposto que os Custos da Qualidade compõem parte da contabilidade gerencial, análises institucionais vão além de outras abordagens quando incluem como foco de análise aspectos como comportamentos e instituições como resultados das ações tomadas. Essa estrutura analítica conduz a uma melhor compreensão do ambiente e da mudança organizacional na contabilidade gerencial, possibilitando aos pesquisadores e gestores anteciparem problemas e dificuldades advindos de tal mudança (Burns & Scapens, 2000). Destarte, estudos utilizando a teoria institucional sugerem um campo promissor para pesquisas, visto a necessidade por análises e desdobramentos mais profundos, levando em conta o ambiente complexo em que as organizações se encontram e os inúmeros fatores que interagem entre si (Ribeiro & Scapens, 2006).

Quando existe um mecanismo de mudanças que interfere nas práticas de gestão inserido na estrutura institucional da empresa, tal como uma Acreditação Hospitalar (Carvalho, Falcão, &

Lopes, 1999), ou ainda quando há a necessidade de compreensão institucional da mudança, a teoria institucional mostra-se como adequada e eficaz, visto que possui como centro de interpretação a realidade organizacional, a busca pela legitimidade e o isomorfismo como formas de sobrevivência da organização (Ribeiro & Scapens, 2006).

Ainda a fim de expor o universo de pesquisa, que envolve conjuntamente hospitais, Acreditação Hospitalar e Teoria Institucional, coube destacar alguns estudos anteriores, que não necessariamente abordaram tais aspectos conjuntamente, mas ofereceram visões cabíveis ao objetivo central desse estudo. Santos (2008) investigou em sua dissertação os fatores institucionais que contribuem para o isomorfismo das práticas de contabilidade gerencial nas empresas do setor elétrico brasileiro. Com uso do método de levantamento, utilizou os constructos de Dimaggio e Powell (1983), Oliver (1991) e Scapens (1994) para identificar as pressões isomórficas sofridas pelas organizações do setor e interpretá-las segundo a teoria.

Mamédio (2014) analisou a possível influência do isomorfismo institucional no processo de acreditação hospitalar em um hospital na cidade de Curitiba-Paraná. Os resultados mostram que houve influência de pressões isomórficas e ficou evidente a busca pela legitimidade visando demonstrar qualidade, segurança e excelência do serviço prestado.

Portanto, o constructo de Dimaggio e Powell (1983) com foco nas pressões isomórficas, e o de Oliver (1991) com as respostas organizacionais frente às pressões institucionais, proporcionam um ambiente favorável ao desenvolvimento de pesquisas, principalmente diante de mudanças na organização, como é o caso da acreditação em hospitais.

Pelos argumentos expostos, foi possível perceber a necessidade e viabilidade do desenvolvimento deste estudo, além do que, a exploração e interpretação deste artefato da Gestão Estratégica de Custos na área hospitalar pode fornecer *insights* importantes para novas pesquisas, contribuindo para redução da lacuna existente atualmente na área contábil, além de criar novas oportunidades de avanços para as organizações.

1.4 CONTRIBUIÇÕES

Ao ambiente empresarial, a pesquisa contribui quando identifica e analisa as causas ou os porquês no modo dos hospitais agirem em relação ao tratamento e importância à gestão dos custos da qualidade frente a pressões institucionais externas. Isto contribui para o entendimento e

desencadeamento de reflexões estratégicas sobre os pontos em que as organizações estão falhando ou que necessitam de mais atenção e monitoramento, como as relações de dependência organizacional mantidas em prol da sobrevivência no mercado. Ademais, o conhecimento e análise de tais pontos pode contribuir para as readequações, inclusive no modelo de gestão do hospital em face ao ambiente externo e em meio às decisões. A demanda e necessidade por informações ou interpretações dessa natureza são grandes nos hospitais, que buscam assim, otimizar benefícios, reduzir custos, e controlar desperdícios frente à competitividade (Lima, Erdman, Prochnow, Leite, & Moreira, 2007), além de se posicionarem estrategicamente absorvendo oportunidades e combatendo assimetrias nas relações com os *Stakeholders*.

Além disso, mediante literaturas de Schiffauerova e Thomson (2006) e Romley e Godman (2008), os custos da qualidade em hospitais têm muito a evoluir e a contribuir, visto que a ausência de tal artefato pode acabar ocultando ou privando a organização de vantagens, uma vez que analisar os custos e as melhorias em qualidade fornece informações para identificar áreas críticas que necessitam melhorar e aquelas oportunas para investimentos e incentivos (Tatikonda & Tatikonda, 1996). Tal argumento foi corroborado na pesquisa, uma vez que a Gestão dos Custos da Qualidade são dignos ainda de pouca ênfase, o que priva o hospital de possíveis vantagens, inclusive estratégicas, como cita Zardo, Baum e Gientorski (1999) quando destacam que a empresa capaz de explorar estruturas e sistemas de informações dessa natureza possui maiores chances de executar a estratégia e conseqüentemente sobreviver no mercado competitivo, fato que trabalhado nessa pesquisa pode desencadear maior interesse pela temática nas empresas. Assim, o estudo contribui também no sentido de evidenciar possíveis vantagens às organizações que atentam e exploram a temática, identificando pontos imprescindíveis ao aumento de eficácia interna.

Morgan e Ramos (2008) pesquisaram os custos da qualidade no setor de construção civil do Distrito Federal - Brasil, concluindo que a atenção a tal temática é baixa, com apenas 15% da amostra utilizando-os como apoio a gestão. Já Souza e Collaziol (2006), que investigaram os custos da qualidade na prática empresarial de empresas de médio e grande porte, apontaram que na maioria existe baixa aplicação e prática de procedimentos e ferramentas voltadas a qualidade, fator evidente a nível mundial, mas com mais força no Brasil. Mas quais as causas desse pouco uso? Quais as influências das pressões do ambiente externo e interno e qual o impacto frente a essa pouca utilização? A pesquisa contribui na revelação da causa do pouco uso, que se dá pela

dificuldade em mensurar qualidade e na incerteza dos benefícios em meio as decisões. Esse cenário é cercado por pressões externas homogêneas dentre os estados brasileiros em análise, e que não pressionam para a gestão desses custos, o que faz com que a prática seja ainda limitada. A revelação de questões dessa natureza contribui em meio ao ambiente hospitalar, demonstrando a ânsia por estudos voltados à temática no Brasil e abrindo oportunidades a serem preenchidas por futuros trabalhos.

Quanto ao ambiente acadêmico, destaca-se a existência de um paradoxo quando retoma aos Custos da Qualidade. Pesquisas evidenciam a importância e buscam formas para alcançar vantagem competitiva, mas são poucas as publicações sobre a temática. Shank e Govindarajan (1997) destacam que tal temática é rica em medições e questões chave, mas é em grande parte ignorada ou alvo de pouca atenção pela literatura tradicional, talvez por representar algo estranho aos teóricos e pesquisadores da área contábil, situação um pouco mais estável na área da engenharia de produção. Sá (2003) pesquisou a evolução das publicações em custos da qualidade nos principais congressos da área no Brasil, no período de 1998 a 2002 concluindo que tal artefato é pouquíssimo explorado em tais eventos. Ribeiro e Arantes (2009) pesquisam as dissertações de mestrado em Custos da Qualidade na área contábil e concluem que apenas 2% das publicações na UERJ abordaram a temática. Pinto (2012) analisou a produção científica sobre o tema nos principais livros, revistas e congressos da área e concluiu que a contribuição oferecida pela área contábil no Brasil é insignificante, com níveis baixíssimos de publicações sobre qualidade e custos da qualidade, sendo o primeiro livro publicado sobre a temática o de Antônio Robles Júnior, em 1994. Grejo, Pavão, Camacho e Abbas (2015) realizaram uma pesquisa de mesma natureza e concluíram mais uma vez a existência de poucos estudos em Ciências Contábeis sendo apenas duas dissertações no Brasil envolvendo a temática.

Souza, Collaziol e Damacena (2010) investigaram a utilização das práticas de Custos da Qualidade, bem como sua importância na percepção dos gestores chegando a conclusões a nível empresarial e acadêmico. Concluíram que tal temática, embora muito propagada no meio empresarial, ainda não foi assimilada completamente pelos gestores, sendo a adoção por ferramentas ou programas de qualidade inexpressiva, cenário que não promete mudar, pelo menos em curto prazo, visto que 63% das empresas destacaram não haver nenhum planejamento voltado a esse contexto. Os autores concluíram também que falta envolvimento da contabilidade,

visto que a principal função é o fornecimento de informações úteis ao processo decisório. Por fim, ressaltam a urgência no desenvolvimento de outros estudos e pesquisas dessa natureza.

Assim, mesmo sendo considerado de grande importância, os Custos da Qualidade muitas vezes não são valorizados nas organizações. Esse contexto é ainda mais expressivo na academia, que carece de mais pesquisas que abordem o tema como em situações que englobe a forma como as organizações tomam decisões relacionadas à qualidade em ambientes práticos e sobre a redução de custos proveniente de programas dessa natureza (Schiffauerova & Thomson, 2006).

Com as conclusões desta dissertação contribui-se com a elucidação de fatores relevantes para a gestão da qualidade em hospitais, mas especificamente no que se refere aos Custos da Qualidade, tendo isso reflexo e contribuições tanto no meio empresarial quanto no acadêmico. No meio empresarial, a identificação dos fatores institucionais externos que influenciam na maneira como a organização gerencia e atenta aos custos da qualidade visou esclarecer pontos estratégicos a serem monitorados e oportunidades a serem aproveitadas, mediante análise da presença e intensidade de cada fator, bem como em sua influência perante as rotinas e decisões da organização. Além disso, foram fornecidas informações importantes sobre o uso efetivo de tal artefato na realidade dos hospitais para atores externos (principalmente para os pacientes), o que contribui para a compreensão do quanto um selo de qualidade impacta no modo de operar dessas organizações efetivamente. No meio acadêmico, o trabalho contribui no sentido de ampliar a minúscula parcela de estudos sobre Custos da Qualidade nos programas de pós-graduação em Ciências Contábeis no Brasil, bem como no apontamento de implicações importantes sobre a análise e resultados providos por tal artefato gerencial mediante a perspectiva institucional inserida no cenário organizacional.

1.5 ESCOPO DO TRABALHO

Visando melhorar o entendimento sobre a temática abordada, o presente estudo admitiu como escopo a análise dos Custos da Qualidade em hospitais a partir da Acreditação Hospitalar. Vale destacar alguns pontos:

- quanto ao artefato gerencial de Gestão Estratégica de Custos: o estudo abordou estritamente os Custos da Qualidade. Não foram investigados outros artefatos gerenciais ou instrumentos de avaliação de qualidade como a ISO 9000 ou o TQM (*Total Quality*

Management), visto não ser o foco do estudo. Também não foram explorados outros caminhos, mesmo admitindo tamanha importância, dentre os quais destaca-se o impacto da qualidade na estratégia da empresa, o processo de preparação para acreditação e a mensuração da qualidade no serviço de um hospital acreditado;

- quanto ao objeto de estudo: essa pesquisa trata-se de um estudo de caso múltiplo em dois hospitais, sendo um acreditado pela ONA (Organização Nacional de Acreditação) e outro pela JCI (*Joint Commission International*);
- quanto às pessoas entrevistadas: foram selecionados os superintendentes, diretores, gerentes, *controllers* e o pessoal do departamento de qualidade. Tal escolha pautou-se na hierarquia organizacional e no impacto dessas pessoas na gestão e nos Custos da Qualidade. Além disso, qualquer outro departamento, bem como médicos e pessoal de nível operacional não foram inclusos como fontes de dados dessa pesquisa;
- quanto a Acreditação Hospitalar: quando a organização adere a uma Acreditação Hospitalar, várias são as mudanças organizacionais de possível ocorrência na organização, tais como no processo de tomada de decisão, mapeamento de processos, mudança de estratégia e de estrutura física e operacional. Todas essas mudanças, analisadas a partir de um Certificado de Acreditação como fonte de mudança organizacional podem representar pontos relevantes para pesquisas empíricas, mas enfatiza-se que não foram abordadas neste trabalho.

Adicionalmente, também não foi objetivo desse estudo testar empiricamente as previsões constantes no escopo do trabalho de Dimaggio e Powell (1983) e Oliver (1991), mas analisar os Custos da Qualidade em hospitais a partir da ótica institucional.

Outro aspecto de destaque se refere possíveis generalizações e validade do estudo. As análises foram realizadas dentro de um contexto regional, que compreende o estado do Paraná e Rio Grande do Sul entre os anos de 2016 e 2017, o que leva a crer que generalizações e validade dos resultados se limitam a tal aspecto. Além disso, as conclusões aqui obtidas podem não ser válidas em outros segmentos empresariais devido às especificidades do setor de saúde, mais precisamente o que inclui os hospitais. Stake (2006) ainda destaca que os achados dos estudos de caso contribuem na atenção e atuação de uma situação local de modo profundo, e não necessariamente deva representar casos em geral.

1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO

Além dessa introdução, esta dissertação está estruturada em mais quatro capítulos.

O segundo capítulo destina-se a apresentar a fundamentação teórica da pesquisa. Em um primeiro momento contempla o marco teórico utilizado para as análises propostas. Isso inclui o contexto em que atua a Teoria Institucional voltado ao enfoque da Nova Sociologia Institucional ou NIS – *New Institutional Sociology*, aspectos sobre legitimidade, mudanças organizacionais e *decoupling*, e, por fim, os constructos teóricos utilizados, ou seja, as abordagens de DiMaggio e Powell (1983) e Oliver (1991). Na segunda parte do capítulo é apresentado o artefato da Gestão Estratégica de Custos em questão: os Custos da Qualidade. Foram explorados conceitos e autores destaques com o intuito de retratar claramente o artefato gerencial, bem como sua relevância na contabilidade gerencial e no ambiente organizacional. Por fim, apresenta-se o setor hospitalar, que envolve suas características, contexto histórico, ligações com a Nova Sociologia Organizacional (NIS) e aspectos sobre acreditação hospitalar.

O terceiro capítulo aborda a metodologia da pesquisa, com a exposição das variáveis utilizadas, bem como as relações traçadas e o modelo conceitual da pesquisa. Também engloba as classificações do marco teórico metodológico do estudo e forma de análise dos dados, que manteve como foco a técnica da análise do discurso e análises de casos cruzada.

No quarto capítulo são apresentados os resultados da pesquisa. Foram analisados os dados provenientes das entrevistas, observações e análises documentais segundo os pressupostos institucionais ressaltados no marco teórico da pesquisa. Primeiramente foram apresentados os resultados a etapa descritiva da pesquisa, sobre os custos da qualidade. Após adentrou-se em um contexto mais interpretativo, com base na análise do discurso, e foco nos fatores institucionais e nas respostas organizacionais estratégicas.

O quinto capítulo apresenta as conclusões, recomendações e limitações da pesquisa. Primeiramente foi retomada a questão de pesquisa e os objetivos a fim de respondê-los com base nos achados dos casos. A partir disso, foram apresentadas as principais evidências do estudo, bem como as limitações e recomendações para trabalhos futuros.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 TEORIA INSTITUCIONAL

O entendimento da natureza das instituições, bem como seu controle sobre as atividades e estruturas organizacionais nunca foi algo claro e definido dentro do pensamento científico, questão essa que permeou diversas teorias, da economia à política (Tolbert & Zucker, 1996; Caldas & Fachin, 2005; Crubellate, 2007).

Visando abordar lógicas interpretativas dessa natureza, desde as primeiras concepções da Teoria Institucional, correntes de pensamentos foram se desenvolvendo a ponto de atingirem essências e óticas distintas, mesmo almejando um mesmo objetivo: compreender a institucionalização e os fatores que influenciam a estabilidade ou mudança das práticas organizacionais. Antes, predominava na maioria dos estudos organizacionais a concepção racionalista, onde a ação está subordinada a razão, de forma que todas as ações são racionais e dirigidas a objetivos claros. Por outro lado, surgem indícios de que as pessoas passam por um processo complexo para tomar decisões ou executar ações, e que isso nem sempre é consciente, resultando na inclusão de hábitos inconscientes nas análises da ação humana. Esta ruptura de crença chamada “racionalidade limitada” foi abordada nas perspectivas institucionais com um novo olhar às estruturas cognitivas, contribuindo para a transição do velho para o novo institucionalismo (Carvalho et. al., 1999; Crubellate, 2004).

A Teoria Institucional no âmbito da Teoria das Organizações possui três vertentes dentro das análises organizacionais. A primeira centra a análise em aspectos institucionais ambientais, ou seja, externos à organização. A segunda foca no que é chamado processo de institucionalização, isto é, na difusão de estruturas ou processos organizacionais legitimados no meio social. A diferença entre essas duas vertentes é que nessa última o foco não recai sobre as instituições como produto, mas sobre o processo pelo qual são criadas e difundidas. Já a terceira busca integrar o modo de analisar o fenômeno social, quer dizer, pensando em nível macro e micro. Quanto às duas primeiras vertentes, a literatura nomeou como Velho e Novo Institucionalismo, respectivamente, e a última, como Nova Teoria Institucional (Crubellate, 2004).

A vertente da Teoria Institucional sob pressupostos econômicos, mais especificamente dada como Velha Economia Institucional ou *Old Institutional Economics* (OIE), traz, dentre as contribuições, conceitos de instituições, regras, rotinas e hábitos como fatores que ajudam entender como a organização muda e se adapta ao ambiente, adotando ou excluindo práticas (Scapens, 2006). A Nova Economia Institucional ou *New Institutional Economics* (NIE) traz pressupostos econômicos baseados na Teoria Neoclássica da Firma. Carvalho et. al. (1999) complementa que a orientação econômica coloca em evidência as instituições econômicas, os mercados e as relações contratuais tornando as transações foco de análise, e que uma característica essencial nesse contexto é a inserção do processo econômico na construção social.

A outra vertente trata da visão sociológica, ou seja, a Nova Sociologia Institucional ou *New Institutional Sociology* (NIS), inclui não somente a visão organizacional interna, mas a interação dos atores sociais com o ambiente externo, também chamado campo organizacional (Dimaggio & Powell, 1983).

Os estudos utilizando como abordagem o velho institucionalismo declinaram devido à ascensão de análises voltadas a reflexões sobre conceitos de vida e atores sociais. Enquanto o velho institucionalismo tinha foco nas pessoas e grupos incorporados em contextos culturais e estruturais, o foco do novo institucionalismo, incluso neste a NIS, inclui as relações atores-ambiente, com plena visão do ambiente afetando comportamentos e práticas das pessoas e organizações (Meyer, 2007).

Ainda como precursor relevante para a formação da perspectiva institucional encontra-se a orientação política, que centrou no direito constitucional e na filosofia moral, com foco na ordem administrativa, estruturas de governo e relações de poder. Isso possui raízes que se encontram no Novo Institucionalismo, quando tratam da estrutura política junto aos fenômenos sociais, e na esfera econômica (Velho Institucionalismo) quando aborda aspectos de escolha racional, considerando as organizações racionalmente construídas pelas pessoas para alcançar seus objetivos (Carvalho et. al., 1999).

Esta seção aborda a Teoria Institucional como um ponto de vista teórico importante na análise das organizações, que vai ao encontro de um problema fundamental na teoria e pesquisas dessa natureza: as especificações das condições em que um comportamento organizacional é mais provável, sendo a abordagem institucional uma estrutura útil e vantajosa na exploração de tal questão (Tolbert & Zucker, 1996). Além disso, a inclusão da perspectiva cognitivista –

implícita ou explicitamente - representa uma das principais influências nos estudos providos da Teoria Institucional, com foco principalmente na análise na permanência de estruturas sociais ao longo do tempo, bem como em processos isomórficos (Crubellate, 2004).

Análises institucionais já contribuíram para análises de grande variedade de fenômenos, tais como o desenvolvimento e disseminação de políticas e definição da missão organizacional. Porém, é cabível destacar que não existe pleno consenso entre os conceitos-chave e as medidas ou métodos usados em tal abordagem. O contexto recorre à percepção de que faltam pesquisas que abordem o processo para institucionalização, não somente com natureza qualitativa e descritiva, mas análises voltadas aos determinantes das variações dos níveis de institucionalização e no que tal grau pode afetar a estrutura ambiental e organizacional (Tolbert & Zucker, 1996).

Esse e outros fatores levam a crer que a teoria institucional apresenta estrutura favorável e uma abordagem que contribui ativamente na explicação das estruturas organizacionais, bem como as mudanças que ocorrem dentro de tal contexto, incluindo esclarecimentos, aplicação de ideias e ferramentas metodológicas reforçadas. Inclui uma série de questionamentos como o que age para causar a mudança, os porquês, e quais os benefícios inclusos na criação de estruturas isomórficas semelhantes (Tolbert & Zucker, 1996; Scott, 2008). Os autores ainda ressaltam a importância de novas pesquisas que abordem tais pontos, visto que isso contribui na solidificação dos pressupostos da teoria através de evidências teóricas e empíricas.

Ao incluir relações com tradições sociais, resgatando conceitos como legitimidade e campo organizacional, a Teoria Institucional incrementa o poder explicativo da Teoria Organizacional. Os fatores globais existentes hoje e a complexidade dos sistemas podem não ser explicados totalmente por perspectivas racionalistas, omitindo ou não explorando fatores socioculturais, nem se mostrarem por meio apenas de estudos que oferecem meras reproduções. A inclusão de valores compartilhados no ambiente nas análises organizacionais eleva a Teoria Organizacional no meio teórico e empírico, e desencadeia novos e profundos estudos (Carvalho, Vieira & Goulart, 2005).

Sendo assim, o objetivo do tópico em questão é de expor e discutir conceitos da Teoria Institucional e como são inclusas as explicações e reflexões sobre o comportamento organizacional, voltado a constituir uma fundamentação consistente para identificação dos fatores institucionais que influenciam as respostas organizacionais estratégicas, bem como a

interpretação dessas frente à gestão dos custos da qualidade em hospitais. Dessa forma, são abordados mais especificamente conceitos da vertente sociológica da Teoria Institucional (NIS), como as mudanças organizacionais, a legitimidade, o *decoupling* e, por fim, os dois constructos teóricos base para este estudo, que compreende DiMaggio e Powell (1983) e Oliver (1991).

2.1.1 Nova Sociologia Institucional (NSI)

A Nova Sociologia Institucional ou Novo Institucionalismo Sociológico é uma vertente da Teoria Institucional que ultimamente vem ganhando considerável espaço nos estudos das organizações, se tornando influente e eficaz ao abordar aspectos do desenvolvimento institucional (Meyer & Rowan, 1977; DiMaggio & Powell, 1983; Caldas & Fachin, 2005; Crubellate, 2007). A concepção predominante até então na Teoria Institucional era de que as organizações eram sistemas fechados, completamente autônomos, enxergadas como verdadeiros agentes racionais, dirigindo suas escolhas de acordo com seus próprios interesses, formados de modo consciente (Crubellate, 2004). Além disso, Bonazzi (2000) citado por Peci (2006) complementa que enquanto as correntes tradicionais enxergavam como objeto de estudo as organizações como seres individuais e o ambiente em segundo plano, a NIS aborda as organizações individuais como produtos ou consequência do ambiente no qual estão inseridas.

Por conseguinte, as pesquisas organizacionais mudaram de foco, incluindo os efeitos das forças ambientais na estrutura organizacional (Tolbert & Zucker, 1996), ou seja, houve uma expansão das análises institucionais, que agora incluem as mudanças institucionais e a exploração dos processos de mudanças em contexto macro social. Destarte, foi instaurado um conflito envolvendo a natureza dos atores e sistemas sociais e sua relação com o ambiente, mais especificamente no que tange à ótica de sistemas fechados e racionais versus a noção de sistemas abertos (Crubellate, 2007).

Inserida na Sociologia, pontualmente no contexto da Teoria das Organizações, a NIS compreende uma abordagem que rejeita modelos de atores racionais, tendo como foco a visão de instituições como variáveis independentes voltando-se a explicações cognitivo-culturais, bem como no interesse em unidades individuais de análise, não minimizando os resultados das análises a consequências diretas ou motivos individuais, isto é, tendo por base um campo mais

amplo e uma visão holística dos fatores que influenciam na análise institucional em questão (Meyer & Rowan, 1977; Dimaggio & Powell, 1983). Assim, a NIS vê que é necessário rejeitar os pressupostos do individualismo metodológico e da racionalidade individual, e vai de encontro a aspectos culturais, sobrepondo atenção especial à forma como a realidade social é construída, partindo da conjectura que as pessoas habitam um mundo socialmente construído por regras e significados tomados como corretos, sendo muitas de suas ações não intencionais ou conscientes mais dominadas pela inconsciência ou rotinas institucionalizadas (Carruthers, 1995; Peci, 2006). Além disso, Zucker (1977) admite que as organizações são estruturadas pelos fenômenos ocorridos em seu ambiente institucional, convergindo, assim, a tornarem-se semelhantes a este, uma vez que os elementos estruturais se difundem porque o ambiente institucional cria limites de abrangência, exigindo que as organizações os incorporem. Dentro desse contexto, torna-se necessária atenção aos níveis de análise quando se trata da institucionalização de fenômenos dentro do Novo Institucionalismo, conforme Tabela 1.

Tabela 1. Níveis de análise no Novo Institucionalismo

Contexto da institucionalização	Abrangência	Fonte primária de Institucionalização	Problemática
Contexto Institucional	“posições políticas, programas e procedimentos da moderna organização [...] são manifestações de poderosas regras institucionais que funcionam como mitos altamente racionalizados” (Meyer e Rowan, 1977, p. 343).	Estado Sistema Mundial	As organizações tornam-se “audiência” passiva de conhecimento institucional, porque as regras formam-se a partir do Estado ou até do sistema mundial.
Contexto organizacional	“Organizações que, em suma, constituem um campo reconhecido de vida institucional” (Dimaggio e Powell, 1983, p. 148).	Redes interorganizacionais Outras organizações	Embora a maioria das relações possa ser estabelecida entre as organizações do mesmo “campo”, a institucionalização pode transcender as fronteiras de um único campo.
Estrutura interna da organização	Organizações isoladas, às vezes, redes interorganizacionais.	Indivíduos interagindo nas organizações	Não consegue estabelecer um esquema teórico coerente, que possa levar em consideração o ambiente institucional.

Fonte: Adaptado de Zucker (1987) citado por Peci (2006).

Partindo desses pressupostos, admite-se que a estrutura organizacional é moldada pelo ambiente social, não por critérios técnicos, racionais ou por eficiência, mas na busca pela legitimidade social. Isso vai de encontro ao isomorfismo institucional de DiMaggio e Powell (1983) e às estruturas formais de Meyer e Rowan (1977), que representam estudos voltados a explicar a forma e os motivos das mudanças na estrutura organizacional em contextos onde a eficiência é enxergada como prioridade inicial. Esse argumento desafiou modelos de estrutura até então dominantes sob várias perspectivas, como o fato de que a atenção se retorna a influências externas, impondo às características organizacionais internas tradicionalmente consideradas como fontes de estrutura formal, uma posição secundária; e ao que tange a aspectos de avaliação organizacionais, uma vez que as estruturas formais podem ou não serem reais (como por exemplo, práticas cerimoniais) (Tolbert & Zucker, 1996).

DiMaggio e Powell (1983) regressam aos campos organizacionais, argumentando que as organizações estão se tornando mais homogêneas, no entanto as mudanças estruturais são cada vez menos decorrentes da concorrência ou pela busca de eficiência, mas sim como resultados de processos que tornam as organizações mais similares. Ressaltam ainda que a maioria dos estudos da Teoria Organizacional pontua as variações entre as organizações em relação à estrutura e comportamento, mas o foco agora seria a explicação da homogeneidade organizacional, captado por processos limitantes que forçam as organizações a se assemelhar a outras, o chamado isomorfismo (coercitivo, mimético e normativo).

Meyer e Rowan (1977) defendem que as estruturas organizacionais formais são reflexos das regras institucionalizadas no ambiente social, no qual as organizações incorporam-nas visando primordialmente legitimidade seguida de recursos, eficiência, estabilidade, dentre outros fatores, o que pode impulsionar a incorporação de significados compartilhados, acabando por tornar as estruturas complexas e ao mesmo tempo isomórficas, não garantindo decisões ou resultados mais eficientes, mas contribuindo no sentido de manter as aparências e conferir legitimidade (aspecto que corrobora com DiMaggio e Powell, 1983). Constitui, portanto, uma lógica de racionalização social, por onde a institucionalização é vista como um processo gradual de justificação de determinadas práticas que objetivam legitimidade, sendo isso essencial na compreensão da natureza simbólica das estruturas e práticas organizacionais institucionalizadas (Crubellate, 2004).

Percebe-se que a escolha da legitimidade ante a eficiência organizacional desencadeou muitas reflexões e esforços por onde se buscou evidenciar fatores e casos que contribuíssem para uma fundamentação consistente e satisfatória. Além de Dimaggio e Powell (1983) e Meyer e Rowan (1977), já explicitados, Tolbert e Zucker (1996) incluem no arcabouço teórico institucional a busca voltada a exploração do modelo de ator racional e do modelo institucional, enfatizando que a prioridade de escolha pela legitimidade ante a eficiência pode ser enxergada através da existência e de foco voltado à dualidade de percepções de atores individuais, onde de um lado preocupam-se com a maximização de resultados, cálculo de ganhos e estudos da melhor escolha, e por outro lado há o ator considerado supersocializado, que aceita inquestionavelmente e segue normas sociais sem qualquer reflexão ou resistência. Os autores ressaltam, porém, que os dois modelos de atores não devem ser tratados como opostos, mas como dois extremos de um *continuum* de processos e comportamentos para tomada de decisão (Tolbert & Zucker, 1996).

Assim sendo, um dos grandes diferenciais do Novo Socialismo Institucional é a atenção diferenciada aos fatores ambientais externos na realidade organizacional uma vez que a adoção de procedimentos ou regras institucionalizadas pode melhorar a aparência organizacional, criando uma realidade de escolhas racionais e conseqüentemente tornando-as legítimas (Carruthers, 1995; Crubellate, 2004). Como as pessoas se comportam e tomam decisões nas organizações depende menos do mundo objetivo e muito mais sobre como percebem o mundo, fator que evidencia percepções subjetivas, mas que mostram, porém, que não são individuais, todavia advém de percepções coletivas que convergem mais uma vez às escolhas organizacionais admitidas no ambiente institucional, bem como no processo de homogeneização (Dimaggio & Powell, 1983; Carruthers, 1995).

Ainda que os estudos abordados representem suporte satisfatório aos pressupostos apresentados e defendidos na Nova Sociologia Institucional (NIS), os mesmos foram alvo de críticas, principalmente ao que se refere a abordagem determinística (ou conformista), fato que pode ser constatado em especial nas obras de Zucker (1987) e Dimaggio e Powell (1983). Crubellate (2007) complementa que mesmo com a nova ênfase abordada no Novo Institucionalismo, a tradição contingencialista com tratamento das instituições como variáveis independentes ainda se mantiveram, tornando-se alvo para críticas.

Zucker (1987) considera que o ator social não possui papel independente na manutenção das instituições, uma vez que seu comportamento é restrito e, assim, a estrutura social determina

o comportamento de grupos menores de indivíduos. A autora ainda traça evidências da teoria funcionalista, com abordagem interpretativa, fato que define a persistência cultural como decorrência e não mais como característica do processo de institucionalização. Isso conduz a uma visão de institucionalização sob a ótica conformista e homogênea, mesmo na presença de mudanças paradigmáticas relevantes, como o resgate dos atores e a mudança de aspectos normativos para cognitivos (Machado-da-Silva, Fonseca, & Crubellate, 2005; Crubellate, 2007).

Tal constatação, na visão de Machado-da-Silva et. al. (2005) e Beckert (2010) também foi destacada por Dimaggio e Powell (1983) quando definem os tipos de isomorfismo (coercitivo, mimético e normativo) e quando associam o velho institucionalismo com a mudança e o novo institucionalismo com permanência, pois consideram-se que a persistência de padrões sociais é presente na abordagem do velho institucionalismo e o ator social é levado em conta no novo institucionalismo. Percebe-se que quando se admite somente a permanência na NIS, existe uma convergência à conformidade e ignora-se as características e reações dos atores institucionais frente a aspectos de mudança da estrutura organizacional.

As críticas provenientes principalmente da desconsideração do ator social ou a crença de que tal ator não possui independência na manutenção das instituições devido às restrições existentes no ambiente, bem como a análise incompleta a nível macro desencadeou outras abordagens como a heterogeneidade institucional, as variáveis capitalistas, e o contexto de sistemas de negócios (Beckert, 2010), como o estudo de Oliver (1991), que propõe que as organizações, quando diante de pressões institucionais, reagem de formas estratégicas distintas e não se submetem plenamente à conformidade. Para isso, aborda a perspectiva institucional e da dependência de recursos, enfatizando a necessidade de estudos demandando considerável atenção ao comportamento organizacional tomado pelas organizações quando entram em contato com qualquer força institucional. A autora propõe que as respostas estratégicas variam da conformidade (aquiescência) à resistência (manipulação), dependendo da pressão imposta à organização. Isso mostra que a conformidade às exigências institucionais não é totalmente inevitável e que, dependendo do grau de institucionalização, haverá maior ou menor margem para resistência e mudança (Machado-da-Silva et. al., 2005). Este foco de estudo está ligado à exploração e análise de aspectos componentes, definidores ou influenciadores da ação social por meio de formas distintas, buscando explicar a difusão de padrões de escolha e de ação semelhantes e seus mecanismos definidores (Crubellate, 2004).

É fato que existem influências poderosas que moldam as mudanças institucionais rumo a homogeneidade. Entretanto, no universo organizacional e global de hoje, existe a possibilidade ou a tentativa de as organizações burlarem ou ignorarem aspectos dos modelos institucionais impostos de acordo com o que lhes for percebido como mais vantajoso, contexto esse que volta a estimular a heterogeneidade entre as mesmas (Beckert, 2010). A solução identificada para resolução do aspecto determinístico ou conservador na Nova Sociologia Institucional se revela no retorno à ênfase de conceitos como o poder incluindo conceitos voltados a voluntariedade, visto que predomina a negação da importância da legitimidade. Considerando essa linha de análise, o Novo Socialismo Institucional estaria no nível intermediário entre os extremos do determinismo e da voluntariedade (Machado-da-Silva et. al., 2005; Caldas & Fachin, 2005; Crubellate, 2007).

Crubellate (2007) complementa que é necessário e importante enxergar a instituição não como um estado final, mas como algo construído ou estabilizado provisoriamente. Essa visão facilita o entendimento do porque elas não determinam a ação e agem como um processo. Se as ações dos sistemas são baseadas em expectativas (micro nível) presumidas em terceiros (macro nível), então a medida em que as expectativas de terceiros estiverem institucionalizadas, maior será a possibilidade de que as organizações desenvolvam expectativas concernentes a elas. É dessa forma que as instituições afetam as ações nas organizações, sem determiná-las, mais influenciando do macro para o micro nível, dando brecha às distinções dentre os comportamentos organizacionais possíveis.

2.1.1.1 Mudanças organizacionais

A questão mudança ou o porquê as organizações respondem de forma diferente às pressões institucionais começou a ser explorada na década de 90, e a partir disso começou a ganhar atenção (Machado-da-Silva et. al., 2005; Powell, 2007; Beckert, 2010).

Costa, Souza e Albuquerque (2012) evidenciam que a necessidade e o grau de adaptação diante das mudanças do ambiente organizacional têm levado muitos estudiosos a tentar buscar explicações dos motivos que fazem as organizações, de fato, a mudar. Greenwood e Hinnings (1996) citados por Costa et. al. (2012) exploram a dinâmica intraorganizacional integrada à dinâmica no contexto institucional como elementos essenciais para a mudança organizacional

visto que o comportamento organizacional é resposta não somente a pressão do mercado, mas do ambiente institucional.

Scott (2008) aponta que as organizações se sentem forçadas a mudar estruturalmente em resposta às demandas institucionais, e que essas mudanças, a primeira instância, podem ser superficiais, só para manter as aparências (adoção cerimonial), porém ao longo do tempo tendem a se solidificar e tornar-se mais significativas. Dessa forma, mudanças ou expectativas institucionais nem sempre alteram de fato as ações na organização, fator que leva a questão sobre voluntarismo e análises fenomenológicas na Teoria Institucional (Tolbert & Zucker, 1996).

Tolbert e Zucker (1996) complementam que a visão de mudanças organizacionais leva a possíveis conflitos institucionais e à questão da dependência de recursos. Apontam que as análises devem ser focadas sobre a conformidade com os agentes externos e as demandas existentes de recursos para sua sobrevivência. Costa et. al. (2012) complementam que ao serem percebidas mudanças externas, a organização busca ao máximo possível adequar-se, mesmo que seja cerimonialmente, pois, caso não opte para isso, é provável que haja redução em sua participação na economia e campo de atuação, sendo a mudança estrutural em conformidade com as exigências dos atores da qual depende de recursos, geralmente a solução mais vantajosa.

Como exemplos de pesquisas anteriores, Ogata e Sprakman (2013) analisaram a persistência e a mudança na Contabilidade Gerencial em mais de trezentos anos em uma organização por intermédio de um estudo de caso, concluindo que a estruturação e institucionalização das práticas ocorreram em momentos diferentes e por diferentes razões, destacando que várias práticas da Contabilidade Gerencial não foram eliminadas nos processos de mudança, mas acrescentou-se àquelas exigidas e legitimadas pelo ambiente institucional, de modo a constituir um conjunto eficaz e que busca equilibrar interesses externos e internos. Nesta dissertação as análises de mudança se estenderão nesta direção, ou seja, de analisar o que é realizado em relação as práticas da Contabilidade Gerencial referente aos Custos de Qualidade e, após, identificar o que e como isso ocorre na organização hospitalar, de maneira a enxergar as respostas organizacionais admitidas pelo hospital frente à gestão dos Custos da Qualidade.

Por fim, é importante destacar que não somente a organização muda em decorrência das pressões externas, todavia o próprio ambiente institucional passa por mudanças, que podem advir de rupturas que ocorrem em maior ou menor grau em nível exógeno, por conta de características de seus ambientes vizinhos ou por razões políticas, econômicas ou sociais; e endógeno por conta

de possíveis desencontros entre interesses macro e micro nível ou inconsistências entre os elementos institucionais (Scott, 2008). Tais ocorrências interferem ativamente no ambiente organizacional através de uma reação em cadeia, isto é, primeiramente o ambiente institucional muda, e, em seguida, essas mudanças são impostas às organizações dentro de um campo organizacional. Isso representa um ponto relevante na abordagem das mudanças organizacionais.

2.1.1.2 Legitimidade

A legitimidade aparece comumente na literatura como o grau de apoio cultural que a organização obtém do meio social de acordo com aquilo que pratica ou difunde dentro de seu ambiente institucional (Carvalho et. al., 1999), sendo gerenciada por atitudes internas ou ações visando a obtenção de alguma consequência ou efeito, ao invés de imposição externa aos agentes (Weber, 1924 citado por Machado-da-Silva et. al., 2005).

Suchman (1995) conceitua como “uma percepção ou suposição generalizada de que as ações de uma entidade são desejáveis, adequadas ou apropriadas dentro de um sistema socialmente construído por normas, valores, crenças e definições” (p. 574). Trata-se do nível em que as práticas de uma organização estão alinhadas com aquilo que é valorizado ou enxergado com bons olhos pelo meio social, ou seja, o grau de aprovação social das práticas organizacionais. Scott (1995) define como uma condição ou estado que reflete o alinhamento cultural, apoio normativo ou consonância com as regras ou leis mais importantes. O refletir pondera a reação causada pelos atores sociais externos diante da forma como a organização atua e está estruturada dentro do campo organizacional em que se encontra inserida.

Machado-da-Silva et. al. (2005) e Carruthers (1995) consideram a legitimidade o núcleo ou a palavra-chave no Novo Institucionalismo pelo fato de se revelar como o elemento que impulsiona a manutenção ou mudança das instituições por diversas formas, tal como o questionamento sobre a aceitação de normas, práticas e procedimentos oriundos de pressões institucionais. A importância é tão evidente que autores como DiMaggio e Powell (1983) e Tolbert e Zucker (1996) pontuam que as organizações incorporam práticas e procedimentos institucionalizados na sociedade para aumentar a legitimidade e sobrevivência acima da eficiência. Dessa forma, são englobados conceitos voltados à reflexão contínua, aceitabilidade,

rejeição e adequação ou conformidade, a fim de que seja construído e identificado o nível de aderência às expectativas da ordem social (Dephouse & Carter, 2005).

A estrutura organizacional tende a ser construída a partir dos interesses ou pressões do ambiente institucional em que a organização está inserida, pois a partir do momento em que busca a conformidade auferir legitimidade perante o meio social. Partindo dessa percepção, a obtenção de legitimidade aos olhos dos agentes externos (por exemplo, estado, profissões, sociedade) representa uma atitude estratégica para sobrevivência das organizações (Carruthers, 1995; Peci, 2006), quer dizer, quanto mais busca se adequar às pressões institucionais do ambiente ou procura demonstrar isso a seus constituintes, mais se legitimará estrategicamente e isso consequentemente lhe trará maiores chances de sobreviver no campo organizacional.

Por conseguinte, em posse da ameaça de não permanência no ambiente, tais pressões institucionais impostas às organizações impulsionam e em alguns casos obrigam à conformidade, o que confere a organização apoio e recursos, dentre outros. Isso leva a crer que nem sempre as organizações obedecem a normas e expectativas externas porque acreditam ou porque aquilo constitui a realidade, mas posto que são recompensadas (Scott, 1987). A não incorporação de práticas que compõe a “paisagem social” na estrutura formal organizacional pode acarretar ilegitimidade e perda de espaço e oportunidades, enquanto o contrário representa uma prestação de contas das atividades praticadas, fato que protege a organização de ter a conduta questionada e retrata sua legitimidade (Meyer & Rowan, 1977).

As estratégias tomadas por uma organização podem não ser racionais se adotadas em grande número, no entanto o fato de tal estratégia ser aceita e aprovada pelo meio social (legitimadas) aumenta as chances para que seja aceita dentre mais organizações. Assim, as organizações podem tentar mudar, entretanto, depois de certo tempo inseridas no campo organizacional, o efeito da mudança diminui, pois todas caminham em um mesmo rumo, o de se legitimar (DiMaggio & Powell, 1983). O isomorfismo retrata essa consequência por meio da incorporação de estruturas formais legitimadas, aumentando a vinculação de agentes internos e externos (Meyer & Rowan, 1977).

Brandão, Breitenbach e Bertoldo (2009), a partir da análise da bibliografia sobre o tema, concluíram que a legitimidade na Teoria Institucional não é algo a ser comprado ou trocado, mas uma condição que reflete o grau de alinhamento cultural, apoio normativo ou consonância com regras e leis vigentes. Sob o olhar normativo, a legitimidade será analisada com uma ótica moral,

amparada por leis, enquanto sob a visão reguladora, será analisada de acordo com as leis e regulamentos, e sobre a visão cognitiva, pelo grau em que se adequa ao contexto aceito pela sociedade.

Meyer e Rowan (1977) destacam ainda que hospitais que não dispõem de práticas institucionalizadas pelo ambiente social são vistos como negligentes por atores externos (como seguradoras e bancos), fato capaz de resultar em custos altos oriundos da ilegitimidade como nos fatores que envolvem prêmios de seguros e obrigações legais. Posteriormente, enfatizam que organizações que incorporam elementos socialmente legitimados em suas estruturas formais maximizam a legitimidade e aumentam recursos e capacidade de sobrevivência. Tal conceito centra na avaliação moral da ação, que quando aceita retrata a congruência com os valores existentes no ambiente institucional, atingindo diversas relações, dentre elas a organização e seu ambiente (Richardson, 1987).

Ruef e Scott (1998) analisaram a legitimidade no contexto hospitalar, constatando que tais organizações operam em ambiente altamente institucionalizado, e que suas chances de sobrevivência aumentam muito quando obtém legitimidade provida de uma fonte normativa, como os órgãos de acreditação hospitalar. Os autores analisaram a natureza dos hospitais e a influência do ambiente em um período de quase cinquenta anos e constataram que os efeitos da legitimidade variam com o tempo e dependem muito do ambiente e dos antecedentes a qual se encontra, bem como que o nível de legitimidade depende do alinhamento da missão organizacional com as expectativas do ambiente institucional.

2.1.1.3 *Decoupling*

Frente às pressões externas pela adoção de regras institucionalizadas, a organização pode se deparar com inconsistências em relação a sua estrutura organizacional. Em muitos casos, as tentativas pela conformidade exigida pelos agentes externos podem resultar em conflitos diretos entre as regras institucionalizadas e critérios de eficiência prezados pela organização. Diante disso, pode-se buscar soluções por intermédio do *decoupling*, isto é, através de adoção cerimonial de regras institucionalizadas (Meyer & Rowan, 1977). Tal postura “de fachada” proporciona às fontes de pressão evidências que demonstram conformidade, quando na realidade isso não está

sendo executado totalmente, criando, portanto, uma lacuna entre a estrutura organizacional formal e as atividades reais de trabalho (Meyer & Rowan, 1977; Bromley, Hwang & Powell, 2012). Integrado à essência exposta por Oliver (1991), esse cenário demonstra que a conformidade não é a única resposta organizacional frente às pressões impostas e que o *decoupling* pode representar outra em paralelo.

As instituições racionalizadas criam mitos de estrutura formal e a não aderência a esses elementos é enxergado como uma postura negligente e irracional, fazendo com que as organizações construam uma imagem externa e a transmitam a agentes externos, como fornecedores, clientes e parceiros. Assim sendo, a influência cerimonial ou o *decoupling* pode estar presente em relatórios gerenciais, medidas de desempenho ou medidas sociais (Meyer & Rowan, 1977).

Bromley e Powell (2012) afirmam que o *decoupling* é um reflexo comportamental frente às tendências de racionalização da sociedade, através do aumento da complexidade organizacional e de ênfase na prestação de contas, podendo ser considerado como fator explicativo para interpretação da pós-adoção de práticas de gestão nas organizações (Bromley, Hwang & Powell, 2012). Essa demanda cria, muitas vezes, um distanciamento entre política e prática efetiva, fazendo com que as organizações adotem medidas visando a conformidade com expectativas externas, mas faltam mudanças reais na prática de seus comportamentos. As causas para tal postura variam, podendo ser reveladas nas dificuldades em executar as mudanças, em consequências não intencionais ou pela proteção das atividades internas do controle externo.

Outra causa que pode contribuir para posturas organizacionais de tal natureza é o fato dos sistemas gerenciais serem bem consistentes e objetivos, proporcionando resultados satisfatórios às empresas. Assim, qualquer alteração externa que interfira na estrutura existente conduz a incerteza da eficácia, e conseqüentemente aumentam as chances de regras serem violadas, decisões não implementadas ou sistemas de avaliação e inspeção vagos e com pouco impacto (Meyer & Rowan, 1977). Poder (1996) citado por Bromley, Hwang e Powell (2012) acrescenta que os processos de avaliação, como auditorias ou creditações, geralmente são também fontes que induzem as organizações a praticar o *decoupling*, uma vez que ocorrem mudanças e novas medidas são executadas ou programadas estritamente para o processo de avaliação e não com interesse efetivo.

Bromley, Hwang e Powell (2012) afirmam que recentemente estudos empíricos inovaram no tema, passando a enxergá-lo como um processo e não como um estado. Haack e Schoeneborn (2014) também compartilham da mesma essência ao afirmar que o *decoupling* é um fenômeno de caráter transitório e não uma posição fixa e constante.

Como impactos, o *decoupling* acaba enfraquecendo gradualmente as instituições, uma vez que por meio deste, as organizações criam e mantêm mecanismos assimétricos entre a estrutura formal e as tarefas diárias, o que garante reconhecimento externo positivo. Embora enxergado como “trabalho sujo ou falso”, as políticas adotadas cerimonialmente não deixam de se referir à busca por legitimidade, mudanças institucionais e amenização das pressões concorrentes e resultam em direito a benefício como facilidades de crédito junto a instituições financeiras ou doações, ou seja, tal fator age como um mecanismo de estabilidade e legitimidade frente às pressões externas (Meyer & Rowan, 1977; Bromley, Hwang & Powell, 2012; Bromley & Powell, 2012). Zott e Nguyen Huy (2007) citados por Bromley e Powell (2012) evidenciam os resultados de um caráter cerimonial, apurando conforme pesquisa empírica que os gerentes aderem a práticas simbólicas visando expor credibilidade e qualidade, que contribui no sentido de alocação de recursos e fontes de investimento.

Existem dois tipos distintos de *decoupling*: a adoção simbólica e a implementação simbólica. A adoção simbólica é quando as práticas são implementadas, mas não ocorrem efetivamente devido a vários fatores como falta de capacidade organizacional. Isso resulta em um *gap* entre política e prática, isto é, entre o que é falado e o que é feito. Bromley e Powell (2012) discorrem que esse tipo de *decoupling* geralmente explora o porquê e como os gestores não conseguem ou evitam regras formais, frente ao fato de que as regras formais institucionais são implementadas, mas frequentemente violadas e pouco monitoradas, alterando pouco ou nada as rotinas diárias de trabalho. Alguns dos fatores que podem motivar esse tipo de comportamento, segundo Bromley, Hwang e Powell (2012) são: a) quando a adoção é motivada pela legitimidade ao invés de exigências técnicas; b) quando a implementação da regra institucional é recente; c) quando há uma capacidade limitada da organização em implementar políticas; d) quando há desalinhamento entre os componentes internos e as pressões externas.

Na implementação simbólica a prática não é formalmente implementada, tornando-se uma rotina, mesmo que não esteja alinhada com as estratégias da organização. É racionalmente implementada, mas não há grandes contribuições frente às necessidades da organização, sendo

um exemplo as doações (Bromley, Hwang & Powell, 2012; Haack & Schoeneborn, 2014). Tem consequências organizacionais reais, as atividades são alteradas, as políticas são implementadas, mas tais medidas podem não possuir eficácia frente aos resultados organizacionais. Alguns dos fatores que podem motivar esse tipo de *decoupling* são: a) contextos em que os efeitos das ações são de difícil medição; b) ao longo do tempo, por intermédio de pressões racionais institucionais; c) quando atores internos apoiam uma pressão externa; d) quando o ambiente é fragmentado, quer dizer, quando existe grande número de partes interessadas (Bromley & Powell, 2012). Para este estudo, frente ao objetivo geral de pesquisa, será considerado como parte do constructo teórico o *decoupling* que envolve as adoções simbólicas.

Buscando comparação do *decoupling* com as respostas organizacionais de Oliver (1991), Bromley e Powell (2012) ressaltam que a esquiva está diretamente ligada ao *decoupling* política-prática porque assume uma postura simbólica, inclusive escondendo a não conformidade diante das pressões externas. Aquiescência e compromisso podem ser ligados ao *decoupling* meio-fim, uma vez que se referem mais diretamente com a conformidade das pressões institucionais. E por fim, desafio e manipulação não possuem ligações significantes, visto envolverem rejeição das exigências ou controle da origem das práticas institucionais externas. Também cabe salientar que os dois tipos de *decoupling* exercem influências diretas nas respostas das organizações às pressões isomórficas de DiMaggio e Powell (1983).

Como evidências empíricas que buscam a noção do *decoupling*, vale abordar o trabalho de Levin (2001) quando examina a incidência de tal resposta organizacional frente à adoção da Gestão da Qualidade Total (TQM) em hospitais pela alta administração. Os resultados evidenciam que a dimensão de equipes de qualidade e treinamento realmente existe e exerce suas funções na organização, principalmente a partir do momento em que o hospital adota a Acreditação Hospitalar. Nesse caso, o nível de *decoupling* foi baixo, ou seja, a implementação efetiva foi em grande parte realizada. Porém, na dimensão que trata o uso de ferramentas de qualidade, constatou-se que os hospitais tinham os controles necessários para utilizá-las, mas o uso efetivo não era amplamente abordado pelos funcionários, bem como as informações não faziam parte das decisões, demonstrando falta de interesse ou atribuição de pouca importância à mudança, o que não mudou suas rotinas anteriores, isto é, a estrutura formal permaneceu a mesma, o que demonstra alto nível de *decoupling* e uso das ferramentas de qualidade com caráter cerimonial, com finalidade exclusiva de legitimidade.

2.1.1.4 Abordagem de Dimaggio e Powell (1983)

Dimaggio e Powell (1983) enfatizam um paradoxo existente de que quanto mais os atores racionais buscam diferenciar suas organizações, mais as tornam semelhantes. Enfatizam que as mudanças nas organizações são cada vez menos impulsionadas pela concorrência, tampouco pela conquista da eficiência, mas se justificam por meio de um processo que tornam as organizações mais parecidas entre si. Isso ocorre através das pressões exercidas por agentes externos e internos de mudanças, tais como o estado e as profissões que impulsionam as organizações a adotarem práticas que objetivem legitimação ou adequação social, o que por consequência as tornam mais homogêneas.

Para análises de tal natureza, a fim de fundamentar e compreender essa tendência à homogeneização e às formas de burocratização, os autores estipulam e exploram o que chamam de campo organizacional, são as organizações envolvidas na vida institucional da empresa, como os principais fornecedores, agências reguladoras e outras organizações que produzem bens e serviços semelhantes. A atenção não paira somente para concorrência e mercado, como em abordagens anteriores, mais foca todo o ambiente no qual a empresa se insere, levando em conta a totalidade dos atores envolvidos, além das dependências e interconexões existentes (Dimaggio & Powell, 1983). Partindo disso, uma vez que o campo organizacional está bem estruturado, percebe-se a existência de forças poderosas que induzem fortemente à execução de práticas homogêneas. As organizações podem apresentar objetivos, estratégias e finalidades diferenciadas, mas a longo prazo as decisões racionais praticadas pelos atores organizacionais se limitam a um ambiente que dificulta grandes mudanças.

Dimaggio e Powell (1983) defendem que o conceito que melhor capta esse processo de homogeneização das organizações de um mesmo campo organizacional é o isomorfismo. Os autores citam Hawley (1968) para conceituar o isomorfismo como um processo que impulsiona uma unidade de uma população a se assemelhar com outras unidades que enfrentam as mesmas condições ambientais (Hawley, 1968 citado por Dimaggio & Powell, 1983).

Com base nos trabalhos de Meyer (1979) e Fennell (1980) e visando explorar e explicar as mudanças organizacionais e consequente homogeneização por intermédio de análises isomórficas, Dimaggio e Powell (1983) apontam a existência de dois tipos de isomorfismo: competitivo e institucional. O isomorfismo competitivo foca as análises na competitividade entre

as organizações, abordando aspectos como mudanças de nicho de mercado e concorrência sendo, portanto, mais viável em análises de campos organizacionais com acirrada concorrência. Por outro lado, o isomorfismo institucional engloba as pressões advindas do ambiente externo e aspectos tais como as práticas cerimoniais, se mostrando útil na compreensão do comportamento organizacional não somente por clientes e recursos, mas também por aspectos relevantes constantes na realidade tais como legitimidade institucional e eficiência social (Meyer, 1979; Fennell, 1980 citado por Dimaggio & Powell, 1983).

Análises a partir do isomorfismo institucional podem adicionar novas visões sobre a organização e sua sobrevivência por meio de uma atenção maior a aspectos como legitimidade e campos organizacionais (Dimaggio & Powell, 1983). Acredita-se que a abordagem de campo organizacional, bem como as pressões isomórficas existentes que tendem a influenciar a maneira como a organização age é compatível com as necessidades dessa pesquisa, contribuindo para a resposta à questão de pesquisa. Estas percepções levaram a admitir a abordagem de Dimaggio e Powell (1983), no que tange ao isomorfismo institucional, como parte do constructo teórico desta dissertação.

2.1.1.4.1 Mecanismos de mudanças institucionais isomórficas

Dimaggio e Powell (1983) mencionam três mecanismos pelos quais ocorrem as mudanças institucionais isomórficas, de acordo com seus antecedentes: 1) isomorfismo coercitivo, que procede de influências políticas e da questão da legitimidade; 2) isomorfismo mimético, que resulta das respostas diante de incertezas; e 3) isomorfismo normativo, que procede principalmente da profissionalização. Os autores enfatizam que se trata de uma abordagem analítica onde os tipos de isomorfismo podem não se apresentar exclusivamente de maneira distinta, mas integrada na organização explorada. Porém, destacam que eles tendem a resultar em diferentes condições, podendo levar a diferentes resultados (Dimaggio & Powell, 1983).

O isomorfismo coercitivo resulta de pressões formais e informais exercidas sobre a organização por outras organizações em uma respectiva relação de dependência e também por expectativas culturais existentes no meio social no qual a organização está inserida. A mudança organizacional pode ser uma resposta direta a uma exigência do governo, quando, por exemplo,

os fabricantes adotam novas tecnologias de controle de poluição visando se adequar às normas ambientais ou quando organizações sem fins lucrativos controlam as contas e contratam contadores visando atender a legislação fiscal. Às vezes, a adoção de tais mudanças pode ser cerimonial (de fachada), todavia isso não é irrelevante uma vez que quaisquer que seja a intensidade da mudança sempre haverá alterações com o passar do tempo nas relações de poder e no modo de agir de tais organizações (Dimaggio & Powell, 1983).

O impacto de um ambiente legal na estrutura e no comportamento de uma organização é claramente percebido uma vez que as exigências impostas pelo Estado às empresas são capazes de tornar as organizações mais homogêneas. Meyer e Rowan (1977) complementam que quando o Estado e as grandes organizações expandem seu poder sobre o meio social, as estruturas organizacionais tendem a refletir as regras institucionalizadas e legitimadas e, conseqüentemente, aplicá-las, fato que contribui para uma homogeneização cada vez maior.

Contudo, a imposição por procedimentos padrões, regras e estruturas legitimadas não ocorrem somente por pressões do Estado. O mesmo ocorre, por exemplo, na relação entre empresa-mãe e suas subsidiárias, que devem adotar práticas contábeis, avaliações de desempenho e planos orçamentários compatíveis com o estipulado pela empresa-mãe; e também em relação às empresas monopolistas de serviços, como as do ramo de transporte e telecomunicações, que podem exercer pressões sobre as demais organizações que dependem de suas atividades. Esses exemplos buscam elucidar que vários fatores podem contribuir para a homogeneização dos modelos organizacionais por meio das relações de autoridade direta, dentre os quais destaca-se o Estado e a centralização do capital e do poder (Dimaggio & Powell, 1983).

O isomorfismo mimético deriva de situações de incerteza, uma força poderosa que comumente leva a imitação. Em situações onde as tecnologias organizacionais são mal compreendidas, objetivos são ambíguos ou o ambiente cria incerteza simbólica, as organizações podem se delinear segundo modelos praticados em outras organizações. Isso pode representar uma solução viável e que demanda poucos gastos em situações onde a empresa não enxerga soluções claras a seus problemas ou enfrenta ambigüidades (Dimaggio & Powell, 1983).

A organização copiada ou modelada pode não possuir nenhum desejo ou preferência por tal ação, porém representa uma fonte de práticas a serem utilizadas por outras organizações. Tais práticas podem difundir-se de forma involuntária ou indireta através de transferências de empregados, ou por meio de contato com outras organizações, como as de consultoria e

associações comerciais, que podem levar adiante as práticas adotadas e, conseqüentemente, contribuir com o mimetismo (Dimaggio & Powell, 1983).

Dimaggio e Powell (1983) ainda apontam que quando uma empresa busca melhorias ou aumento de legitimidade procura identificar empresas bem-sucedidas de seu segmento e efetuar visitas a fim de conhecer a forma como atua e, a partir disso, se modelar. Após esse conhecimento, agrupa as práticas observadas e analisa uma forma de introduzi-las moldando seu ambiente organizacional segundo essas práticas. O mesmo ocorre com inovações, mudanças de processos e avanços tecnológicos. Dessa forma, as organizações tendem a se modelar a partir do momento em que percebem que organizações similares em seu campo organizacional são legítimas e bem-sucedidas.

O terceiro e último mecanismo de mudança isomórfica é o isomorfismo normativo, que provém principalmente da profissionalização. Dimaggio e Powell (1983) interpretam a profissionalização como a luta coletiva dos membros de uma profissão para definir suas condições e métodos de trabalho, controlar a “produção de produtores” e estabelecer uma base cognitiva e legitimação visando à autonomia ocupacional, visto que os profissionais possuem ligações diretas com clientes não profissionais, chefes e reguladores e o projeto profissional é raramente alcançado com totalidade de sucesso.

Isso demonstra que as profissões estão sujeitas às mesmas pressões coercitivas e miméticas em que estão sujeitas as organizações. Os diversos tipos de profissionais dentro de uma organização apresentam muitas similaridades, pois carregam características profissionais adquiridas em outras organizações, geralmente até do mesmo segmento. Em outros casos, o poder profissional pode ser imposto pelo Estado, quando, por exemplo, cria ou adiciona atividades às profissões já existentes (Dimaggio & Powell, 1983).

Dimaggio e Powell (1983) enfatizam que existem dois aspectos importantes relativos à profissionalização como forma de isomorfismo. O primeiro se deve ao fato de que a educação formal e a legitimidade possuem uma base cognitiva construída por especialistas universitários. Já, o segundo se deve ao crescimento e elaboração de redes de profissionais que atuam nas organizações representando a forma pelo qual as características de um modelo se difunde. Assim, universidades e instituições de formação profissional podem ser consideradas centros importantes para o desenvolvimento de normas organizacionais entre gerentes e suas equipes.

Adicionalmente, associações profissionais são também veículos que conduzem à construção e difusão de regras envolvendo a atuação profissional e organizacional.

Por fim, os autores destacam que, em certos campos organizacionais, a eficiência competitiva não é tão intensa, visto o número de organizações limitado e a existência de fortes barreiras fiscais. Exemplo disso são os hospitais, que incluem uma força de trabalho com grande formação profissional, mas é impulsionado não somente pelo uso eficiente de recursos, mas também por *status* e prestígio que são elementos que atraem tanto novos profissionais como novos clientes à organização (Dimaggio & Powell, 1983).

É importante frisar que qualquer processo isomórfico institucional pode ocorrer nas organizações sem necessariamente haver qualquer evidência de eficiência organizacional, porém, em casos onde a eficácia organizacional é conquistada, as organizações acabam sendo recompensadas por serem semelhantes às outras. Tais semelhanças facilitam diversas operações como transações com outras organizações, contratação de pessoal, busca por legitimidade e boa reputação (Dimaggio & Powell, 1983).

2.1.1.4.2 Preditores de mudança isomórfica

A partir da apresentação e compreensão dos mecanismos pelos quais ocorre a mudança isomórfica nas organizações, Dimaggio e Powell (1983) propuseram doze hipóteses preditivas, sendo seis em nível organizacional e seis em nível de campo de atuação. Os autores enfatizam que um teste empírico de tais hipóteses está além do objetivo do estudo, entretanto a contribuição se encontra na utilidade preditiva. Tais hipóteses não visaram também esgotar o assunto sobre a homogeneização e mudanças isomórficas, mas possibilitar análises que podem ser desenvolvidas com base em informações sobre as organizações em um campo organizacional tanto de forma transversal quanto longitudinal.

Os preditores a nível organizacional, segundo Dimaggio e Powell (1983), levam em consideração aspectos sobre o ambiente interno organizacional e sobre a existência de diferenças significativas entre as medidas e a velocidade com que as organizações mudam em meio a um campo organizacional. Algumas respondem às pressões de forma rápida, outras somente após um período de resistência. Estas hipóteses estão evidenciadas na Tabela 2.

Tabela 2. *Preditores de mudança isomórfica a nível organizacional.*

Tipo de Isomorfismo	Hipóteses
Coercitivo e constrangimento	A-1: Quanto maior a dependência de uma organização em relação a outra, mais semelhante se tornará tal organização em termos de estrutura, clima e foco comportamental. A-2: Quanto maior a concentração de oferta de recursos da organização A, maior a extensão em que a organização A mudará isomórficamente para se parecer com as organizações das quais depende seus recursos.
Mimético, modelagem e incerteza	A-3: Quanto mais incerta a relação entre meios e fins, maior a extensão na qual uma organização irá se modelar segundo organizações que lhe parecem bem-sucedidas. A-4: Quanto mais ambíguas as metas de uma organização, maior é a extensão na qual essa irá se modelar segundo organizações que lhe parecerem ser bem sucedidas.
Normativo	A-5: Quanto maior a confiança em credenciais acadêmicas na seleção de executivos e funcionários, maior o grau em que uma organização se tornará como outras organizações de seu campo organizacional. A-6: Quanto maior for a participação dos gestores em associações comerciais e profissionais, mais provável será da organização ser, ou será, como outras organizações de seu campo organizacional.

Fonte: Adaptado de Dimaggio e Powell (1983).

Os preditores exploram os efeitos esperados de certas características dos campos organizacionais sobre o grau de isomorfismo em um campo particular. Quando se trata de isomorfismo institucional, o melhor indicador considerado para a mudança isomórfica é a redução na variação da diversidade, que permite análises mais centradas. Os autores enfatizam também que as medidas auferidas ocorrem em nível de campo, mas afetam todas as organizações em particular nesse campo, visto que as mesmas estão inseridas neste (Dimaggio & Powell, 1983). As hipóteses estão evidenciadas na Tabela 3.

Tabela 3. *Preditores de mudança isomórfica em nível de campo organizacional.*

Tipo de Isomorfismo	Hipóteses
Dependência	B-1: Quanto maior for a extensão em que um campo organizacional for dependente de uma única (ou mais semelhante) fonte de suporte para recursos vitais, maior o nível de isomorfismo. B-2: Quanto mais transações as organizações de um campo organizacional efetuarem com órgãos do estado, maior o grau de isomorfismo do campo como um todo.
Mimético, modelagem e incerteza	B-3: Quanto menor o número de modelos organizacionais alternativos visíveis em um campo, maior é a taxa de isomorfismo nesse campo. B-4: Quanto mais as tecnologias forem incertas ou objetivos forem ambíguos dentro do campo, maior é a mudança isomórfica.
Normativo	B-5: Quanto maior for o grau de profissionalização em um campo, maior a quantidade de mudança isomórfica institucional. B-6: Quanto maior for o grau de estruturação de um campo, maior o grau de isomorfismo.

Fonte: Adaptado de Dimaggio e Powell (1983).

Os autores destacam, por fim, que as doze hipóteses não constituem uma agenda completa para avaliações empíricas nessa perspectiva, ficando em aberto pontos como as divergências entre as mudanças nas organizações dentro de um campo organizacional e a não linearidade na ocorrência dos pressupostos apresentados. Não obstante, enfatizam que essas hipóteses podem contribuir em futuras análises sobre as mudanças organizacionais (Dimaggio & Powell, 1983).

Diante do que foi apresentado, destaca-se que a abordagem exposta por Dimaggio e Powell (1983) em relação às 12 hipóteses preditivas será utilizada nessa pesquisa, não a fim de testar empiricamente tais previsões, mas devido à utilidade preditiva, utilizada neste estudo como constructo complementar nas análises que visam identificar os fatores institucionais externos que influenciam as respostas organizacionais externas na gestão dos custos da qualidade em hospitais acreditados.

2.1.1.5 Abordagem de Oliver (1991)

Oliver (1991) realça que a teoria e as pesquisas na área institucional possibilitaram diversos *insights* sobre os processos e a institucionalização em ambientes organizacionais, porém a ênfase maior se encontra no estudo de fatores como mitos, crenças e mudanças organizacionais, faltando considerável atenção ao estudo do comportamento estratégico que as organizações assumem como resposta aos processos institucionais que as afetam, ou seja, aos efeitos da não conformidade. Teóricos tendem a se concentrar em estudos sobre a conformidade em vez da resistência, sobre a passividade em vez de atuação efetiva, e sobre a aceitação consciente em vez de manipulação política. Diante deste cenário, a autora defende que as organizações não agem sempre passivamente, mas respondem de alguma forma às pressões exercidas, fato que a levou a focar seus estudos nas possíveis respostas estratégicas assumidas diante das pressões institucionais exercidas e na construção de um quadro conceitual que prevê a ocorrência de ações estratégicas alternativas.

Para compreender as variações do comportamento organizacional, Oliver (1991) buscou respostas e percepções a partir da teoria da dependência de recursos combinada com a teoria institucional, visando demonstrar que as organizações respondem de alguma forma às pressões institucionais desde um conformismo passivo até uma resistência ativa, levando em consideração a natureza e os limites de cada pressão e a forma como elas ocorrem.

A autora ressalta a visão clara proporcionada pelas análises institucionais quanto ao entendimento das organizações em relação a seu ambiente e as formas pelas quais reagem a institucionalização. Análises sobre a ocorrência e persistência de certos comportamentos ou ainda o impacto do Estado, da sociedade e das pressões culturais sobre as organizações podem interessar e contribuir para a organização em muitos aspectos, tais como eficiência organizacional, validade social e sobrevivência no mercado competitivo (Oliver, 1991).

A partir desses argumentos, Oliver (1991) construiu a tipologia de respostas estratégicas organizacionais frente às pressões advindas do campo organizacional, a fim de elucidar fatores que contribuem efetivamente para a compreensão dos estudos sobre comportamento e estruturas das organizações. Do mesmo modo que em estudos anteriores, como o de Zan (2006) e Santos (2008), não fez parte dos pressupostos dessa dissertação discutir como Oliver (1991) construiu o constructo teórico. Assim, tal constructo formado pelas tipologias e preditores de respostas estratégicas é tratado neste estudo como os fatores institucionais externos e as respostas organizacionais estratégicas a serem exploradas em meio aos Custos da Qualidade. Tanto as tipologias quanto os preditores são discutidos mais detalhadamente nas seções subsequentes.

2.1.1.5.1 Tipologia de respostas estratégicas

Ao explorar as formas de comportamento organizacional, Oliver (1991) admitiu variações potenciais passíveis de ocorrência dentro do contexto organizacional. Dessa maneira, foram estipuladas cinco respostas estratégicas que variam de forma crescente, da passividade plena a resistência ativa: aquiescência, compromisso, esquiva, desafio e manipulação. Cada resposta estratégica é composta por três táticas, apresentadas e exemplificadas conforme Tabela 4.

A *aquiescência* [grifo nosso] predomina na maioria das vezes, quando as organizações tendem a aceitar as pressões institucionais de forma passiva, podendo aparecer em três modalidades: hábito, imitar e aceder. Hábito é a aderência inconsciente ou cega pré-consciente a regras e valores, quando estes são tomados como corretos e seguidos inquestionavelmente. Quando uma norma institucional persiste e alcança um *status* de fato social, a organização pode não estar ciente das influências institucionais existentes, o que conseqüentemente limita esta a responder estrategicamente a tais influências. Diante dessas condições, a organização executa

ações e práticas do ambiente institucional que já tenham se repetido historicamente, costumeiramente ou convencionalmente (Oliver, 1991).

Tabela 4. *Respostas estratégicas aos processos institucionais.*

Estratégias	Táticas	Exemplos
Aquiescência	Hábito	Seguir normas invisíveis tomadas como certas.
	Imitar	Imitar modelos institucionais.
	Aceder	Obedecer às regras e aceitar as normas.
Compromisso	Equilibrar	Equilibrar as expectativas de vários constituintes.
	Pacificar	Aplacar e acolher elementos institucionais.
	Barganhar	Negociar com as partes institucionais interessadas.
Esquivança	Ocultar	Disfarçar a não conformidade.
	Amortecer	Afrouxar as ligações institucionais.
	Escapar	Mudar objetivos, atividades ou domínios.
Desafio	Rejeitar	Ignorar normas e valores explícitos.
	Provocar	Contestar regras de exigências.
	Atacar	Violar as fontes de pressão institucional.
Manipulação	Cooptar	Importar pessoas influentes.
	Influenciar	Moldar valores e critérios.
	Controlar	Dominar pessoas e processos institucionais.

Fonte: Oliver (1991, p. 152).

Imitar converge aos princípios do isomorfismo mimético de DiMaggio e Powell (1983), isto é, refere-se à imitação consciente ou inconsciente da organização por modelos institucionais enxergados como bem-sucedidos, sendo exemplo quando os tomadores de decisões se encontram em condições de incerteza e acabam por imitar o comportamento de outros dentro do campo organizacional, particularmente aqueles que julgam como confiáveis e dignos de progresso (Oliver, 1991).

Por fim, aceder é definido por Oliver (1991) como obediência consciente ou incorporação de valores, normas ou requisitos institucionais. É considerado um comportamento um pouco mais resistente do que hábito e imitar, tendo em vista que uma organização escolhe conscientemente e estrategicamente obedecer às pressões institucionais visando antecipar ou merecer benefícios, tais como apoio a recursos sociais ou previsibilidade de ações. Uma organização pode assumir essa postura já que a aprovação da sociedade melhora sua legitimidade, contribuindo para o aumento de estabilidade e consequente redução de vulnerabilidade perante o mercado e do número de avaliações negativas sobre sua conduta, produtos e serviços. Um exemplo é quando a organização obedece a normas exigidas por uma agência de proteção ambiental tornando sua legitimidade elevada, bem como o nível de proteção em relação às críticas e penalidades financeiras.

A estratégia de *compromisso* [grifo nosso] se sobressai quando, mesmo diante da importância da postura organizacional aquiescente frente ao aumento de legitimidade e apoio social, a conformidade encontra algumas limitações. Isso ocorre pela possibilidade de as práticas organizacionais estarem em conflito com demandas institucionais externas ou pela existência de inconsistências entre as expectativas institucionais e os objetivos organizacionais internos no que tange à eficiência ou autonomia. Em tais situações, a organização pode tentar equilibrar, pacificar ou barganhar com os atores externos envolvidos, sendo essas as primeiras táticas que caminham rumo à resistência organizacional frente às pressões institucionais.

Equilibrar é uma tática que se refere à busca por harmonização entre as demandas dos múltiplos constituintes e o ambiente organizacional, ou seja, significa que a organização busca atingir um tratamento igualitário ou equilibrado entre o atendimento a seus múltiplos constituintes (*stakeholders*) e seus interesses internos. Um exemplo se dá quando os acionistas demandam maior eficiência, mas por outro lado existe uma pressão externa pública que requer alocação de recursos para causas sociais ou ambientais. Isso retrata o confronto entre as expectativas externas e os interesses organizacionais internos, caso em que a tática de equilibrar pode ser viável e eficaz, visto que representa que a empresa está buscando uma equidade entre os objetivos organizacionais e as expectativas concorrentes (Oliver, 1991).

A tática pacificar também engloba a conformidade parcial entre a empresa e seus constituintes (*stakeholders*). As organizações podem agir contra interferências do Estado, porém tal ato resultaria em desvantagem, uma vez que estas necessitam do Estado para várias atividades que desenvolvem. Diante dessa relação de dependência, a organização tende a se conformar e atender, pelo menos, aos padrões mínimos requeridos pelas agências federais (Oliver, 1991).

Uma organização que assume a tática de pacificar assume menor resistência às pressões impostas, focando em apaziguar o interesse da fonte de pressão. Exemplo se dá em uma organização que está sob pressão de interromper a fabricação de um produto por ser prejudicial: ela pode continuar a produzir, mas deve destinar recursos para redesenhar o produto aspirando atender as expectativas ou padrões institucionais mínimos (Oliver, 1991).

Oliver (1991) expõe como última tática da estratégia compromisso, a de barganhar, que é uma forma de resistência mais ativa do que a pacificação. Tática essa que envolve o esforço de uma organização em exigir ou lutar por concessões que um constituinte externo exerce objetivando o atendimento de suas exigências ou expectativas. É quando uma organização busca

negociar com uma agência governamental para reduzir a frequência ou abrangência de uma política instituída, assumindo que as relações organizacionais e o ambiente estão abertos à negociação e trocas de concessões. Um exemplo se revela quando associações profissionais negociam com agências governamentais em relação a normas, ou organizações empresariais barganham com pessoas ou grupos de defesa do consumidor visando alcançar um grau de responsabilidade apropriado.

Equilibrar, pacificar e barganhar são assumidas pela organização com intuito de acolher regras, normas ou valores institucionais, porém o que diferencia da aquiescência é que a conformidade é parcial, sendo as organizações um pouco mais ativas na defesa de seus interesses.

A resposta estratégica *esquivança* [grifo nosso] é definida como a tentativa da organização em evitar a necessidade de conformidade por intermédio de ocultação de seu inconformismo, amortecimento de pressões institucionais ou quando escapa de regras ou expectativas institucionais. Quando assume a tática de ocultação, a organização disfarça o inconformismo por trás de uma imagem aquiescente, ou seja, somente de fachada. A organização pode elaborar planos e procedimentos em resposta às pressões institucionais, contudo o fato é de que não irá implementá-las, o que retrata pretensão cerimonial ou aceitação simbólica de regras, normas ou requisitos institucionais. Exemplo se dá quando, em antecipação a inspeções locais realizadas por representantes do governo, as organizações apresentam uma variedade de atividades e procedimentos como compondo parte de suas rotinas, entretanto não praticam aquilo efetivamente (Oliver, 1991).

Oliver (1991) ressalta ainda que a ocultação se difere da estratégia de aquiescência pelo grau de realidade com que a ação lida, sendo a obediência aqui apresentada de forma aparente. Isso mostra uma questão importante nas análises institucionais, pois a aparência pode levar a legitimidade, mesmo que na realidade as práticas requeridas não ocorram.

Amortecer refere-se à tentativa de uma organização em reduzir o grau em que é inspecionada ou avaliada externamente, separando parcialmente as atividades técnicas do contato externo. Deste modo, pode contribuir para os interesses da organização, especialmente no que tange a autonomia, minimização de intervenção externa e maximização de eficiência. Situação oposta também pode ocorrer quando, por exemplo, uma agência de serviço social voluntário precisa de aprovação pública e exame de suas práticas para obter legitimidade e recursos, sendo que a tentativa em dissociar atividades organizacionais de inspeção e avaliação pública pode

expor as atividades organizacionais de modo a reduzir sua capacidade em obter recursos, legitimidade e apoio social (Oliver, 1991).

Por fim, Oliver (1991) apresenta a última tática de esquiva, o escapar, que representa uma resposta mais direta a não conformidade diante de pressões institucionais, onde a organização pode deixar o domínio dentro do qual a pressão é exercida ou alterar seus objetivos, atividades ou domínio para evitar a conformidade às pressões. Exemplo ocorre quando as inspeções e avaliações governamentais, quanto aos níveis permitidos de poluição, são considerados rigorosos. Diante de tal fato, a organização pode procurar alterar suas metas e atividades de maneira que a exigência não seja necessária ou ainda mover-se para um local alternativo nas quais as regras e exigências não são exigidas. Algumas organizações de produtos químicos se instalam em países de terceiro mundo, visto que é permitido produzir e vender produtos proibidos em outros lugares.

Diferentemente das estratégias de aquiescência e compromisso, que envolvem ações voltadas à conformidade total ou parcial, a esquiva tem como essência contornar as condições ou regras que induzem ao comportamento exigido pela pressão institucional (Oliver, 1991).

O *desafio* [grifo nosso] é uma forma mais ativa de resistência às pressões institucionais, sendo as três táticas em ordem crescente de resistência ativa: rejeitar, provocar e atacar. Rejeitar, ou ignorar as regras e valores institucionais, é uma postura estratégica mais propensa a ocorrer quando as vantagens da organização em relação à aplicação prática de tais regras são percebidas como baixas ou quando os objetivos internos conflitam muito com as exigências institucionais. As possibilidades de ignorar a força das expectativas externas podem ser agravadas pela ausência de entendimento em relação à compreensão organizacional, impacto da pressão ou consequências do não cumprimento. Como exemplo destaca-se uma organização que escolhe ignorar as exigências institucionais estabelecidas no recrutamento e seleção de pessoal. Essa resposta pode decorrer tanto de um entendimento limitado sobre as razões para tais exigências quanto por desobediência. Como justificativa, a organização pode argumentar que a probabilidade de “ser pega” é muito baixa ou que seu sucesso não depende de aprovação externa (Oliver, 1991).

A tática de provocar é uma rejeição mais ativa de regras, normas ou expectativas institucionais do que a de rejeitar. Organizações que assumem essa postura desafiam pressões institucionais de forma ofensiva e podem fazer de sua revolta uma virtude. As organizações serão mais propensas a assumir tal postura quando representar uma manifestação de consciência ou

racionalidade organizacional, de modo a expressar suas próprias opiniões, convicções e integridade. Organizações em geral tendem a provocar quando atribuem menor significado a crenças externas amplamente difundidas e maior atenção à visão do que é, ou deveria ser, adequado ou racional para ela. Exemplo se mostra quando o Ministério do Meio Ambiente exige o cumprimento de regras sobre poluição. A organização com comportamento provocar, além de não se adequar, assume atitude oposta ao que traz a fonte de pressão, por não enxergar as regras como racionais e por acreditar que seu comportamento está adequado (Oliver, 1991).

Por fim, Oliver (1991) expõe como terceira tática da estratégia desafiar o atacar, que agrava a intensidade e agressividade de resistência ativa em relação à conformidade imposta por pressões e expectativas institucionais. Nessa tática, as organizações se esforçam para assaltar, menosprezar ou denunciar valores institucionalizados ou constituintes externos que o expressam. A postura estratégica de ataque é provável de ocorrer quando os valores e expectativas institucionais são específicos da organização, em vez de abranger um contexto geral, quando os valores e expectativas são particularmente negativos e passíveis de gerar descrédito, ou ainda quando a organização acredita que seus direitos, privilégios ou autonomia estão em jogo. Exemplo se dá com a lei que exige os direitos e proteção da mulher grávida nas organizações. A atitude de atacar predomina quando a exigência é contrariada, no que tange à fonte ou ao conteúdo de tal pressão, de modo a menosprezar as exigências por meio de uma contrariedade mais direta do que o provocar (Oliver, 1991).

A estratégia de desafiar se difere da aquiescência, compromisso e esquivança pela rejeição mais direta das expectativas institucionais e é mais provável de ocorrer quando os recursos demandados pela resistência forem baixos, quando os interesses internos divergem dos valores externos, quando a organização acredita que pode demonstrar racionalidade e justiça através de suas próprias convicções e conduta, ou quando acredita que tem pouco a perder na exposição de sua contrariedade (Oliver, 1991).

As estratégias de aquiescência, compromisso, esquivança e desafio são estratégias cada vez mais resistentes às pressões institucionais, sendo a *manipulação* [grifo nosso] a resposta mais ativa para essas pressões, em razão de que tem a intenção de mudar ativamente ou exercer poder sobre o conteúdo das expectativas ou das fontes que obrigam. Dessa forma, manipulação define-se como a tentativa proposital e oportunista de cooptar, influenciar ou controlar pressões e avaliações institucionais impostas à organização.

A tática de cooptar a fonte de pressão institucional é a tentativa, por exemplo, de induzir um constituinte institucional de seu ambiente a se juntar à diretoria ou à estrutura da organização. Busca-se neutralizar a oposição institucional ao mesmo tempo em que reforça a legitimidade, visto que o uso oportunista de laços institucionais pode refletir a dignidade da organização e a aceitabilidade da pressão para outros constituintes externos a quem espera obter aprovação. Exemplo é quando uma agência de serviço social mantém ou anuncia laços firmados com uma influente fundação de caridade, com o objetivo de demonstrar bom potencial público e a imagem de que é merecedora de apoio e recursos (Oliver, 1991).

A tática de influenciar é comumente mais voltada a valores e crenças institucionalizados, podendo ser observada, citando caso análogo, nos esforços de uma associação comercial em influenciar a percepção pública de seu segmento, bem como para pressionar reguladores do governo por mudanças nas regras institucionais que seus membros são obrigados a seguir. Oliver (1991) exemplifica abordando literatura de Dimaggio e Powell (1983) que identificaram que organizações de arte forjavam grupos para influenciar nos financiamentos ou apoio obtido de fontes públicas.

Enfim, controlar envolve a criação de poder e domínio sobre os constituintes externos que exercem pressão. É visto como um controle mais ativo e agressivo em resposta às pressões institucionais, pois o objetivo da organização é dominar ao invés de influenciar ou neutralizar as fontes e os processos que exercem pressão. Organizações são mais propensas a assumir tal postura quando as expectativas institucionais são locais ou frágeis. Exemplo pode ser percebido quando uma organização tem mais chances de tentar controlar um pequeno grupo de organizações que se opôs a seus produtos e práticas do que uma grande organização institucionalmente poderosa que vem criticando-a a longo período. Organizações também podem exercer controle quanto à aprovação social por constituintes externos quando, por exemplo, tentam alterar a forma como suas realizações são anunciadas ao público (Oliver, 1991).

Portanto, cooptar, influenciar e controlar representam as respostas estratégicas mais ativas de resistência às pressões institucionais. Manipulação engloba a intenção ativa para usar processos e relações institucionais de forma oportunista visando cooptar constituintes institucionais, moldar e redefinir normas institucionalizadas e critérios de avaliação, e dominar ou controlar a fonte ou expressão de aprovação social e conseqüente legitimidade (Oliver, 1991).

2.1.1.5.2 Preditores de respostas estratégicas

As respostas estratégicas apresentadas representam, em ordem crescente de resistência, os comportamentos que as organizações podem apresentar diante das pressões e expectativas institucionais. Essa lógica teórica de conformidade ou resistência institucional envolve a vontade das organizações em termos de relacionamento com o ambiente institucional. Vários são os fatores que podem interferir ou limitar o grau de conformidade da resposta às pressões institucionais, ou os aspectos voltados a obtenção de legitimidade. Percebe-se assim que as condições sob as quais as organizações aderem à conformidade são restritas a fatores tais como capacidade organizacional, conflito e consciência conforme aponta Oliver (1991).

Esses limites, em relação tanto a disposição e capacidade das organizações quanto à conformidade com as pressões impostas pelo ambiente institucional, permitem estipular dimensões preditivas hipotéticas que determinam a probabilidade de resistência organizacional a essas pressões. As respostas organizacionais às pressões institucionais vão depender do motivo ao qual elas estão sendo exercidas, quem está exercendo-as, quais são os tipos de pressões, como ou por qual meios estão sendo exercidas e onde elas ocorrem. Os cinco antecedentes institucionais (causa, constituintes, conteúdo, controle e contexto) correspondem respectivamente a estas cinco questões básicas. As variações entre as dez dimensões destas cinco categorias hipotéticas são capazes de determinar a escolha da estratégia da organização (Oliver, 1991).

Tabela 5. Antecedentes das respostas estratégicas.

Questão	Fator Institucional	Questão de Pesquisa	Dimensões Preditivas
Por quê?	Causa	Por que a organização está sendo pressionada a estar em conformidade com expectativas institucionais?	Legitimidade ou adequação social Eficiência ou adequação econômica
Quem?	Constituintes	Quem está exercendo pressões institucionais sobre a organização?	Demanda de múltiplos constituintes Dependência de constituintes institucionais
O que?	Conteúdo	Quais normas ou requisitos a organização está sendo pressionada a aceitar?	Coerência com os objetivos organizacionais Restrições impostas à organização de forma opcional
Quais meios?	Controle	Como ou por quais meios as pressões institucionais estão sendo exercidas?	Coerção legal ou imposição Difusão voluntária de normas
Onde?	Contexto	Qual o contexto ambiental no qual as pressões institucionais são exercidas?	Ambiente incerto Ambiente interconectado

Fonte: Adaptado de Oliver (1991, p. 160).

As respostas a essas perguntas bem como as consequentes respostas estratégicas, são capazes de determinar o comportamento organizacional diante das pressões existentes no ambiente institucional e, assim, serão utilizadas na identificação e análise dos fatores institucionais externos que influenciam as respostas estratégicas na gestão dos custos da qualidade. A Tabela 5 apresenta a relação entre as questões e as dimensões preditivas para a determinação do comportamento assumido pela organização frente às pressões ambientais.

Após a exposição dos antecedentes das respostas estratégicas, a autora propõe um quadro onde cruza os antecedentes com as respostas estratégicas, bem como o nível (alto, moderado, baixo) de intensidade no qual tais circunstâncias ocorrem, conforme demonstra a Tabela 6.

Tabela 6. *Antecedentes das respostas estratégicas versus respostas estratégicas.*

Fator Preditivo	Respostas Estratégicas				
	Aquiescência	Compromisso	Esquivança	Desafio	Manipulação
Causa					
Legitimidade	Alta	Baixa	Baixa	Baixa	Baixa
Eficiência	Alta	Baixa	Baixa	Baixa	Baixa
Constituintes					
Multiplicidade	Baixa	Alta	Alta	Alta	Alta
Dependência	Alta	Alta	Moderada	Baixa	Baixa
Conteúdo					
Consistência	Alta	Moderada	Moderada	Baixa	Baixa
Restrição	Baixa	Moderada	Alta	Alta	Alta
Controle					
Coerção	Alta	Moderada	Moderada	Baixa	Baixa
Difusão	Alta	Alta	Moderada	Baixa	Baixa
Contexto					
Incerto	Alta	Alta	Alta	Baixa	Baixa
Interconectado	Alta	Alta	Moderada	Baixa	Baixa

Fonte: Oliver (1991, p. 160).

A exposição cruzada dos antecedentes organizacionais com as respostas estratégicas, diante das pressões institucionais exercidas pelo ambiente, completa o constructo de Oliver (1991). Porém, cabe destacar que nessa dissertação, as respostas estratégicas (aquiescência, compromisso, esquivança, desafio e manipulação) buscarão indicar de que forma os custos da qualidade estão sendo gerenciados e mensurados nos hospitais pesquisados, ou seja, se a prática é efetiva, em conformidade às pressões, ou se existe algum tipo de resistência, que acaba por distorcer a forma como é tratado na organização.

Diante dos antecedentes institucionais (causa, constituintes, conteúdo, controle e contexto), Oliver (1991) propõe hipóteses preditivas quanto ao comportamento organizacional frente às pressões institucionais, por sua vez apresentadas na Tabela 7. Vale ressaltar que foge de os objetivos desse estudo testar ou validar tais hipóteses preditivas, todavia contribuem como suporte ao constructo teórico, bem como para a análise dos resultados a serem apresentados posteriormente na seção 4 deste estudo.

Tabela 7. *Hipóteses preditivas a partir dos antecedentes institucionais.*

Fator Preditivo	Hipóteses Preditivas
Causa	<p>Hipótese 1: Quanto menor for o grau de legitimidade social percebido a ser atingida com a conformidade à pressão institucional, maior a probabilidade de resistência organizacional a tal pressão.</p> <p>Hipótese 2: Quanto menor for o grau de ganho econômico percebido a ser atingido com a conformidade à pressão institucional, maior a probabilidade de resistência organizacional a tal pressão.</p>
Constituintes	<p>Hipótese 3: Quanto maior o grau de multiplicidade dos constituintes, maior a probabilidade de resistência organizacional às pressões institucionais.</p> <p>Hipótese 4: Quanto menor o grau de dependência externa do constituinte fonte da pressão, maior a probabilidade de resistência organizacional às pressões institucionais.</p>
Conteúdo	<p>Hipótese 5: Quanto menor o grau de coerência das normas ou expectativas institucionais com as metas organizacionais, maior a probabilidade de resistência organizacional às pressões institucionais.</p> <p>Hipótese 6: Quanto maior o grau de restrições impostas à organização por pressões institucionais, maior a probabilidade de resistência organizacional às pressões institucionais.</p>
Controle	<p>Hipótese 7: Quanto menor o grau de coerção legal por trás das normas e requisitos institucionais, maior a probabilidade de resistência organizacional às pressões institucionais.</p> <p>Hipótese 8: Quanto menor o grau de difusão voluntária de normas, valores ou práticas institucionais, maior a probabilidade de resistência organizacional às pressões institucionais.</p>
Contexto	<p>Hipótese 9: Quanto menor o nível de incerteza no ambiente organizacional, maior será a probabilidade de resistência organizacional às pressões institucionais.</p> <p>Hipótese 10: Quanto menor o grau de interconexão no ambiente institucional, maior a probabilidade de resistência organizacional às pressões institucionais.</p>

Fonte: Oliver (1991, p. 160-172).

Causa [grifo nosso] é quando a racionalidade, expectativas ou objetivos organizacionais estão submetidos a pressões externas para a conformidade. Zucker (1987) aponta que os fatores que conduzem os atores externos (inclusive o Estado) a exercerem pressão não são especificados na Teoria Institucional, porém, em geral, as razões que levam as pressões institucionais se apresentam em duas categorias: legitimidade ou adequação social e utilidade econômica. Exemplos de pressões que visam tornar as organizações mais aceitáveis no meio social são as leis que exigem que seja reduzida a emissão de gases poluentes, as que pretendem entregar produtos ou serviços seguros, ou as que promovem a segurança e saúde dos colaboradores. Por outro lado, a responsabilidade econômica também pode representar a causa das pressões, como em casos

onde os patrocinadores governamentais exigem que agências de serviços sociais aperfeiçoem a gestão e controle a fim de se tornar mais economicamente responsável (Oliver, 1991).

Quando uma organização enxerga e acredita na contribuição da conformidade para adequação social e econômica, a aquiescência será a resposta organizacional mais provável frente às pressões institucionais. Porém, quando os objetivos institucionais conflitam com os interesses organizacionais, podem ser assumidas atitudes que convergem ao ceticismo organizacional no que se refere à legitimidade social ou utilidade econômica. Por exemplo, se possuir dúvidas dos efeitos da pressão frente a qualidade do serviço que presta, um hospital pode resistir a esta aspirando melhorar sua eficiência. Além disso, dependendo do tipo de organização (com ou sem fins lucrativos), quando a legitimidade ou ganho econômico previsto é baixo, as organizações serão mais prováveis de assumirem respostas voltadas ao compromisso, esquivação, desafio ou manipulação, visto que geralmente objetivam defender os interesses organizacionais. Destarte, a resposta organizacional dependerá do grau em que a organização estiver de acordo com as intenções, valores ou objetivos que a expectativa externa tenta alcançar (Oliver, 1991).

A dimensão *Constituientes* [grifo nosso] engloba governo, profissões, grupos de interesse e o público em geral, e impõe grande número de leis, regulamentos e expectativas sobre a organização. A estrutura e a ordem do ambiente institucional geralmente não são unitárias, fato que leva as organizações a enfrentarem múltiplas pressões que conflitam com seus interesses e influenciam seu grau de conformidade. Assim, várias são as categorias de constituintes que podem exercer pressão sobre a organização. O Estado pode assumir controles e exigências complexas e fragmentadas, que quando impõe às organizações, acabam por aprisioná-las em uma “cadeia de exigências conflitantes”. Além disso, como comumente são vários os constituintes em relacionamento com a organização, as pressões podem ser contraditórias entre um e outro, a ponto de quando a organização satisfaz a exigência de um, acaba contradizendo ou ignorando outro, resultando ainda em mais conflito (Oliver, 1991).

O gerenciamento de conflitos decorrente de interesses distintos entre os constituintes leva a análises sobre as respostas organizacionais. A aquiescência passiva em relação às demandas institucionais quase nunca é alcançada, pois na maioria das vezes algum constituinte impede a conformidade por existirem interesses e expectativas distintas. Tal resposta organizacional é mais provável quando a multiplicidade (grau de múltiplas e conflitantes expectativas dos constituintes) é baixa. Quando a multiplicidade é alta, ou seja, quando cada constituinte puxa a corda para seu

lado, os interesses conflitantes acabam resultando em respostas estratégicas, como compromisso, esquiva, desafio e manipulação, pois mesmo que a empresa busque conformidade com um, os outros constituintes estarão insatisfeitos. Por exemplo, uma organização de petróleo pode tentar se esquivar escondendo a extensão de um vazamento de óleo para evitar lidar com a limpeza, que pode demandar gastos (e, portanto, desagradar os acionistas), mas por outro lado satisfaz as exigências percebidas pelo público. Em contrapartida, a organização pode optar por desafiar as exigências de um constituinte para atender a de outro. Órgãos governamentais podem desafiar as demandas dos funcionários por salários mais elevados com vistas nas expectativas dos cidadãos pelo pagamento de impostos mais baixos. Uma organização pode assumir uma postura manipuladora quando, sob a pressão de seus *stakeholders* por maior rentabilidade, busca cooptar um representante público influente que está pressionando a aumentar gastos com problemas sociais (Oliver, 1991). Oliver (1991) destaca que os fatores que levam a tais ações geralmente são a busca pela resolução de conflitos, redução de incerteza e o aumento da consciência organizacional sobre pressões em meio a competição de demandas.

Além da multiplicidade, outro fator que influencia nesse contexto é a dependência. O grau de resistência às pressões institucionais é previsível através da análise da dependência de uma organização em relação aos constituintes que exercem a pressão. Nessa questão, Oliver (1991) corrobora com Dimaggio e Powell (1987) abordando a dependência externa que existe entre os atores em relação a conformidade ou o isomorfismo com o ambiente organizacional. Isso é algo evidente, que se dá, por exemplo, em relação ao poder do estado, sendo a probabilidade de os gestores cumprirem com as expectativas do estado muito maior, quanto maior for a dependência existente. Dessa forma, a aquiescência é a resposta organizacional mais provável quanto maior for a dependência entre a organização e as fontes de pressão. A estratégia de compromisso também é propensa a ocorrer quando se considera que as organizações normalmente possuem interesses que desejam proteger ou promover, sendo a dependência nesse caso unidimensional. As outras respostas estratégicas também podem ocorrer nesse caso, como a negociação entre a organização e o ator externo do qual é dependente, por exemplo, ao incluir algum gerente ou diretor como membro de algum órgão regulador, com intuito de contribuir com a fonte de pressão, ao mesmo tempo que preza por seus interesses (Oliver, 1991).

Oliver (1991) ressalta que quando a dependência das fontes de pressão diminui, a esquiva pode ser uma alternativa viável, por exemplo, quando o desempenho e a

sobrevivência da organização dependem da boa impressão ao público (como em empresas de armamentos), a organização pode recorrer a medidas como conformidade cerimonial, gestos simbólicos, de fachada ou ocultação de informações organizacionais ou de seus produtos, visando manter uma imagem boa ou estável. Já, em casos onde a dependência é baixa, respostas como desafio e manipulação geralmente são assumidas, visto o pouco risco existente.

A dimensão *Conteúdo* [grifo nosso] se subdivide em duas dimensões oriundas das próprias pressões capazes de predizer a adoção de estratégias alternativas: o grau de consistência entre as pressões exercidas e as metas organizacionais e o nível de restrição de escolha que as pressões exercem sobre a tomada de decisões na organização. Partindo desses pressupostos, as organizações estarão mais dispostas a aceitar as pressões externas (aquiescência) quando estas forem compatíveis com seus interesses internos. Respostas organizacionais como compromisso e esquiva são mais prováveis quanto menor for a coerência entre objetivos organizacionais e pressões institucionais. Já, posturas desafiadoras ou manipuladoras são prováveis quando a coerência é mínima. Exemplo é quando um fabricante enxerga que a conformidade às exigências do governo ou quanto as normas de segurança do produto podem levá-lo a falência. Nesse caso, tende a tomar atitudes como atacar, cooptar e provocar, com maiores níveis de resistência.

Também pode acontecer de as organizações não serem capazes de atender a pressão imposta, em casos onde a consistência é baixa. Exemplo ocorre quando o capital de giro é insuficiente para adequação da estrutura atual à conformidade exigida por novas leis sobre poluição. Nesse caso, a vontade e a capacidade organizacional em atender as exigências externas ficam limitadas, o que pode resultar em resistência à conformidade. Isso demonstra que as chances de uma organização entrar em conformidade com uma pressão institucional não dependem exclusivamente de legitimidade ou racionalidade econômica, mas inclui questões voltadas ao grau de discrepância entre as expectativas institucionais e os objetivos organizacionais (consistência) (Oliver, 1991).

O nível de resistência organizacional pode ser enxergado também sobre o ponto de vista restritivo, onde a conformidade a tais pressões implica em perda de liberdade organizacional, que passa a ser vista como uma restrição ou autonomia limitada. Oliver (1991) sugere que a resistência organizacional irá variar com a perda de autonomia associada a pressões para conformidade. Assim, espera-se que as organizações obedeçam facilmente àquelas pressões que não restrinjam suas decisões organizacionais, como alocação de recursos, seleção de produtos ou

serviços, aquisição de recursos, ou administração organizacional. Organizações podem facilmente apresentar resistência nula diante da introdução de vocabulário neutro em seus relatórios, porém o contrário ocorre, por exemplo, quando as pressões auferem mudanças nos produtos ou insumos que comercializam ou utilizam. Quanto mais a autonomia é ameaçada, mais as organizações tendem a buscar e negociar o grau de sua discricção (livre escolha) (Oliver, 1991).

A perda de discricção pode explicar parcialmente o porquê de as organizações assumirem comportamentos cerimoniais (esquivança) ou estratégias de prevenção como resposta estratégica, fato que pode ser observado na busca pela adequação aos requisitos para a certificação ou Acreditação Hospitalar. Atacar ou contestar tende a ser a resposta estratégica quando a restrição institucional antecipada de uma organização alcança níveis elevados, enquanto estratégias manipuladoras são prováveis em casos de alta limitação de autonomia, sendo exemplos quando a organização tenta cooptar um constituinte de risco ou quando tenta manipular ou controlar as normas ou demandas que impõe a perda de discricção. Esse comportamento geralmente induz profissões e associações a buscarem participar na formulação de normas ou políticas regulatórias que ameacem reduzir sua autonomia, como na área contábil (Oliver, 1991).

Oliver (1991) ressalta que causa, constituintes e conteúdo são antecedentes suscetíveis a interação quando há restrição discricionária, podendo as organizações trocar autonomia por maior legitimidade ou viabilidade econômica, como em hospitais, quando contratam pessoal mais capacitado, porque o contrário resultaria em danos frente ao meio social e econômico. Deste modo, é pouco provável que uma organização resista a pressões que de alguma forma constroem sua atuação no ambiente organizacional, principalmente no que tange à legitimidade.

A dimensão *Controle* [grifo nosso] envolve a forma como as pressões institucionais são impostas às organizações, podendo apresentar dois processos distintos: por coerção legal ou difusão voluntária. Mandatos legais ou governamentais são impostos às organizações por uso de autoridade e não por pressões voluntárias e assim tendem a ser obedecidos. Quando tal força institucional for baseada em expectativas culturais, as organizações tendem a ser conscientes e assim, menos propensas a agir com respostas desafiadoras, visto que as consequências da não conformidade são mais tangíveis e quase sempre mais graves. A aquiescência perdura como resposta quando a coerção legal é alta, pois a não conformidade pode ser altamente punitiva e

rigorosamente aplicada. Por outro lado, quando as punições pelo descumprimento são moderadas, as organizações tendem a analisar até onde cabe se conformar (Oliver, 1991).

Nesses casos, podem tentar evitar cumprir as expectativas institucionais buscando reduzir a frequência em que são inspecionadas (amortecer) ou praticar ações cerimoniais para promover a conformidade. Desafiar e manipular tende a ocorrer quando o grau de coerção legal for baixo. Quando as punições pelo descumprimento legal são mínimas ou quando os mecanismos de cumprimento são fracos as possíveis consequências da desconformidade não representam impedimento suficiente para resistência organizacional (Oliver, 1991).

Além da coerção legal, as pressões e expectativas institucionais podem ocorrer também por difusão voluntária. Quanto mais uma expectativa ou prática institucional se espalhar em um campo organizacional, maior é a probabilidade de conformidade das organizações a tais exigências e quanto menos difundido, maior a propensão das organizações resistirem a eles. Oliver (1991) defende que as organizações tendem a adotar as mesmas práticas que seus concorrentes assumindo assim estrutura cada vez mais semelhante, o que corrobora com o mimetismo de DiMaggio e Powell (1983).

Oliver (1991) enfatiza que quando as regras institucionais são amplamente difundidas e apoiadas as organizações serão propensas a se adequar (aquiescência), sendo a validade social quase sempre não questionada, o que limita a resistência organizacional. Sob condições dessa natureza, as organizações podem também assumir respostas organizacionais como compromisso (por exemplo, adotar expectativas gerais para atender as necessidades locais), ou esquivança com a adoção em caráter cerimonial. Por outro lado, quando o grau de difusão voluntária for baixo, as organizações estarão menos propensas a se adequar, assumindo respostas como o desafio e a manipulação. Dessa forma, a abrangência da difusão voluntária de normas e valores institucionais se mostra como um fator essencial no entendimento e análises da conformidade organizacional, visto que as organizações possuem maior resistência quanto menor for a difusão, divulgação e validação das expectativas institucionais (Oliver, 1991).

O *Contexto* [grifo nosso] ambiental no qual as pressões institucionais são exercidas também pode representar um determinante das respostas organizacionais, exploradas através de duas dimensões, conforme Oliver (1991): a incerteza e a interconectividade.

A incerteza ambiental pode ser entendida como o estado das condições futuras (não antecipada nem prevista) a ocorrer a partir das interconexões oriundas das relações

interorganizacionais entre os integrantes de um mesmo campo organizacional (Pfeffer & Salancik, 1978; Dimaggio & Powell, 1983 citado por Oliver, 1991). Tal fator pode interagir com a multiplicidade na medida em que os múltiplos constituintes em relacionamento com a organização apresentarem pressões conflitantes. Porém, cabe destacar que os gestores organizacionais optam sempre que possível por práticas seguras, estáveis e previsíveis, uma vez que resulta em maior controle. Um contexto ambiental altamente incerto e imprevisível leva a organização a se mobilizar para estabelecer uma ilusão ou realidade de controle sobre seus resultados futuros (Oliver, 1991).

Destarte, respostas organizacionais como aquiescência, compromisso e esquiva são mais propensas a ocorrer quando a incerteza ambiental é alta. Outro ponto importante é que em cenários incertos, as organizações tendem a imitar outras organizações, o que corrobora com Dimaggio e Powell (1983) quando tratam do mimetismo. Conforme a incerteza do ambiente diminui, a necessidade de segurança, estabilidade e previsibilidade em relação às normas institucionalizadas reduz e as organizações passam a ser mais confiantes em suas ações futuras e legítimas, o que aumenta a chance de assumirem respostas como o desafio e a manipulação, visto o provável alcance às metas organizacionais e por representarem respostas alternativas de menor risco (Oliver, 1991).

Além da incerteza, Oliver (1991) aborda que as organizações são mais prováveis de obedecer a regras e valores institucionais quando inseridas em ambiente altamente interligado. A interconectividade contribui na difusão voluntária e normas, valores e informações, pois possuem canais de relacionamento por onde estas são espalhadas mais facilmente criando um espírito de coletividade no campo organizacional, o que, conseqüentemente, gera mais consenso sobre as normas e efeitos institucionais.

Uma alta interconexão facilita respostas organizacionais como a aquiescência, compromisso e esquiva, enquanto um ambiente pouco conectado tende a induzir respostas como desafio e manipulação, visto a falta de relacionamentos e cumplicidade entre os atores. Tais afirmações corroboram com o trabalho de Dimaggio e Powell (1983) quando mencionam que quanto mais estruturado e conectado é um ambiente institucional, mais isomórfico (homogêneo) ele fica.

2.2 CUSTOS DA QUALIDADE (CQ)

2.2.1 Qualidade

Qualidade trata-se, em essência, da conformidade às expectativas do consumidor e aos requisitos do produto (Slack, Chambers, & Johnston, 2009), ou seja, quando suas características são atendidas de modo confiável, seguro e em consonância com as necessidades do cliente (Falconi, 2004). Sakurai (1997) a conceitua por intermédio de três vertentes: conformidade, alcançada quando um produto atende a suas especificações; adequação ao uso, esta requer que o produto atenda as expectativas do cliente em maior grau possível; e excelência inata, que trata a qualidade como fator de superioridade essencial a qualquer produto ou serviço.

O ponto central é o olhar ou a percepção do agente. Se ao final do trabalho, os funcionários sentirem orgulho do que produziram, existe qualidade. Se os gerentes cumprirem metas e especificações, ali predomina qualidade (Deming, 2003). Se o cliente percebe que as características do produto são boas, satisfazem suas necessidades e apresenta ausência de deficiências, então apresenta qualidade (Juran, 2009).

Trata-se, assim, do grau de atendimento às exigências dos clientes quando em contato com o produto ou serviço, isto é, “a combinação de características de produtos e serviços referentes a marketing, engenharia, produção e manutenção, através das quais produtos e serviços em uso corresponderão às expectativas do cliente” (Feigenbaum, 1994, p. 8).

Garvin (2002) não define especificamente, mas propõe possíveis abordagens para qualidade transcendente, baseada no produto, baseada no usuário, baseada na produção e baseada no valor, conforme Tabela 8.

Paladini (2004) destaca que juntas as definições se completam, formando um conceito amplo de qualidade, como: algo abstrato, no qual as vontades do cliente nem sempre são definidas; sinônimo de perfeição, com ausência de defeitos; qualidade nunca se altera em alguns produtos e serviços; subjetiva, variando de pessoa a pessoa; conformidade do produto com seu projeto; requisito mínimo de funcionamento; e envolve a diversidade de opcionais de um produto.

Tabela 8. Abordagens para definição de qualidade.

Abordagem	Definição de qualidade	Especificações	Limitações
Transcendente	Excelência inata	Qualidade não somente é absoluta como também universalmente reconhecível. Produtos de qualidade possuem algo duradouro e intemporal, ou seja, algo que sobressai questões de gosto ou estilo.	Pouca orientação prática, onde o esforço intenso e seriedade de propósito não esclarece o que de fato difere um produto de qualidade dos outros.
Baseada no produto	Variável precisa e mensurável	Diferenças de qualidade existem porque existem diferenças da quantidade de atributos do produto. Duas questões são importantes de se considerar: maior qualidade só pode ser obtida através de custos mais altos e qualidade é vista como característica inerente ao produto e não atribuída a ele.	Não se pode garantir que existe uma relação direta entre atributos do produto e qualidade. Pode ocorrer de produtos de qualidade ser simplesmente diferente em vez de possuírem mais atributos.
Baseada no usuário	Qualidade está diante dos olhos de quem observa	Cada consumidor tem diferentes desejos e necessidades e aquele produto que os atender melhor é o que possui maior qualidade. Essa visão é pessoal e subjetiva, o que desencadeia questões como a forma de agregar preferências individuais nos produtos.	Iguala qualidade a satisfação máxima, mesmo não admitindo serem idênticas.
Baseada na produção	Conformidade com as especificações	Uma vez especificado um projeto ou uma especificação, qualquer desvio é considerado perda de qualidade. Ênfase ao controle estatístico de qualidade e a confiabilidade do produto.	Foco interno, com pouca atenção ao elo que os consumidores enxergam entre qualidade e características do produto, além da conformidade.
Baseada no valor	Olhar em termos de custos e preços	Produto com qualidade é aquele que oferece conformidade com custo aceitável, ou seja, os preços são fonte de qualidade.	Difícil aplicação na prática, pois mistura dois conceitos relacionados: excelência e preço.

Fonte: Adaptado de Garvin (2002).

Dependendo da forma como é tratada, o conceito de qualidade pode assumir formas distintas, levando a reflexões de onde e como estão no contexto organizacional (Garvin, 2002).

2.2.2 Qualidade no contexto organizacional

Até o final da década de 70 a qualidade era vista como associada à indústria, bens manufaturados e processos produtivos. Havia o atendimento a aspectos da gestão da qualidade como a preocupação em atender o cliente, todavia fatores como confiabilidade, conformidade, metrologia, tolerância e especificação ainda se encontravam em estágios embrionários. Após esse período, iniciaram-se esforços que ampliaram o conceito incluindo diversos itens, tais como a visão de que faz parte do negócio como um todo, com informações sobre custos, desempenho processos, produtos, serviços e clientes, ou seja, a influência sobre o ambiente interno e externo

(Kaplan & Cooper, 1998; Juran, 2009; Nakagawa, 2010). Garvin (2002) complementa que qualidade era voltada exclusivamente para inspeção, porém, atualmente, o escopo foi ampliado conferindo a tal temática posição essencial ao sucesso estratégico da organização.

Em 1924 o conceito de controle de qualidade auferiu considerável evolução, quando Shewhart cria os gráficos de controle. Um pouco depois, em 1930, ocorre o desenvolvimento de medidas, ferramentas e controle estatístico, bem como ferramentas que permitiam o uso de amostragem para os trabalhos de inspeção (Carvalho & Paladini, 2012).

Um grande marco nesse contexto foi a revolução industrial, que trouxe uma nova visão da qualidade nas organizações, focando em linhas de montagem e tirando do trabalhador as fases de concepção e planejamento dos produtos, com foco ao trabalho de inspeção. Pode-se considerar que nessa época houve um avanço no controle de qualidade incluindo conceitos como conformidade e especificações através do modelo Fordista. Até então, o trabalho de inspeção era o maior alcance na área de controle da qualidade dos produtos, mesmo sem estrutura formal ou modelo de processo formal. Nessa época foi publicada a obra *The Control of Quality in Manufacturing* de Radford, conferindo em primeira mão a qualidade como responsabilidade gerencial distinta e como função independente (Garvin, 2002).

Em 1931, surge outro marco frente ao movimento da qualidade por meio da obra *Economic Control of Quality of Manufactured Product*, de W. A. Shewhart, que buscou explorar aspectos voltados ao controle estatístico de qualidade com técnicas de acompanhamento e avaliação de produção diária com foco no reconhecimento da existência da variabilidade e nos esforços para sua redução (Garvin, 2002).

A temática de qualidade se consolidou nos EUA, levando ao surgimento da primeira associação de profissionais da área de qualidade – A *Society of Quality Engineers*. Posteriormente foi fundada a *American Society for Quality Control* (ASQC), atualmente conhecida como *American Society for Quality*, contando com a participação de grandes nomes da área como Joseph M. Juran (Carvalho & Paladini, 2012).

Posteriormente, em 1951, inicia-se a fase onde a qualidade passa de algo restrito para abranger questões mais amplas voltadas para o gerenciamento. Os cuidados na prevenção e inspeção ainda perduravam, mais as ferramentas e implicações da qualidade iam muito além de controles estatísticos abrangendo conceitos como os custos da qualidade, o controle total da qualidade, a engenharia da confiabilidade e zero defeito (Garvin, 2002). Juran introduz a

abordagem sistêmica da qualidade com a obra *Planning and Practices in Quality Control*, que trazia um modelo envolvendo planejamento e apuração dos Custos da Qualidade. Armand Feigenbaum foi o primeiro a tratar a qualidade de maneira sistêmica dentro das organizações por meio da constituição do Controle da Qualidade Total (*TQC – Total Quality Control*), que influenciou consideravelmente o modelo da ISO 9000. E Philip B. Crosby explorou os fatores que criaram o programa Zero Defeito (Carvalho & Paladini, 2012).

No Japão, a evolução maior em termos de Custos da Qualidade foi realizada por K. Ishikawa, focando na forma como as pessoas trabalhavam juntas (Deming, 1990). Percebe-se ainda que o desempenho em qualidade das organizações japonesas tem se destacado com melhorias impressionantes desde a Segunda Guerra Mundial, fator que representa uma grande fonte de vantagem competitiva com planos a longo prazo conferindo um caráter puramente estratégico aos programas de qualidade (Garvin, 2002).

Em decorrência dessas obras e da influência inicial de tais autores, foram criados os prêmios de qualidade, sendo que no Japão recebeu o nome de Prêmio Deming, nos Estados Unidos o Prêmio Malcon Baldrige, na Europa o Prêmio Europeu da Qualidade e no Brasil o Prêmio Nacional da Qualidade – PNQ. Em 1987, considerando as evoluções e a globalização surge o modelo normativo de ISO (*International Organization for Standardization*) na área de Gestão da Qualidade (Carvalho & Paladini, 2012). A visão de qualidade e os esforços voltados a torná-la parte essencial do processo de gestão junto ao planejamento estratégico e sistema de informações amplia fronteiras e possibilita vantagens junto a concorrência. Essa nova interface integrada demanda novas habilidades gerenciais, visto a atenção maior à construção de programas, fixação de padrões e constantes relações com as atividades e interesses de outros departamentos (Garvin, 2002).

Esse foi o contexto histórico que permite perceber a evolução da qualidade dentro do contexto organizacional, o chamado “movimento da qualidade”, iniciando de uma realidade antiga artesanal com foco na inspeção, ainda de maneira informal, até alcançar amplitude maior, capaz de envolver todas as áreas da organização, bem como seus principais agentes por meio de uma visão integrada e focada no aumento da qualidade nos produtos e serviços oferecidos ao consumidor, conforme evidencia a Figura 2.

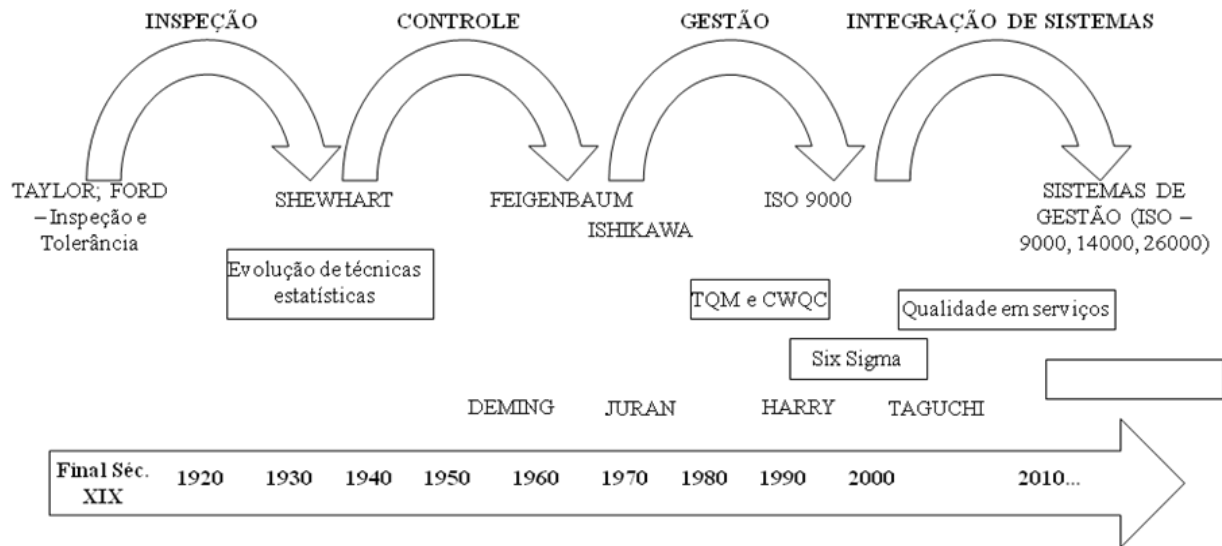


Figura 2. As eras da Qualidade nas organizações.
 Fonte: Adaptado de Carvalho e Paladini (2012, p. 7).

Os fatores expostos contribuíram para a formação dos elementos da Gestão da Qualidade Moderna, que resgata alguns conceitos antigos como o atendimento a necessidade do cliente, mas incorpora demais fatores como customização e análise de fatores externos (Carvalho & Paladini, 2012). Atualmente, a qualidade afere contexto amplo em todo o mundo, onde cada vez mais países se esforçam para construir uma reputação de qualidade em seus produtos, reconhecendo como primeiro passo a capacidade dos gerentes em perceber a organização como um organismo dinâmico, com fatores que se interagem e que influenciam o desempenho final em termos de custos, qualidade, serviços e diferenciação (Nakagawa, 2010).

Garvin (2002) aponta que a garantia da qualidade por intermédio de ferramentas como o Zero Defeito e os Custos da Qualidade foi o ápice que conferiu à qualidade a expansão de fronteiras dentro e fora da cadeia de produção, fato que elucida a própria evolução da indústria. Tudo caminhou rumo ao atendimento das necessidades do meio social, sendo indispensável atender as especificações e critérios de desempenho exigidos pelo governo, por programas de qualidade ou pelo próprio consumidor. O projeto tornou-se mais comum e os padrões e amostragens mais definidos perante todo o processo de produção. Após esse ápice, a mudança de perspectiva se altera ainda mais, voltando-se a incorporação ao sistema empresarial como um todo, onde atribui-se atenção equiparada a área de *marketing* ou financeiro.

2.2.3 Custos da Qualidade

Esse artefato da Gestão Estratégica de Custos possui posição central no gerenciamento e controle da qualidade total, além de ser relevante para o planejamento da estratégia da organização, podendo ser enxergado como um denominador econômico comum, pelo qual é estabelecida uma comunicação nítida e efetiva sobre tais informações. Isso confere aos Custos da Qualidade elemento essencial à contabilidade das empresas, podendo ser comparado, em termos de importância, aos custos de mão de obra e matéria-prima, além de reconhecimento direto na conquista por vantagem competitiva (Feigenbaum, 1994).

Miguel (2001) ressalta que a qualidade deve ser monitorada sob um contexto amplo, ou seja, desde análises envolvendo demanda e nível de vendas atingido até aquelas de cunho estratégico, como por exemplo, as relações entre investimentos em qualidade e gastos decorrentes de sua falta. Para isso, os Custos da Qualidade representam um importante instrumento gerencial capaz de fornecer um meio de medição da eficiência da gestão da qualidade, além de ser uma forma de determinar as áreas-problemas e as prioridades da organização. O autor destaca que a norma britânica BS 6143- *Guide to the Determination and Use of Quality Related Costs* vê a análise dos Custos da Qualidade como uma ferramenta que enfatiza o compromisso da gerência em alcançar níveis aceitáveis de qualidade com o menor custo possível, conforme evidencia a Figura 3. Feigenbaum (1994) também compartilha da mesma visão, uma vez que aponta que um produto satisfatório ou um serviço de qualidade estão intimamente associados à qualidade e aos custos incorridos.

Os Custos da Qualidade são os custos associados à definição, criação e controle de qualidade, confiança, segurança, agregação de valor e retorno de conformidade, bem como àqueles custos que se referem a não conformidade, isto é, os que são associados a falhas tanto antes quanto depois de estarem nas mãos dos consumidores (Robles, 2003). Análises sobre os Custos da Qualidade envolvem os custos de fazer episódios errados, não de acordo com o projeto ou com as expectativas do cliente, sendo, portanto, uma medida financeira ampla sobre a qualidade, que pode ser dividida em custos de prevenção, de avaliação, de falhas internas e de falhas externas (Shank & Govindarajan, 1997).



Figura 3. Visão econômica da qualidade.

Fonte: Miguel (2001) adaptado de Aspinwall, (1995).

Townsend e Gebhardt (1991) exploram o tema Custos da Qualidade por meio de quatro subdivisões: custos de prevenção, de detecção, de correção e de fracassos. Ainda destacam que a mensuração indica a amplitude do problema e atua como oportunidades de melhorias. Concluem que custa menos fazer algo de maneira correta na primeira vez do que do que corrigir depois, e que se o produto já chegou às mãos do cliente têm-se, ainda, a ameaça de vendas futuras, quer dizer, é afetada tanto a qualidade de fato como a qualidade de percepção.

Sakurai (1997) define Custos da Qualidade como aqueles incorridos por causa da baixa qualidade, ou seja, o custo por fazer as coisas de modo incorreto. Seu maior objetivo é fabricar um produto com alta qualidade ao mesmo tempo em que auferir menor custo possível, alcançado através da apuração dos custos das falhas em relação às suas especificações. Quanto às classificações, tais custos podem ser divididos em três tipos: custos incorridos por conta de expectativas de falhas, custos incorridos por falhas ocorridas e os custos incorridos para conquistar um ambiente onde os funcionários possam operar de forma eficiente.

Crosby (1984), citado por Shank e Govindarajan (1997), foca no Zero Defeito e divide os Custos da qualidade em dois tipos: o preço da conformidade (*POC – Price of conformance*) que engloba os custos de se fazer corretamente da primeira vez; e o preço da não conformidade (*PONC – Price of nonconformance*) que inclui os custos de se fazer errado, ou seja, os custos de correção.

Feigenbaum (1994) conceitua, primeiramente, como os custos voltados a definição, criação e controle de qualidade, bem como aqueles custos voltados a avaliação da conformidade

no que tange a qualidade, confiabilidade e segurança. E complementa incluindo os custos das falhas em atendimento a cada exigência, compreendendo desde a concepção do produto até estar nas mãos do cliente. Atenta para o fato do quão amplo são os custos da qualidade, que recaem sobre os produtores, consumidores e negociadores, isto é, tais custos ocorrem em todo o ciclo de vida do produto. Essa amplitude envolve várias vertentes dos Custos da qualidade, que podem ser analisadas e aprofundadas conforme necessidade de pesquisa, dentre os quais destacam-se os custos operacionais da qualidade, os custos indiretos da qualidade, os custos da qualidade em fornecedores, os custos intangíveis da qualidade, e os custos dos equipamentos para qualidade, dentre outros. Para fins dessa pesquisa, serão aprofundados os custos que o autor nomeia de Custos Operacionais da Qualidade, englobando duas áreas principais: os custos de controle e os custos de falhas no controle, sendo o montante atribuído a cada categoria em função da capacidade da empresa em gerar qualidade, conforme aponta a Figura 4.

Robles (2003) enfatiza que as categorias apresentadas se relacionam intimamente entre si, de modo que quando são aplicados recursos em uma, variações são perceptíveis em todas as outras, o que modifica a estrutura de mensuração de custos da qualidade dentro da organização. Sakurai (1997) acrescenta que os custos de controle são custos voluntários, que podem ser controlados mediante decisões na empresa enquanto os custos de falhas são completamente involuntários, ou seja, decorrentes de falhas.

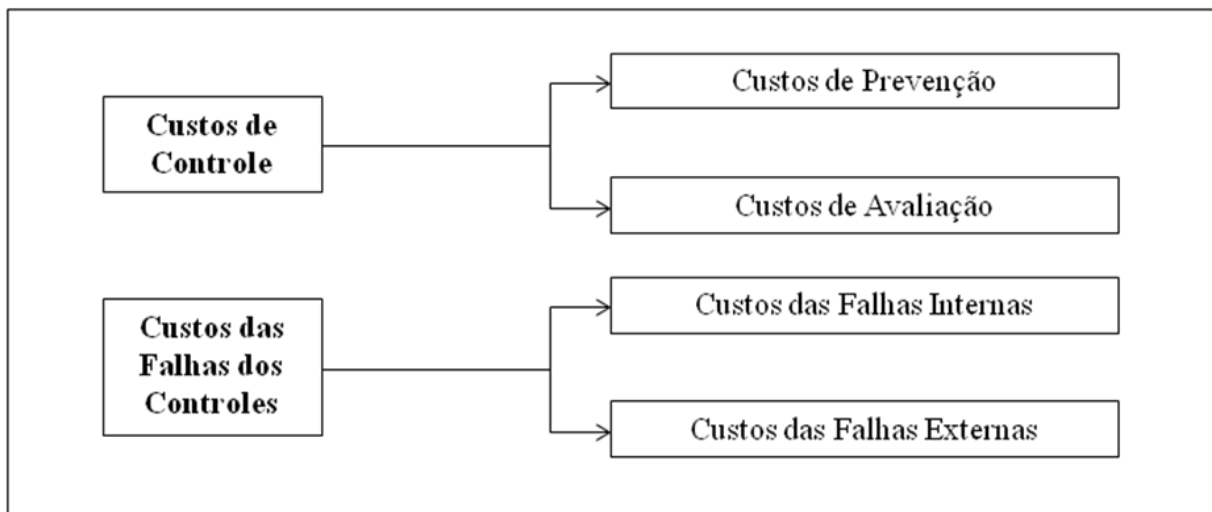


Figura 4. Categorias de Custos da Qualidade.

Fonte: Feigenbaum (1994, p. 152).

Os custos de controle são propriamente os custos da qualidade ou custos da conformidade, já que se voltam para busca pela qualidade do produto e atendimento ao cliente, enquanto os

custos das falhas podem ser enxergados como os custos da não qualidade ou da não conformidade, pois derivam de erros na etapa anterior, visão essa também compartilhada na ISO 9004 (Barreto, 2008).

Encontra-se comumente na literatura menção a essas categorias, bem como a importância em enxergar isso dentro da organização, porém Barreto (2008) e Miguel (2001) discorrem que os custos incorridos a serem considerados em cada categoria nem sempre são claramente classificados, fator que resulta muitas vezes em dificuldades para as organizações em identificar qual categoria de custos da qualidade estão impactando mais seus resultados. Shank e Govindarajan (1997) complementam que nem todos se encaixam perfeitamente em uma categoria, sendo que tais situações acabam resultando em algo arbitrário, todavia, quando a empresa possui uma base consistente na classificação desses custos, as informações podem ser muito úteis e confiáveis.

2.2.3.1 Custos de Prevenção

Os custos de prevenção são aqueles incorridos para evitar a ocorrência de defeitos e não conformidades, compreendendo os gastos com qualidade para evitar produtos que não satisfaçam o cliente, incluindo o trabalho de áreas como a engenharia de qualidade e treinamentos a funcionários (Feigenbaum, 1994). Assim, se originam no ato de prevenir que problemas futuros ocorram, o que inclui os gastos para observar e identificar problemas antes da execução ou produção do bem, ou seja, inclui a fase de planejamento (Shank & Govindarajan, 1997; Miguel, 2001; Oliveira, 2004). O objetivo é garantir que produtos insatisfatórios não sejam produzidos, isto é, são os recursos despendidos antes do processo produtivo para assegurar que falhas ocorram na menor proporção possível, compreendendo tanto novos investimentos quanto custos envolvidos no processo, podendo ser desdobrados, conforme a Tabela 9.

Barreto (2008) evidencia a classificação apresentada pela *American Society for Quality Control* (ASQC), que traz praticamente os mesmos itens elencados por Robles (2003), porém detalha em seções distintas: mercado/cliente/usuário; projeto do produto/serviço; compras; operações e administração da qualidade. A autora complementa que essa categoria engloba todos

os esforços para a projeção de seus produtos ou serviços segundo as preferências do cliente em questão (Barreto, 2008).

Tabela 9. Custos de prevenção.

1. Equipamentos	12. Desenvolvimento de sistemas da qualidade
2. Tecnologia	13. Suporte técnico para vendedores
3. Engenharia de qualidade	14. Identificação das necessidades de marketing e exigências dos clientes
4. Círculos de qualidade	15. Desenvolvimento de projetos de produtos
5. Treinamento para qualidade	16. Relações com fornecedores
6. Administração de qualidade	17. Validação e planejamento da qualidade nas operações
7. Projeto e planejamento das avaliações de qualidade	18. Planejamento da inspeção e dos testes dos componentes comprados
8. Manutenção preventiva dos equipamentos	19. Inspeção e controle dos moldes e ferramentas
9. Revisão e atualização das instruções, especificações e procedimentos.	20. Auditoria da eficácia do sistema de qualidade
10. Pesquisas relacionadas com a garantia dos produtos	21. Relações com a inspeção de clientes
11. Treinamento de pessoal	

Fonte: Robles (2003, p. 63).

Custos dessa natureza podem representar gastos iniciais à primeira vista, entretanto cabe ressaltar que a identificação de falhas após a produção, na maioria das vezes, acarreta gastos muito maiores, além de denegrir a imagem da organização e resultar em perda de clientes para a concorrência (Oliveira, 2004). Além disso, Sakurai (1997) salienta que tais custos são administráveis pela organização, e que investimentos nessa categoria representam uma estratégia eficaz e competitiva, capaz de manter e melhorar a qualidade, além de reduzir o valor total despendido com os Custos da Qualidade (Shank & Govindarajan, 1997).

2.2.3.2 Custos de Avaliação

Os custos de avaliação voltam-se quase que exclusivamente ao controle de qualidade (Oliveira, 2004), focando na identificação do nível de qualidade atingido pelo produto, quer dizer, os possíveis custos despendidos para identificar unidades ou componentes defeituosos antes que cheguem às mãos do cliente (Robles, 2003; Miguel, 2001; Feigenbaum, 1994; Shank & Govindarajan, 1997), de modo a garantir a aceitabilidade do produto no mercado (Barreto, 2008). Consiste na checagem quanto à possibilidade de existência de problemas ou erros a ocorrer durante ou após a fabricação, podendo ser inclusos nesta etapa ferramentas como o controle estatístico ou auditoria de qualidade (Oliveira, 2004; Slack, Chambers, & Johnston, 2009).

Tabela 10. Custos de avaliação.

1.	Equipamentos e suprimentos utilizados nos testes e inspeções	12.	Avaliação dos produtos dos concorrentes
2.	Avaliação de protótipos	13.	Inspeção do desempenho do produto nas condições e ambientes do cliente
3.	Novos materiais	14.	Mensurações visando ao controle de qualidade do processo
4.	Testes e inspeções nos materiais comprados	15.	Auditoria no estoque de produtos acabados
5.	Testes e inspeções nos componentes fabricados	16.	Avaliação de deterioração das matérias-primas e componentes em estoque
6.	Métodos e processos	17.	Regulagem e manutenção dos equipamentos de inspeção da qualidade
7.	Inspeções e auditoria das operações da manufatura	18.	Testes dos ambientes de produção
8.	Planejamento das inspeções	19.	Supervisão das áreas de inspeção
9.	Testes e inspeções nos produtos fabricados	20.	Custo da área de inspeção
10.	Verificações efetuadas por laboratórios e organizações externas	21.	Depreciação dos equipamentos de testes
11.	Auto-inspeção pelos operadores	22.	Testes de confiança

Fonte: Robles (2003, p. 63).

De tal modo, quanto melhor a prevenção menor serão os custos com avaliação e, quanto maior os esforços para as inspeções, menor os custos das falhas internas e externas (Barreto, 2008). Robles (2003) destaca alguns exemplos de custos de avaliação conforme evidencia a Tabela 10.

Barreto (2008) enfatiza novamente a classificação dos custos de avaliação apresentada pela ASQC, disposto em seções: avaliação de compras, avaliação das operações, avaliação externa e revisão dos dados de teste e inspeção, ou seja, os exemplos de Robles (2003) na Tabela 10 não são desconsiderados por Barreto (2008), mas sim divididos em subcategorias distintas.

2.2.3.3 Custos de Falhas

Os custos das falhas só ocorrem se houver deficiências na etapa preventiva e de inspeção, quer dizer, só existem se houver materiais ou produtos que não atendem às especificações do produto e do cliente (Feigenbaum, 1994). Dessa forma, podem ser considerados proporcionais ao número de defeitos identificados, sendo normalmente tratados como um custo variável, que pode ser dividido em custos de falhas internas e externas.

Os custos das falhas internas são os gastos incorridos na etapa posterior a descoberta de falhas nos produtos, mediante as inspeções efetuadas, quando o produto já se encontra na fase de

expedição (Barreto, 2008; Sakurai, 1997; Slack, Chambers, & Johnston, 2009). A Tabela 11 destaca exemplos dessa categoria de custos.

Tabela 11. Custos de falhas internas.

1. Retrabalho	8. Atrasos na produção e entrega gerando multas e penalidades
2. Redesenhos	9. Não aplicação de reajustes de preços de novas tabelas
3. Refugos e sucatas	10. Inspeção de lotes retrabalhados
4. Tempo perdido devido à deficiência do projeto	11. Manutenção corretiva
5. Tempo perdido devido à compra de materiais defeituosos	12. Horas extras para recuperar atrasos
6. Compras não planejadas	13. Tempo de análise das causas das falhas
7. Descontos nos preços de venda de produtos com pequenas deficiências	14. Custo financeiro do estoque adicional para suprir eventuais falhas

Fonte: Robles (2003, p. 63).

Os custos de falhas internas decorrem dos esforços para detecção e correção das falhas identificadas antes do produto chegar às mãos do consumidor, ou seja, nas inspeções com foco em garantir que as exigências do cliente sejam atendidas (Robles, 2003; Shank & Govindarajan, 1997). Ocorrem também quando são detectados erros na operação interna do produto como os defeitos e a perda de tempo durante a produção, o que evidencia a atenção a outro fator: a capacitação da mão de obra e o nível de produtividade (Oliveira, 2004).

Essa categoria é vista por Barreto (2008), segundo os princípios da *American Society for Quality Control* (ASQC), pela divisão de seções que podem ser definidas em: falhas no projeto do produto, falhas nas compras e falhas nas operações.

Por fim, os custos de falhas externas são aqueles que envolvem as atividades voltadas a correção dos defeitos percebidos pelo cliente, isto é, ocorrem externamente, após o produto chegar às mãos do cliente, incluindo questões voltadas, por exemplo, à devoluções e reclamações, como apresenta a Tabela 12.

Tabela 12. Custos de falhas externas.

1. Administrativos	7. Bem estar do cliente
2. Expedição e recepção	8. Vendas perdidas
3. Multas	9. Assistência técnica fora da garantia
4. Refaturamentos	10. Reposição para manter a imagem
5. Garantias	11. Custos do departamento de assistência técnica
6. Retrabalho	

Fonte: Robles (2003, p. 63).

Ademais, é importante destacar que os consumidores são afetados negativamente em relação a confiança que tinham no produto ou na empresa, fator que pode resultar em prejuízos tanto em questões econômicas quanto relativas à sua imagem (Oliveira, 2004; Sakurai, 1997;

Slack, Chambers, & Johnston, 2009). Barreto (2008) também ressalta que esses custos são referentes ao ambiente externo a organização e são descobertos após a entrega do produto ao consumidor, fator que os torna mais graves porque expõe totalmente a imagem da empresa e o ritmo de produção, podendo afetar negativamente o volume de demanda. A autora ainda avulta as subseções apresentadas pela *American Society for Quality Control* (ASQC) quanto a essa categoria: investigações de reclamações de clientes, devolução de vendas, recuperação de bens, reclamações dentro de garantia, custos com responsabilidades, multas, gastos com insatisfação de clientes e vendas perdidas pela organização.

2.2.3.4 Análises das categorias dos Custos da Qualidade

Muitos são os custos e os aspectos a serem considerados quando se fala em custos da qualidade, uma vez que um completa o outro e todos estão entrelaçados rumo a construir um produto de qualidade, do projeto ao consumo pelo cliente. As análises a serem efetuadas por intermédio de tais informações partem do exame de cada item de custo em relação aos outros itens, bem como em relação ao custo total da qualidade e por comparações periódicas (Feigenbaum, 1994).

Contudo, diante disso torna-se importante identificar um ponto específico de investimento em qualidade, ou qual a melhor relação custo benefício quando se fala em Custos da Qualidade. Em análises dessa natureza, admite-se que os custos de falhas reduzirão à medida que aumentarem os custos com prevenção e avaliação, sendo essa relação o ponto de partida para a identificação de um ponto ótimo de recursos em qualidade (Slack, Chambers, & Johnston, 2009). Para isso, buscando relacionar as categorias de tais custos, Juran e Gryna (1991) apresentam um modelo de custo ótimo da qualidade, que trata as categorias de custos de forma inversamente proporcional, ou seja, quanto maiores os custos de prevenção e avaliação menor serão os custos de falhas internas e externas, conforme mostra a Figura 5.

Mediante o gráfico, quando os custos com prevenção (P) e avaliação (A) são baixos ou os investimentos nessas categorias são poucos (quando não há esforço para evitar ou identificar falhas), os custos das falhas internas (FI) e falhas externas (FE) são altos. À medida que vão aumentando (por conta dos esforços para qualidade) os custos com falhas vão diminuindo demonstrando conseqüente redução no número de falhas e conseqüente melhoria na qualidade,

bem como, à medida que a produção se mostra como boa, os custos com prevenção e avaliação são elevados (Feigenbaum, 1994).

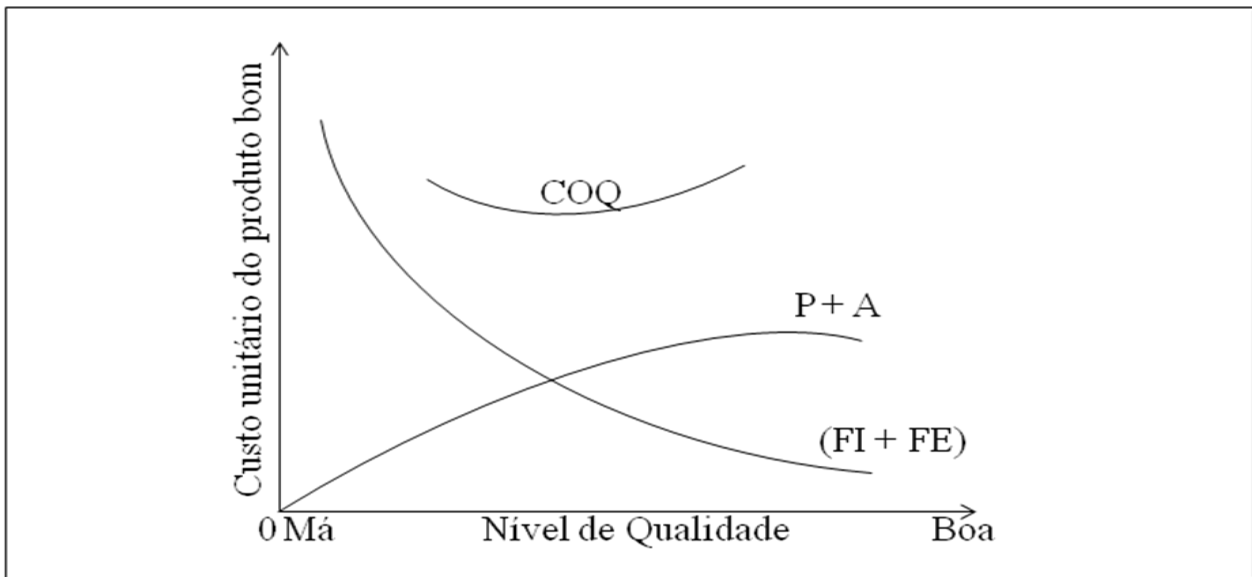


Figura 5. Custo ótimo da qualidade
Fonte: Juran e Gryna (1991, p. 114).

Ainda pelo gráfico, quando os custos de prevenção aumentam, o número de defeitos é reduzido, o que conseqüentemente reduz os custos de avaliação e de falhas (Feigenbaum, 1994). Um aumento substantivo dos custos de controle leva a um resultado da qualidade eficiente. O cruzamento entre as linhas indica um ponto ótimo de investimento em qualidade, buscando pleno equilíbrio entre as categorias de custos (Sakurai, 1997; Robles, 2003).

A análise entre as categorias de Custos da Qualidade no gráfico dá origem a uma curva em formato de U, localizada na parte superior. Essa curva (COQ) representa um sistema de qualidade, que adquire seu melhor ponto na parte inferior, o chamado “melhor ponto das operações”. Nele, os custos são os menores ou mais equilibrados e o retorno do investimento alcança níveis ótimos (Sakurai, 1997). Dessa forma, uma gestão eficaz da qualidade envolve o nível de qualidade na organização e o volume de gastos em cada uma das quatro categorias, sempre com foco na redução do custo total de qualidade (Shank & Govindarajan, 1997).

Feigenbaum (1994) descreve que na realidade organizacional os custos de falhas internas e externas atingem o mais alto patamar, em torno de 65% a 70%, seguido dos custos de avaliação com média entre 20% e 25%, e, por fim, os custos de prevenção com média entre 5% a 10%. Tal cenário retrata o consumo de recursos na qualidade inadequados, visto que deveria estar mais voltado à prevenção e avaliação e não às falhas. O autor ressalta ainda que é extremamente

necessária uma inversão do ciclo de custos, que objetive uma atribuição adequada de gastos em cada categoria, sendo que o foco maior deve ocorrer quando o produto ainda está na empresa.

Segundo Sakurai (1997), há uma lógica em relação aos Custos da Qualidade de que quando os gerentes enxergam os custos incorridos com baixa qualidade, tendem a ter ânimo e desdobrar esforços para resolver essas questões. Mensurar e controlar os custos da qualidade contribui ativamente para o processo de busca pela qualidade, podendo representar uma importante ferramenta gerencial e competitiva que pode trazer vários benefícios como a identificação de oportunidades de melhorias da qualidade, o aumento da produtividade e da eficiência dos recursos, a definição de prioridades em novos projetos, a possibilidade de medição do ROQ (*Return on Quality*) e a contribuição para melhoria da rentabilidade operacional da organização (Barreto, 2008). Diante das várias possíveis contribuições e da importância desses custos, torna-se recomendado fazer um relatório de Custos da Qualidade, visto que, por meio dos resultados alcançados, a empresa pode manter as metas e objetivos ativos e motivar colaboradores a melhorarem continuamente rumo ao nível de zero defeito (Shank & Govindarajan, 1997).

2.2.3.5 Sistemas de Custos da Qualidade

Robles (2003) salienta que os custos da qualidade são mais relevantes e úteis a organização quando apresentados em termos financeiros, sendo este um instrumento para identificar gargalos nos processos, áreas que necessitam de mais recursos, bem como os pontos fortes da organização. Sakurai (1997) ainda acrescenta que esses custos são muito úteis para a avaliação de desempenho quando dispostos em instrumentos de gerenciamento sistêmico, já que fornece a administração uma visão detalhada de cada setor em relação aos níveis de melhorias na qualidade que conseguiram auferir. Embora ainda hoje pare sobre parte considerável das organizações a ideia de que a busca pela melhoria da qualidade acarrete aumento de custos, é fácil perceber que na verdade trata-se de puro investimento, visto os benefícios que programas dessa natureza proporcionam aos processos e resultados da organização (Oliveira, 2004).

Barreto (2008, p. 117) conceitua um Sistema de Custos da Qualidade como um

conjunto de procedimentos administrativos dentro da estrutura organizacional da empresa de forma que se possam computar os gastos referentes às categorias dos Custos da Qualidade: custos de prevenção, custos de avaliação, custos de falhas internas e custos de falhas externas.

Quando a organização adota uma direção voltada a qualidade, todas as áreas estarão integradas e voltadas aos mesmos objetivos, com foco no nível mínimo de falhas e desperdícios. Atenta-se aqui para a importância do quadro de pessoal, uma vez que são eles que executam todo o processo, bem como são as fontes de habilidades e conhecimentos na construção do produto e o apoio e envolvimento da alta gerência, com consciência clara que tais procedimentos são essenciais para o sucesso do sistema (Barreto, 2008). É válido citar também que sistemas de qualidade podem ser integrados ao sistema contábil, de produção ou de pessoal, facilitando o acesso às informações e o manuseio (Robles, 2003).

Robles (2003) aponta que o principal objetivo de um Sistema de Custos da Qualidade é facilitar os esforços para obtenção da melhoria de qualidade que, conseqüentemente resultarão em oportunidades de reduções de custos e otimização de recursos.

Feigenbaum (1994) alude que iniciativas como esta, voltada aos Custos da Qualidade, envolvem três etapas: identificação dos itens relacionados ao artefato; estruturação de uma estrutura voltada aos Custos da Qualidade; e manutenção contínua do instrumento, a fim de assegurar que os objetivos estejam sendo alcançados. Com vistas a esses pontos, Barreto (2008) destaca os principais obstáculos, mesmo diante dos benefícios enxergados pelas organizações: trabalho excessivo na captação dos dados; falta de cultura quanto a necessidade de mensuração; falta de entendimento dos conceitos dos Custos da Qualidade; e falta de consciência da alta administração sobre a importância do sistema. Esses pontos despertam a importância em pesquisar os fatores que estão por trás da forma como foram adotados e de como são usados pelas organizações. Por outro lado, evidencia também o porquê as organizações adotam essa sistemática: consideram a mensuração um indicador de gestão da qualidade, avaliação de desempenho ou rentabilidade; pela identificação de oportunidades de redução de custos na empresa; pelo conhecimento do montante de custos e o quanto cada categoria totalizou; por considerar o sistema uma ferramenta na busca pela melhoria contínua; por considerar os custos da qualidade um instrumento gerencial importante; e pela contribuição no controle de processos e custos (Barreto, 2008).

Pelo fato da adoção de um certificado de acreditação hospitalar demandar uma completa estrutura de readequações e conformidade a diversos requisitos, muitas vezes o hospital aderente a este necessita possuir a visão gerencial oferecida por um sistema de qualidade, a fim de disponibilizar e controlar informações precisas sobre tais gastos, além de gerenciá-los rumo a manter e evoluir de categoria.

2.3 O SETOR HOSPITALAR

Esse tópico traz uma contextualização do segmento de saúde abordado na pesquisa, uma vez que os fatores históricos podem afetar no modo como foram estruturadas e executadas as atividades nos hospitais atualmente. Assim sendo, é importante ressaltar algumas características que retratam a importância do setor e fatores que podem representar influências na forma como agem. Primeiramente, é exposto um contexto histórico do segmento hospitalar, visto que é a realidade onde ocorre a pesquisa. Após, são abordadas as peculiaridades do setor e a ligação com os princípios da Teoria Institucional no que tange ao constructo teórico de DiMaggio e Powell (1983). Finalmente, são apresentadas as características sobre a certificação de acreditação hospitalar e as possíveis ligações com os Custos da Qualidade.

2.3.1 Contexto hospitalar histórico

Admitir o hospital como instrumento terapêutico, ou seja, a percepção de que um hospital é um instrumento destinado a curar, é uma invenção relativamente nova, do final do século XVIII. Anteriormente a isso, não era enxergado nem funcionava como um meio de cura, mas como uma instituição de assistência aos pobres, que como portadores de doenças, deveriam ser recolhidos e tratados, bem como para proteger os demais de um possível contágio (Gonçalves, 1983; Foucault, 1985; Gurgel & Vieira, 2002; Vecina & Malik, 2014). Os mesmos autores indicam que o foco do hospital não era a cura do doente, mas o pobre que estava morrendo, sendo enxergado como um “morredouro” – como era chamado na época, isto é, um local que presta os últimos cuidados aos que estão prestes a morrer.

Essas organizações eram dirigidas por religiosos ou leigos que faziam disso uma oportunidade para o exercício caridade para assim alcançarem a salvação de suas almas. Dessa forma, era visto como o lugar das exclusões, onde se encontravam loucos, doentes, prostitutas e pobres, que passavam por um tratamento assistencial e de transformação espiritual. Havia uma visão profundamente individualista entre o médico e o paciente por meio de práticas de prognósticos e arbitragem que tinham como objetivo evitar que as doenças se alastrassem, sendo a cura um resultado eventual (Foucault, 1985; Médici, 1992; Vecina & Malik, 2014). A experiência hospitalar e a vivência prática constituíam dois pólos distintos na formação profissional, ou seja, prática hospitalar e medicina eram independentes até o século XVIII (Foucault, 1985).

Tal cenário histórico conduziu a necessidade de grandes transformações, que realmente fossem capazes de revolucionar, introduzindo uma essência mais ampla e organizada, que minimizasse ou anulasse a desordem existente, tanto no que diz respeito às doenças causadas e propagadas, quanto a questões econômico-sociais envolvidas (Foucault, 1985).

O ponto de partida para a transformação hospitalar se revela com a inserção da disciplina, vista como uma “nova técnica de gestão de homens” que buscava contribuir no sentido de controlar suas distinções e utilizar ao máximo suas capacidades. Isso impulsionou um grande desenvolvimento, tais como a reflexão sobre o espaço que o hospital ocupava e a reorganização do poder (Foucault, 1985).

O foco para agora sobre o acompanhamento das atividades, e em meios de maximizá-las e controlá-las. Analisando os principais pontos de mudança, percebe-se o claro alinhamento com as necessidades de modificação e a ânsia pela cura do descaso, até então predominante. Assim, Foucault (1985) admite como origem do hospital médico o deslocamento da intervenção médica e a disciplinarização do ambiente hospitalar, donde surge então o médico hospitalar, que detinha o foco na cura, conferindo a essas organizações a essência discernida até nos dias de hoje.

No Brasil a situação não era diferente. Até no fim do século XIX, o hospital era o lugar para os pobres morrerem; os médicos atendiam em casa havendo predominância também do individualismo e separação entre ambiente hospitalar e médico (Finkelman, 2002). Diante desse cenário, ocorre no início do século XX, um grande avanço do sistema de saúde brasileiro provido pela inserção de novas políticas, programas e desenvolvimento de serviços voltados para a saúde

(Finkelman, 2002), bem como intervenções estatais com objetivo de eliminar surtos de doenças, como a febre amarela (Vecina & Malik, 2014).

No governo de Getúlio Vargas houve a criação do Ministério da Saúde e um fortalecimento da área privada por intermédio de incentivos como o direcionamento de recursos públicos para reformar e construir hospitais privados e descontos no imposto de renda (Bahia, 2009; Paim et. al., 2011; Vecina & Malik, 2014). Em 1964, outro fato importante que serviu de impulso para o setor hospitalar, principalmente o privado, foi o golpe militar, que marcou mudanças na previdência social e na assistência médica, nas quais leis e decretos foram criados enfatizando o aumento da participação dos serviços privados na economia. A privatização dos serviços de saúde fica ainda mais clara em 1968, com a aprovação do Plano Nacional de Saúde, que estabelecia o foco em organizações de saúde privadas, sendo um dos maiores passos do setor privado em nível nacional (Almeida, 2005; Médici, 1992).

Em meados da década de 1990, o setor de saúde privado foi influenciado diretamente por eventos políticos, econômicos e institucionais ocorridos no âmbito do Governo Federal e da sociedade civil. O SUS começou a ser implementado e foi criado o Código de Defesa do Consumidor. Além disso, aumentou o poder aquisitivo da população durante o início do Plano Real, do qual ocorreu um efetivo incremento da cobertura da população por seguros privados, o que conseqüentemente favoreceu o setor privado (Reis, Silveira, & Andreazzi, 2006 citado por Santos, 2009).

Em situação mais atual, percebe-se no sistema de saúde brasileiro uma rede ampla de prestadores e compradores de serviços que agem de forma competitiva a partir da combinação de iniciativas públicas e privadas (Paim et. al., 2011). O setor privado contribui com o setor público oferecendo serviços terceirizados (Paim et. al., 2011), situação enfatizada por Almeida (2005, p. 12) quando menciona que:

[...] no Brasil há um predomínio da rede hospitalar privada, concentrada nos centros urbanos mais dinâmicos. Por sua vez, boa parte dessa rede é vinculada ao SUS, sendo remunerada pelo poder público nas distintas esferas de poder (federal, estadual e municipal).

Contudo, Hartz e Contandriopoulos (2004) e Paim et. al. (2011) afirmam que, a nível geral, o sistema de saúde brasileiro não se apresenta como uma rede de serviços eficaz e bem desenhada, porém existem políticas que visam contribuir, nesse sentido, como as iniciativas para

garantir a segurança do paciente promovidas pelo ministério da saúde e a agência nacional de vigilância sanitária, que visam contribuir com os desafios e pressões a mudanças existentes cada vez que se alteram as características demográficas e epidemiológicas da população.

2.3.2 Peculiaridades da organização hospitalar

Comumente o hospital é considerado o centro do sistema de atenção à saúde, possuindo, portanto, um papel amplo para melhoria da saúde da população (Mezomo, 2001). Os serviços de saúde são atividades complexas, afetadas por vários fatores internos e ambientais que têm boas chances de comprometer os resultados, o que enfatiza a necessidade de análises sistêmicas. Exemplo disso é o meio ambiente, comportamentos, hereditariedade, e suas interações, que acabam por tornar o serviço hospitalar algo repleto de interferências (Johnson & Schulz, 1976; Gonçalves, 1983; Picchiai, 1998; Mezomo, 2001).

Gonçalves (1983) enxerga a organização hospitalar como dinâmica e complexa, e justifica por meio do rápido desenvolvimento tecnológico, expansão dos conhecimentos na área médica, ampliação do campo de atuação dos agentes de saúde e aumento das especialidades médicas. Ainda pode-se destacar a individualização do serviço prestado, o fato do segmento de cuidados médicos ser o mais profissionalizado da sociedade, a complexidade dos sistemas de cuidados médicos, a pluralidade dos mecanismos de controle, e a grande dependência de financiamento (Mezomo, 2001).

Atualmente a organização hospitalar é uma das mais complexas, não apenas pela nobreza e amplitude da sua missão, mas, sobretudo, por apresentar uma equipe multidisciplinar com elevado grau de autonomia, para dar assistência à saúde em caráter preventivo, curativo e reabilitador a pacientes em regime de internação, onde se utiliza tecnologia de ponta de rotina e crescentemente (Gurgel & Vieira, 2002, p. 329).

Nogueira (1994) ressalta que boa parte dos hospitais não são movidos pelo lucro e que o segmento muitas vezes possui número reduzido de concorrentes, aspectos estes que podem contribuir para a não mudança de tais instituições e a predominância do estilo conservador. Além disso, o autor ainda elenca algumas peculiaridades:

- o setor sofre com dificuldades na padronização de atividades, pois produtos e serviços oferecidos variam conforme a necessidade do paciente;

- os serviços são executados por um número heterogêneo de profissionais, que inclui de médicos a técnicos, o que pode desencadear interesses e motivações conflitantes, que prejudicam o espírito de equipe;
- quando se fala em serviços de saúde é difícil centrar no consumidor para definir qualidade, pois este é desprovido de conhecimento técnico que permite avaliar o serviço frente à sua necessidade.

Mezomo (2001) destaca que é um diferencial importante do setor de serviços, inclusive o hospitalar, o contato direto com o cliente, todavia poucos se deram conta das mudanças que ocorreram com o perfil desse cliente, que agora passa a ser mais exigente, crítico e consciente de seus direitos, além de ser amparado pela lei de defesa do consumidor.

A qualidade surge nesse contexto como fator para tratar essa realidade assumindo diferentes posturas que vão frente às necessidades dos atores envolvidos: qualidade do serviço, do processo, da estrutura e das pessoas. O foco deve recair na satisfação das expectativas e necessidades dos clientes através de uma gestão voltada a prevenção e correção de erros. Deve ser inclusa a preocupação com melhorias de padrões, produtos mais competitivos, participação e envolvimento de toda a equipe, além de prezar por aspectos éticos (Bonato, 2011).

Por fim, Gonçalves (1983) destaca a função do hospital moderno em meio às constantes demandas do ambiente externo, que exige atenção em várias funções: a função básica é a prestação de atendimento médico e complementar aos doentes em regime de internação. Após, se encontram as atividades voltadas à prevenção. Também é função do hospital a participação em programas comunitários visando atingir o contexto sócio-familiar dos doentes e, enfim, compete a estas organizações a integração ativa no sistema de saúde.

As distinções dos hospitais em relação às outras mostram um grande número de fatores internos e externos que agem juntos no ato de execução do serviço ou no ambiente em que ocorre, conferindo-lhe, assim, caráter dinâmico e necessidade de uma abordagem em contexto amplo. Tais instituições, além de seus deveres como organização, são ainda incumbidas de suas obrigações enquanto mecanismo social de proteção à vida. Esse fato lhe infere ainda mais peculiaridades e uma necessidade adicional em analisar os atores envolvidos e as exigências requeridas, de modo a prezar por seu objetivo primordial.

2.3.3 Segmento hospitalar e o ambiente institucional

Para análises propostas neste estudo em meio ao setor hospitalar, faz-se necessário um resgate das condições externas em que a organização está inserida, pois, diante da agilidade com que a informação é propagada, entender e atentar ao contexto em que tal fenômeno ocorre e o que pode vir a se tornar indispensável para captar as diferentes fontes de pressão que influenciam em seu comportamento (Bittar, 1996; Vecina & Malik, 2014). O hospital é um sistema aberto, que sofre ações do meio e são influenciados pela evolução e mudanças nos campos sociais, mantendo constantes relações com a comunidade, paciente, médico, governo e outros. Pode ser enxergado como um sistema de partes interdependentes, que trabalham em conjunto e, desse modo, a visão interna e externa ressalta a importância da integração ao modelo operacional (Gonçalves, 1983; Bonato, 2011). O volume e intensidade das relações presentes em ambiente complexo constituem estruturas organizacionais formais. Portanto, quanto mais relações a organização mantém com atores externos e quanto maior for a interdependência entre eles, mais a organização é moldada pelas exigências que lhes são conferidas (Meyer & Rowan, 1977; Dimaggio & Powell, 1983).

Levando em conta a importância desse ambiente, Ruef e Scott (1998) analisaram os hospitais americanos durante 46 anos, no que diz respeito às formas de legitimidade perante as fontes de pressão externas. Dentre os mecanismos isomórficos de legitimidade focaram mais especificamente na análise normativa devido ao fato do setor de saúde ter sido objeto de fortes pressões profissionais normativas exercidas por organizações de poder, que criam padrões considerados legítimos para o setor e, assim, pressionam os hospitais à conformidade. Os resultados da pesquisa mostram que os mecanismos de legitimidade se alteram conforme ocorrem mudanças no ambiente institucional e que avaliações favoráveis são incentivadas a serem exibidas publicamente, visto que propaga a legitimidade da organização. Berwick, Godfrey e Roessner (1994) corroboram quando afirmam que a publicação dos resultados do hospital em mecanismo de circulação pública pode impulsionar investimentos em qualidade e adoção de programas de melhorias porque força a organização à inserção em ambiente legítimo.

Os hospitais buscam adotar novas medidas ou práticas que sejam bem vistas no ambiente externo (Mezomo, 2001), mas comumente ocorre falta de simetria de informação, visto que o paciente, muitas vezes leigo, não consegue medir o nível de satisfação ou avaliar de forma ampla seu tratamento, o que dificulta seu poder de escolha (Nogueira, 1994; Gurgel & Vieira, 2002)

resultando em certa liberdade no modo como faz e na imagem que passa ao cliente, pois, quanto melhor a imagem e confiança que transmite, maior será a legitimidade perante o meio social. “Ao desconhecer as condições de incidência da doença e a eficácia do tratamento, o consumidor revela enorme dependência em face do prestador de serviços” (Médici, 1992, p. 80). Esse dinamismo frente às características do público atingido pode assim conferir legitimidade à empresa, sem necessariamente depender de grandes investimentos, mas sim pelo foco na imagem, em mostrar o quanto é boa e de qualidade, ou seja, a legitimidade pode advir de caráter cerimonial com intuito de amortecer sua estrutura formal (Meyer & Rowan, 1977).

Berwick, Godfrey e Roessner (1994) exploram esse contexto e procuram apontar como justificativa maior a busca incessante pelo lucro se sobressaindo frente à busca pela cura do paciente. Com a redução do caráter histórico da medicina, por caridade ou assistência social, e a ênfase na medicina pelo lucro, grande parcela dos hospitais passaram a focar em retorno financeiro bem como em normas regulamentadoras que direcionem suas práticas. Mas, diante dessa mudança de direção, podem os pacientes confiar integralmente no hospital? Novas estruturas podem introduzir nova lealdade, levando os acionistas a prezar o lucro em vez da cura do paciente. Se o foco foi realinhado direção ao lucro especificamente, não há garantias de que os hospitais estão executando serviços de qualidade (Berwick, Godfrey, & Roessner, 1994).

O comportamento de “fachada” assumido ainda pode ser justificado por fatores, tais como o conflito de interesses entre a organização e a fonte de pressão externa. Citando caso análogo, os clientes podem exigir serviços com qualidade ou em nível de excelência, porém como isso tende a incorrer em custos altos, dependendo da organização, ela pode possuir certificados ou divulgar resultados de qualidade que na verdade não utiliza em suas práticas diárias, mas que lhe conferem legitimidade perante fonte de pressão. O exemplo retrata o confronto entre uma regra institucionalizada e um critério de eficiência voltado à natureza financeira e operacional (Meyer & Rowan, 1977). “O hospital lida com esse constante conflito entre interesses divergentes, critérios de legitimação e eficiência, no qual a natureza da atividade hospitalar e sua necessária conformidade a regras e padrões, se opõem a critérios financeiros” (Silva, 2003, p. 53). Isso se deve a complexidade do sistema, que pressionam a organização a mudanças:

Por um lado, a crescente pressão da demanda e a luta pela universalização do acesso aos serviços de saúde. Por outro, o rápido desenvolvimento e a inovação na tecnologia médica, fazendo com que os custos do setor venham crescendo com velocidade cada vez mais elevada, deslocando-se dos demais setores da

economia. Nesse contexto de pressão crescente por melhor gestão de custos, associado a um processo de regulamentação cada vez mais forte, temos presenciado um esforço grande pela profissionalização do setor, em busca de melhores níveis de eficiência e eficácia organizacional (Vecina & Malik, 2014, p. 113).

Assim, o processo de mudança é complexo e geralmente causa algum tipo de conflito, pois deve-se considerar o número de atores envolvidos e a reorganização das relações traçadas na instituição, o que pode inclusive exigir uma mudança da cultura organizacional (Vecina & Malik, 2014). Santos e Gerschman (2004) ressaltam o dinamismo entre pagadores e provedores, bem como suas capacidades e a influência de mecanismos políticos ao efetuar análises no setor de saúde sob o enfoque institucional.

Predomina em grande parte dos hospitais o caráter conservador, principalmente naqueles de natureza filantrópica (Picchiali, 1998). No entanto, é importante a percepção de que a mudança é um meio de sobrevivência e sustentabilidade diante do cenário competitivo atual, podendo advir de diversas fontes como tecnologias, estruturas, pressões externas e desempenho (Picchiali, 1998). O autor ainda avulta que hospitais, no geral, possuem grandes dificuldades em lidar com mudanças, principalmente pelo que chama de “imobilismo”, ou seja, um comportamento cômodo e que abrange somente seu território.

Todavia, essa situação pode mudar, visto que, a adoção de novas práticas tende a ocorrer com mais força em contextos altamente institucionalizados como o hospitalar, já que essas passam, com o tempo, a serem vistas como mitos e, assim, pressionam os hospitais à conformidade através da incorporação de procedimentos e medidas, que constituem conceitos racionalizados na sociedade, independente se este é eficaz em contexto organizacional interno, o que leva a percepção de que o impacto dos elementos institucionais nas organizações é enorme, e capaz de redefinir situações já existentes (Meyer & Rowan, 1977). A mudança, mesmo constituindo um caráter de aversão em hospitais, constitui parte de sua essência, visto que constantemente esse deve adequar-se ao particular e às necessidades do paciente, além de buscar a sustentabilidade administrativa e o oferecimento de serviços eficazes e de qualidade (Nogueira, 1994; Barros, 2014; Emberland, 2015).

Exemplo dá-se pelo avanço da tecnologia no setor, onde grandes multinacionais e estrangeiras passam a oferecer equipamentos novos e exigem que o hospital se adeque a esses produtos, tanto pela percepção da necessidade de tal medida no mercado em que atua quanto no

despertar de interesse pela adoção, a partir do momento em que percebe que as outras, que adotaram, conquistaram sucesso e prestígio (pressão mimética), além do próprio meio social exigir que o manuseio de produtos novos seja realizado o mais rapidamente e da forma mais eficiente possível (Almeida, 2005). Além disso, estão atentando mais à capacitação e treinamento profissional, tecnologia e inovação (Colucci, 2013). O hospital que não dispôr de instalações modernas e inovadoras passa a ser notado como negligente pelos agentes externos, fato que contribui para redução de legitimidade (Meyer & Rowan, 1977).

O poder do estado também representa fonte de mudança aos hospitais. Em período atual de crise, órgãos reguladores buscam controlar os reajustes de valores, o que força a organização a buscar outras formas de obter resultados, como a gestão de custos, sem contar que a pressão advinda da crise sobre os hospitais para aumento de preços pode impactar a quantidade de clientes e a migração para serviços públicos. Johnson e Schulz (1976) salientam outro fator que pode impulsionar a mudança nos hospitais, são os sindicatos que reivindicam mais comumente salários e segurança. Ademais, tais órgãos acabam por limitar o poder dos administradores hospitalares por intermédio de decisões sobre demissões, mudanças de função e dispensas, o que faz com que o administrador esteja constantemente engajado em negociações.

O contato constante e interligado com agentes externos e a busca possível por uma adequação às regras institucionais através de mudanças organizacionais conferem ao hospital maior legitimidade e, por consequência, maiores chances de sobrevivência no campo organizacional que se encontra. Prova disso pode ser percebida quando Meyer e Rowan (1977) e Colwell e Joshi (2013) afirmam que, a longo prazo, as chances de sobreviver aumentam quanto mais as organizações respondem a regras institucionalizadas, contexto esse encontrado nos hospitais, que praticamente são “absorvidos” por seu ambiente institucional.

A regulamentação do setor se mostra como uma das mais fortes fontes de pressão no setor hospitalar. Quando se conhece a legislação que predomina no setor organizacional, bem como as vantagens e limitações impostas pela lei, os problemas legais são reduzidos (Bittar, 1996). Assim, as obrigações normativas funcionam como forte fonte de institucionalização assumindo, em ambientes altamente institucionalizados, um *status* de pensamento social e ação em meio ao ambiente organizacional (Meyer & Rowan, 1977).

Um grande marco na regulamentação do sistema de saúde brasileiro se dá com a Constituição Federal de 1988, que passa a estipular a criação do SUS e, isto posto, admitir a

saúde como um direito universal a todo cidadão, além de definir as fontes de regulamentação, fiscalização e controle do setor a nível nacional público e privado.

Tais medidas contribuíram no sentido de constituir uma estrutura mais clara do sistema de saúde nacional, bem como a desencadear medidas que buscassem proporcionar esses serviços a todas as pessoas com maior equidade possível. O artigo 196 concede ao Estado o dever de garantir a saúde, assegurando o acesso universal e igualitário, enquanto o artigo 197 enfatiza a relevância das ações de saúde, que poderão ser executadas tanto em organizações públicas quanto privadas (Vecina & Malik, 2014), conforme destaca o trecho da lei:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (Constituição do Brasil, 1988).

Adentrando no universo dos hospitais privados, a mesma constituição aborda aspectos importantes através do artigo 199:

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (Constituição do Brasil, 1988).

Sob um olhar interno, Gonçalves (1983) enxerga que o hospital é uma organização com princípios burocráticos, visto a presença direta de regras e regulamentos que controlam o comportamento e trabalho dos funcionários. Atenta ainda para existência de grande ênfase aos mecanismos de organização formal e de procedimentos.

Por outro lado, a profissionalização é outro fator que se destaca nesse meio como forte fonte de pressão isomórfica normativa. “Mais do que qualquer outra entidade prestadora de serviço, o hospital tem seu desempenho vinculado ao comportamento de seus recursos humanos” (Gonçalves, 2002, p. 9).

Ainda, segundo o referido autor:

O alto grau de profissionalização determina o aparecimento de normas e valores comuns aos membros dos grupos e que são essenciais para a integração organizacional. A profissionalização define obrigações profissionais, éticas, padrões de comportamento, atitudes, valores, entendimento de seu trabalho e da relação do mesmo com o dos outros. Essas normas e valores profissionais de oferecer bons cuidados, devoção ao trabalho, lealdade, altruísmo, disciplina e trabalho duro permitem ao hospital atingir um nível de coordenação e integração incapaz de se alcançar por medidas administrativas (Gonçalves, 1983. p. 25).

Meyer e Rowan (1977) consideram as profissões como elementos da estrutura formal altamente institucionalizados, já que as práticas são racionalizadas, socialmente esperadas e em alguns casos legalmente obrigatórias. Também, ressalta que a contratação de profissionais com mais prestígio é capaz de conferir a organização uma posição mais favorável no ambiente por conta da imagem que transmite às fontes de pressão.

A presença de jovens médicos desenvolvendo atividades supervisionadas no hospital também pode representar uma fonte de pressão, uma vez que introduzem no hospital valores, normas e mitos pregados na instituição de ensino, não devendo ser vista como mão de obra barata, mas como forma de contribuir com a educação, leituras interpretativas e discussões práticas (Gonçalves, 1983).

Ademais, outra influência na profissionalização se deve a padronização de atividades e habilidades, que é exigido por órgãos fiscalizadores externos frente às diferentes categorias profissionais. Assim, as habilidades profissionais geralmente são definidas fora da organização por cursos profissionalizantes, ou seja, a forma como é feito e o desenvolvimento das funções e processos partem de órgãos externos envolvidos no trabalho do hospital (Gurgel & Vieira, 2002) e, deste modo, determina como as atividades são executadas no interior da organização, o que pode representar outra fonte de pressão externa.

A proliferação das profissões na área hospitalar é um dos fatores que mais contribuíram para a complexidade crescente dos serviços de saúde, além de persistir a presença cada vez mais forte de consultores, o que incluem engenheiros, administradores, psicólogos e inclusive professores universitários, que frequentemente atuam como tal nessas instituições (Johnson & Schulz, 1976; Nogueira, 1994; Bittar, 1996). Meyer e Rowan (1977) e DiMaggio e Powell (1983) entreveem a presença de consultores externos como uma forma de manutenção da legitimidade interna e externa e como fonte de isomorfismo, mesmo algumas vezes, sem representar garantias de aumento de produtividade. É fundamental para sobrevivência dos hospitais a busca pela

constante profissionalização, visto as demandas quanto a mudanças internas, entre elas a otimização de processos e integração entre setores (Silva, 2003).

Por fim, as fontes de financiamento do setor hospitalar privado também agem como pressão isomórfica relevante. Essas são constituídas em maioria pelas pessoas que pagam pelos serviços ou por seguros e planos de saúde, quer dizer, a maioria dos brasileiros opta pelos planos e seguros em decorrência da precariedade do sistema público e dos altos custos do serviço privado (Zanon, 2001).

Cohn e Elias (2003) afirmam que grande parte da assistência médica é realizada pelo setor privado, sendo parte paga pelo Estado, fato que contribui para seu fortalecimento devido aos vínculos diretos mantidos com a Previdência Social via convênios e credenciamentos, que integrado junto ao apoio do governo para investimentos no setor possibilita um ritmo acelerado de retornos econômicos. O sistema privado, mediante Cohn e Elias (2003), é financiado por meio de duas fontes:

- seguros voluntários, comumente contratados junto à empresas que atuam no ramo de assistência a saúde, seja como seguradoras ou pela oferta de outros tipos de planos de pré-pagamento;
- desembolso direto e particular aos serviços hospitalares prestados.

Desta maneira, pode ser dividido em lucrativo e não lucrativo. O não lucrativo envolve as instituições filantrópicas e, assim, admitem como parte de seu financiamento o SUS, por intermédio de contratos de prestação de serviços. Por outro lado, os lucrativos geralmente não mantêm vínculos com o mecanismo público, mas sua maior parcela de financiamento segue em direção dos seguros e planos de saúde (Bittar, 1996; Cohn & Elias, 2003; Almeida, 2005).

É importante destacar também a influencia ou relação de dependência existente entre hospitais privados e operadoras de planos de saúde. A grande maioria da prestação de serviços, como internações, são pagas por operadoras de planos de saúde, mostrando que essas ocupam posição de destaque como fonte de financiamento do setor hospitalar privado (ANAHP, 2016). As operadoras de planos de saúde são a principal fonte de receita dos hospitais privados atualmente, sendo que, em 2015, 89,7% do total de receitas dos hospitais filiados a ANAPH foram oriundos de fontes dessa natureza. Tais órgãos agem de modo cada vez mais intenso sobre os hospitais, estabelecendo regras comerciais e mudanças no sistema e processos executados (ANAHP, 2016). Bahia (2009) ainda complementa que o setor de saúde privado, por possuir

maiores vínculos com organizações de plano e seguros de saúde, é tido como atrativo aos olhos de clientes e profissionais de saúde, visto que aos clientes pode proporcionar serviços de maior qualidade e aos profissionais, maiores remunerações.

Devido à influência das fontes de financiamento, principalmente a parte que compete ao Estado por meio da subcontratação de serviços privados como artifício de auxílio ao SUS, considera-se que as fontes de financiamento representam origens de pressões que impulsionam os hospitais ao isomorfismo (Dimaggio & Powell, 1983). Além disso, Meyer e Rowan (1977) e Oliver (1991) defendem que quanto mais dependente é uma organização de sua fonte de recursos ou quanto menor for o número de atores envolvidos no contexto (que representa centralização de relações) maior será a probabilidade da organização de se adequar às exigências que lhes são impostas, fator constante no setor de saúde privado brasileiro.

2.3.3.1 Síntese das possíveis pressões institucionais no segmento hospitalar

Conforme um dos objetivos desse tópico, buscou-se sintetizar as pressões externas encontradas no ambiente hospitalar privado brasileiro a partir das evidências apresentadas levando em conta os pressupostos do constructo teórico de Dimaggio e Powell (1983).

As pressões coercitivas voltam-se, em grande maioria, ao poder do Estado enquanto órgão regulador responsável pelo setor de saúde como trata a Constituição de 1988 e demais legislações. Finalmente, como já destacado no decorrer do trabalho, as certificações de qualidade e ou selos de eficiência constituem ampla fonte de pressão coercitiva voluntária, já que impulsionam os hospitais a adequação e conseqüente legitimação.

As pressões miméticas ocorrem quando a organização assume postura de imitação, fato possivelmente existente na realidade do hospital frente às significativas mudanças tecnológicas ou de estrutura, que despertam a necessidade por mudança de acordo com organizações que adotaram e obtiveram sucesso. Também integram essa categoria as consultorias externas, pois geralmente implantam na organização práticas de sucesso observadas em outras empresas.

Por fim, as pressões normativas predominam amplamente no contexto dos hospitais privados. Por serem organizações complexas e repletas de departamentos, exigem um volume muito grande de profissionais de diversos níveis de escolaridade, formados por distintas

instituições de ensino e com diferentes influências externas quanto às atividades a serem desenvolvidas. Destarte, integrado a esse contexto de forma indireta, as instituições de ensino influenciam os hospitais pelos ensinamentos que transmitem a médicos e outros profissionais. O próprio recrutamento de pessoal, ao requerer profissionais com certo perfil, já representa fonte de pressão externa; e os meios de circulação pública, como jornais e revistas, podem representar fontes de pressão institucional pelo fato de coagirem as organizações a adotarem certas práticas já consideradas como racionalizadas no campo organizacional em questão. A Tabela 13 apresenta de forma sintética os aspectos levantados.

Tabela 13. *Pressões externas constantes no ambiente hospitalar privado brasileiro*

Pressões Coercitivas	Pressões Miméticas	Pressões Normativas
Estado – Leis e Regulamentos	Imitar organizações de sucesso	Profissionalização e capacitação
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar	Consultores externos	Fontes de ensino e pesquisa universitária
Certificação e Acreditação de Qualidade		Sindicatos
Constituição de 1988		Associações profissionais
		Recrutamento de pessoal
		Publicações de jornais ou mecanismos de divulgação pública
		Cursos profissionalizantes

Fonte: Elaborado pelo autor (2016).

Essas pressões isomórficas agem sobre a organização, inclusive na adoção de uma acreditação hospitalar como forma de aumentar a qualidade e realçar a legitimidade. Os resultados do estudo de Mamédio (2014) mostram que houve influência ativa de pressões isomórficas, principalmente normativas, no processo de adoção de um mecanismo de avaliação da qualidade hospitalar, no caso a acreditação.

Essa contextualização do setor empresarial abordado na pesquisa buscou contribuir no sentido de fornecer suporte para as análises institucionais a serem desenvolvidas através da identificação de fontes de pressões externas que influenciam as respostas organizacionais estratégicas nos hospitais. É cabível ressaltar que não foi intuito levantar todos os fatores que são fontes de pressão institucional e, que o constructo de Dimaggio e Powell (1983) foi utilizado na pesquisa como constructo complementar na identificação dos fatores institucionais externos que agem sobre a gestão dos Custos da Qualidade nos hospitais acabando por influenciar as respostas organizacionais estratégicas destes.

2.3.4 A qualidade no setor de saúde

O conceito de qualidade inserido na realidade da saúde possui uma essência diferenciada. Enquanto na área industrial é uma opção em oferecer melhores produtos ou serviços, na saúde e, mais precisamente na realidade hospitalar, é um meio de reduzir o risco de danos às pessoas (Zanon, 2001), o que faz com que a importância das avaliações de qualidade em saúde cresça a cada ano, sem contar a influência de fatores como o aumento de oferta e dos custos para a execução dos serviços. Além disso, a qualidade nos serviços de saúde inclui a influência de variáveis como a obrigatoriedade em responder às mudanças demográficas e epidemiológicas encontradas no meio social (Samico, Felisberto, Figueiró, & Frias, 2010), atendimento a clientes externos, cumprimento de normas governamentais e propagação de uma imagem pública (Azevedo et. al., 2002).

A qualidade nos hospitais trata-se de um conceito construído ao longo do tempo, que sofreu influências principalmente das mudanças na medicina dos Estados Unidos, na qual prezava principalmente pela excelência dos agentes, como profissionais, equipamentos e estrutura física. O precursor da qualidade nesse cenário foi Codman em 1912, quando posiciona claramente o paciente como centro do processo, fato que desencadeou mais tarde outras medidas como a auditoria médica e a criação de um órgão de regulamentação voltado à avaliação de serviços hospitalares (Zanon, 2001). O foco está na capacidade da organização em atender as expectativas do cliente com o nível de satisfação que estes requerem, ou seja, o foco recai sobre o paciente. Ainda é importante atentar para a existência de uma visão econômica constantemente associada à reputação e relacionamento com o mercado (Berwick, Godfrey, & Roessner, 1994; Spiller et. al., 2009; Bonato, 2011; Vecina & Malik, 2014).

A partir do final da década de 80, torna-se mais evidente no Brasil a percepção já predominante em outros países (como os Estados Unidos), quanto a importância de obter um mecanismo externo que validasse a qualidade, fazendo do hospital uma organização adequada para oferecer atendimento (Vecina & Malik, 2014), focar no futuro e ser altamente sustentável (Bonato, 2011). Porém, percebe-se que na maioria dos hospitais brasileiros ainda se encontra fases iniciais de estruturas e práticas de qualidade (Zanon, 2001; Portella, Lima, Ugá, & Gerschman, 2010), o que resulta em um ponto crescente de insatisfação pela população brasileira

em geral quanto aos serviços prestados (Ribeiro, 2011; Lorenzetti, Lanzoni, Assuiti, Pires, & Ramos, 2014).

Há de se considerar, contudo, que predomina um movimento representativo em direção a qualidade nos hospitais, no sentido de promover a institucionalização de tais práticas como parte das rotinas diárias e em meio aos processos de gestão (Samico et al., 2010, p. 143). Quanto a conceituação da qualidade no setor de saúde, o que inclui os hospitais, destaca-se o da *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization* (JCAHO), define como o nível em que os serviços prestados ao paciente aumentam as chances de recuperação e diminuem a probabilidade de novos problemas ou complicações (JCAHO, 1990 citado por Zanon, 2001). Para o alcance dessa definição atenta-se diretamente a aspectos como diagnóstico, tratamento eficaz e atualizado, assistência de enfermagem eficiente, internações seguras, e condições que permitam proporcionar a cura do paciente em menor tempo possível. O grau de atendimento a essas demandas é capaz de demonstrar objetivamente o quanto de qualidade o hospital possui (Zanon, 2001). Samico et. al. (2010) acrescentam que para conferir qualidade aos serviços de saúde prestados é preciso ainda construir um caráter de excelência, estruturar expectativas a serem alcançadas e auferir ausência de defeitos ou falhas na execução dos serviços e nos materiais utilizados.

Nogueira (1994) salienta distinções que englobam a qualidade no setor de saúde. Primeiramente, os funcionários não possuem qualquer homogeneidade no serviço prestado e nem se preocupam com isso. No plano econômico têm-se questões importantes ainda não resolvidas, como o vínculo trabalhista com a organização de saúde. E no plano ideológico, têm-se os médicos, que se esforçam em apregoar e praticar os conhecimentos históricos que perduram há décadas sobre tratamento e modo de prestar o serviço. Esses pontos influenciam diretamente no nível de qualidade da organização uma vez que representam aspectos ainda não completamente estruturados nem adepto a mudanças, o que faz com que tal iniciativa encontre obstáculos frente à propagação nos hospitais.

Por se tratarem de organizações complexas, a qualidade na saúde, e conseqüentemente nos hospitais, desde a otimização da capacidade produtiva até a qualidade da prestação do serviço, exige muito esforço e persistência. Essa afirmativa fundamenta-se, por exemplo, em relação à intangibilidade e variabilidade do serviço. Nos hospitais ocorre a execução de serviços simultâneos e nunca totalmente padronizados, a ponto de um mesmo serviço ser considerado

excelente para um e não satisfatório para outro. Além disso, um mesmo problema pode ser analisado de diferentes maneiras por diferentes profissionais, o que leva a crer que qualidade nesse ambiente pode ser traduzida pela redução da variabilidade dos serviços. É importante citar que, diante da realidade hospitalar e do contato direto com a individualidade de cada um, o atendimento não tem como se tornar totalmente padronizado, porém a variabilidade oriunda de insuficiências ou carência de materiais pode ser amenizada. (Nogueira, 1994; Vecina & Malik, 2014). Visando contribuir com essa realidade, encontram-se dois fatores: a totalidade e a integração. É necessária qualidade na totalidade da organização, desde a equipe médica até os serviços terceirizados, tudo isso anexado a uma integração que permita trânsito de informações e documentos que contribuem rumo a otimizar recursos e tempo (Nogueira, 1994). Ademais, outro modo de contribuir frente a imaterialidade e avaliações limitadas pelo cliente (pela maioria serem leigos na área) é a busca por aumento de confiabilidade a partir de medidas que torne a qualidade tangível, por exemplo, a exibição de certificações ou creditações, bem como mecanismos de divulgação pública (Spiller et. al., 2009).

Quando analisado de forma geral, os serviços hospitalares, não só no Brasil como em outros países, ainda são carentes, principalmente em termos de desempenho e qualidade (Alástico, Toledo, & Costa, 2010). Até o século XIX, os próprios médicos inspecionavam os processos, entretanto, com o aumento dos vínculos e da necessidade da organização em se justificar para agentes externos (por exemplo, governo e clientes), é introduzido o princípio da responsabilidade, que traz uma visão mais direta e estruturada para a avaliação de qualidade. Um fato relevante nesse contexto se dá pelos trabalhos de Donabedian, que propôs uma estrutura de análise voltada à garantia de qualidade no setor de saúde, que abordava como vertentes principais a estrutura, os processos e os resultados (Berwick, Godfrey, & Roessner, 1994).

Perspectivas futuras evidenciam, porém, alterações nesse cenário, por meio da ênfase à capacidade do hospital em implantar novas práticas de avaliação, controle, governança, tecnologias e revisão dos processos organizacionais se quiserem manter ou aumentar a qualidade do serviço final (Spiller et. al., 2009). É preciso aproximar ainda mais a área técnica e estratégica, sendo isso essencial para o desenvolvimento da qualidade por conta das mudanças estruturais visíveis a todos (Bonato, 2011).

Spiller et. al., (2009) e Vidal, Novais, Vidal e Fonseca (2013) notam a qualidade dos serviços prestados como elemento fundamental para o hospital na atualidade, e atentam que

gerenciar a qualidade em hospitais é uma demanda cada vez mais crescente e necessária; ela vai de encontro com o atendimento das necessidades e expectativas dos clientes, isto é, agora incorpora uma abordagem holística.

As organizações que compõem o setor de saúde brasileiro, dentre elas os hospitais, estão exigindo, atualmente, novos estilos de gestão e, que estejam voltados à melhoria de qualidade, visão sistêmica, inovações, satisfação do cliente, no conhecimento da concorrência e na redução dos custos (Mezomo, 2001; Bonato, 2011). Custos representam um tema de extrema importância no contexto da qualidade no setor, principalmente nos dias de hoje em que predomina aspectos como a alta concorrência e racionamento de recursos.

O hospital responde pelos maiores custos com a saúde, o que está levando a mudanças como redução de internações e foco em atendimentos ambulatoriais e em domicílio na busca por redução de gastos ao mesmo tempo em que satisfaz o paciente (Bonato, 2011). No que se refere aos Custos da Qualidade, cabe ressaltar que são incidentes no setor de saúde (e conseqüentemente nos hospitais), assim como em qualquer outro setor, voltando-se principalmente aos desperdícios e retrabalho. Quando analisados individualmente, geralmente não representam volume alto de recursos devido a complexidade e tamanho da estrutura hospitalar. Todavia, quando observados em análise conjunta podem revelar as causas de aumentos de gastos e oportunidades de melhorias (Berwick, Godfrey, & Roessner, 1994). Além disso, não se pode desprezar o fator risco, que cresce muitas vezes pelo número de falhas que ocorrem, ou seja, pela má qualidade ou falta de gestão dos Custos da Qualidade (Vecina & Malik, 2014).

2.3.5 Certificação de Acreditação Hospitalar

Cresce cada vez mais o interesse dos hospitais pela obtenção da acreditação, uma vez que aumentam as chances de melhorar a qualidade do serviço prestado e reduzir custos, além de atender as exigências impostas pelo ambiente, quer dizer, contribui para a legitimidade organizacional. Araújo, Figueiredo e Figueiredo (2015) identificaram os principais fatores que motivam um hospital a buscar uma acreditação, sendo a cultura de qualidade, as pressões competitivas, o atendimento ao paciente, a padronização dos processos, a imagem do hospital, e a avaliação objetiva da qualidade. Esses fatores também são destacados por Gurgel e Vieira (2002)

quando citam que o interesse da rede privada pelas conquistas de uma acreditação está aumentando, uma vez que representa um diferencial de mercado que demonstra uma preocupação superior com qualidade.

A acreditação é um mecanismo de avaliação externa dos recursos organizacionais que certifica a qualidade do serviço de saúde prestado, possuindo caráter voluntário, educativo e voltado para a melhoria contínua, conduzido por profissionais treinados e de acordo com um manual com quesitos que, se atendidos, demonstram uma boa qualidade (Rooney & Ostenberg, 1999; Zanon, 2001; Azevedo et. al., 2002; Bonato, 2011; Organização Nacional de Acreditação [ONA], 2016) e integração com a sociedade, através do exercício da cidadania (Bonato, 2011). Não possui natureza fiscalizadora, mas incentivadora, no sentido de despertar o interesse em produzir serviços de qualidade, bem como inseri-la em um processo de melhoria contínua gradativa, o que inclui dentre outros fatores, o racionamento de uso de recursos e a minimização de riscos e custos. Ademais, tal instrumento confere uma “premiação” àquelas organizações que produzem produtos ou serviços de qualidade, sendo um mecanismo público de divulgação e legitimidade, e que contribui para a conquista da confiança dos clientes (Mezomo, 2001).

Vale ressaltar três princípios básicos que caracteriza a essência de uma acreditação, segundo a Organização Nacional de Acreditação (ONA, 2016):

- é voluntária, ou seja, realizada por escolha da organização de saúde;
- é periódica, pela necessidade em avaliar as organizações de saúde para obtenção da certificação durante o período de validade do certificado;
- é reservada, ou seja, as informações coletadas no processo de avaliação não são divulgadas.

Um selo de qualidade hospitalar reconhece a existência de condições e de indicadores de qualidade, testemunhando a integridade com que a organização opera e assim, reforçando sua legitimidade perante o meio social (Mezomo, 2001).

O conceito de acreditação pode, então, ser sintetizado como uma ferramenta de gerenciamento coletivo da qualidade, consistindo em produzir o reconhecimento social de uma determinada competência, fazendo com que a instituição seja inscrita numa perspectiva de melhoria contínua (Alonso et. al., 2014, p. 43).

Pode ser considerada como uma demonstração explícita de qualidade hospitalar, capaz de proporcionar boa reputação e confiança para a organização, evidenciando que a estrutura,

processos e resultados possuem qualidade (Zanon, 2001). Vecina e Malik (2014) contradizem Zanon (2001) em partes, quando destacam que tais avaliações focam principalmente em estrutura e processos, mas não em resultados, admitindo como contribuições principais aquelas voltadas aos sistemas de informações e a construção de indicadores para controle de desempenho. Mezomo (2001) também contraria em parte, quando assume que, ao reconhecer fatores de qualidade existentes em uma organização, a certificação hospitalar não garante que a organização possui qualidade, mas sim que existem condições para que os serviços sejam executados com essa característica (Mezomo, 2001).

Como contribuições, uma acreditação pode facilitar a identificação de pontos estratégicos, incentivar o interesse e apontar caminhos para melhorias, além de auferir o desempenho dos processos a atender às demandas externas, o que desperta a atenção de onde investir, como focar no planejamento estratégico e qual o caminho para melhorias (Bonato, 2011; Braga, 2015). Também promove melhorias na segurança, muda o pensamento dos profissionais envolvidos, melhora a comunicação e a documentação da organização, além de promover a atualização contínua (Alonso et. al., 2014).

A importância de uma acreditação envolve não apenas os clientes ou pacientes, mas também os funcionários e agentes internos e as operadoras de planos de saúde (Vecina & Malik, 2014), o que faz com que passe a ser vista como elemento estratégico para medidas de qualidade no hospital (Schiesari & Kisil, 2003).

Rooney e Ostenberg (1999) elencam os principais efeitos de uma acreditação hospitalar: melhora a qualidade dos serviços prestados com a introdução de novos ideais; melhora a integração de gestão da organização; estabelece um banco de dados comparativo; reduz custos e aumenta eficiência; fornece educação e consultoria aos hospitais; fortalece a confiança dos pacientes; e reduz os riscos.

Estes estudos evidenciam que, além de uma função avaliativa, também existe uma importância do instrumento como ferramenta de gestão, uma vez que, com base nos padrões estabelecidos, pode ser diagnosticado sistematicamente onde melhorar, qual a amplitude das fraquezas e pontos fortes, além de promover a integração entre setores, processos e pessoas (Alonso et. al., 2014). Porém, Gurgel e Vieira (2002) contrapõem que a maioria dos programas de qualidade na saúde (inclusive a acreditação) avaliam as condições atuais, mas restringe-se ao diagnóstico das organizações frente ao modelo seguido como base. Isso contribui efetivamente

para a identificação dos problemas, todavia falta fornecer elementos para a melhoria, ou seja, os problemas são apontados, mas “o como alcançar a solução” é omissivo.

Considerando essa carência da acreditação hospitalar como ferramenta de melhoria, bem como a falta de evidências empíricas que mostrem a efetiva contribuição desse instrumento, Devkaran e O’Farrell (2015) admitem a falta de exploração desses resultados como foco de pesquisa, desenvolvendo um estudo em um hospital nos Emirados Árabes e concluem que as melhorias no desempenho são mais positivas na fase de pré-adoção da acreditação do que propriamente no período que prossegue após a implantação. Porém, os autores relatam que, em análise geral do instrumento como forma de melhorias de qualidade e desempenho, pode-se considerar que se trata de um fator vantajoso e viável.

Nessa mesma linha de pensamento, Ng, Leung, Johnston, e Cowling (2013) investigaram empiricamente os fatores que influenciam na implementação de uma acreditação hospitalar e qual o impacto disso em tais organizações de Hong-Kong, por meio da análise SWOT. Os resultados apontam como pontos fortes maior engajamento do pessoal, melhor comunicação, mudanças positivas de cultura organizacional, liderança e consciência de melhoria contínua. Como fraquezas incluem resistência a mudanças, aumento de carga de trabalho, insuficiência de informações, falta de apoio ao processo por parte de alguns colaboradores, e falta de medidas de desempenho. As oportunidades se dão pela clara identificação de áreas de melhorias, aumento da segurança do paciente, oportunidades de financiamento, reconhecimento público e vantagem competitiva. E por fim, como ameaças incluem comportamentos oportunistas, falta de incentivos para participação dos funcionários e o efeito das regulamentações.

Em países como os Estados Unidos, os selos de qualidade são oferecidos a mais de meio século, situação que difere no Brasil, onde essa realidade é um pouco mais recente, a partir do ano de 2000, com a criação do Manual de Padrões de Acreditação Hospitalar baseado em modelos internacionais (Zanon, 2001).

Apesar da importância e da legitimidade proporcionada por uma acreditação, apenas 4,61% dos hospitais brasileiros são acreditados (Colucci, 2015), fato que ressalta o grande espaço ainda a ser percorrido por essa iniciativa no país, bem como o quanto que a qualidade tem a melhorar em organizações de saúde. O Ministério da Saúde tem desenvolvido iniciativas que visam incentivar a melhoria dos serviços hospitalares, bem como de sua gestão. O programa de Acreditação Hospitalar representa parte dessas medidas, por sua vez visto como uma necessidade

em termos de eficiência e resultados para tais organizações, e como uma obrigação do ponto de vista ético (ONA, 2002).

Todavia, para contribuir para o aumento do envolvimento dos hospitais na obtenção de uma acreditação hospitalar, na qual admite como fruto um aumento da qualidade do atendimento ao paciente, Mezomo (2001) destaca a necessidade de uma atuação mais presente do Ministério da Saúde, que poderia criar mecanismos, não com caráter obrigatório, mas de incentivos para o envolvimento de mais organizações, como a publicação dos nomes dos hospitais em veículos de comunicação de impacto ou atendimento prioritário frente a alguma requisição solicitada junto a órgãos reguladores.

No Brasil, prevalecem três principais modelos de acreditação hospitalar: a do Conselho Canadense de Acreditação dos Serviços de Saúde (CCHSA), a americana JCI – *Joint Commission International*, e o modelo nacional da ONA – Organização Nacional de Acreditação. Para fins dessa pesquisa serão abordados o modelo da ONA, com referência ao Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, desenvolvido pelo Ministério da Saúde; e do JCI, com base no Manual de Acreditação criado a partir do modelo da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JACHO).

2.3.5.1 Origens

As primeiras evidências da acreditação hospitalar deu-se por volta de 1912 com os estudos de Dr. Ernest Amory Codman, um médico cirurgião da Universidade de Harvard nos Estados Unidos, que preocupou-se mais especificamente com a qualidade dos serviços de saúde por meio de sua dissertação intitulada “O produto dos hospitais” e pelo trabalho “End Results Systems” (uma metodologia que visava acompanhar o tratamento do paciente com intuito de identificar oportunidades de melhorias para futuros atendimentos), contribuindo na criação, anos depois, de uma proposta de avaliação que elencava elementos para o hospital auferir um padrão mínimo de qualidade. Essa estrutura deu origem ao primeiro modelo de acreditação hospitalar, sendo aplicado em mais de 3000 hospitais (Novaes, 2007 citado por Braga, 2015). Assim, “a acreditação americana formou o primeiro sistema de acreditação” (Fortes, 2013, p. 30).

Em 1950 foi criada a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAH), uma entidade não governamental voltada a acreditação de hospitais. Em 1988 a JCAH transformou-se

na *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), ampliando seus horizontes para avaliação de outros serviços de saúde. Por fim, anos depois é criada a JCI com o intuito de ofertar a acreditação em ambiente internacional (Fortes & Baptista, 2012).

Originalmente, a acreditação foi desenvolvida com intuito de proteger e organizar as atividades médicas, focando estritamente no hospital, isto é, no ambiente em que os serviços ocorriam, fato que perdurou em alto consumo de investimentos e financiamentos. Com o tempo sua finalidade amplia-se atingindo além da assistência a saúde também a educação, consultoria e profissionalismo (Feldman, Gatto, & Cunha, 2005; Fortes, 2013).

No Brasil, a preocupação com a qualidade sofreu muita interferência estatal, inclusive por conta dos incentivos praticados pelo governo para crescimento do setor de saúde privado. Assim, partiu-se de modelos internacionais, como o praticado nos Estados Unidos, e adaptou-se às necessidades brasileiras (Zanon, 2001). Em 1952 foi instituída em lei a primeira classificação brasileira de hospitais por padrões com intuito principal de distribuir auxílios e subvenções governamentais e incentivar a melhoria dos serviços. Anos após, em 1961, cria-se o primeiro documento que trazia os Padrões Mínimos Exigíveis dos Hospitais. Em 1966, a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) contribuiu para expansão dos serviços de saúde, principalmente dos privados, o que originou mais claramente uma demanda em classificar essas organizações, porém os critérios ainda eram amplos. Em 1968, a estrutura se formaliza de maneira mais clara, onde a eficiência do hospital estava intimamente relacionada ao número de pontos obtidos através da avaliação da planta física, equipamentos, instalações e estrutura administrativa. Em 1974 foi aprovado o modelo de um “Formulário de Classificação Hospitalar” e de “Relatório de Classificação Hospitalar (RECLAR)” que complementavam as avaliações e resultados (Schiesari & Kisil, 2003).

No geral, o instrumento privilegiava aspectos estruturais e o resultado final da prestação do serviço, sendo a capacidade e estrutura gerencial não inclusa na avaliação. Na década de 80 acontecimentos como a escassez de recursos, aumento da burocracia e ineficiências administrativas levaram a redirecionamentos do modelo de atenção a saúde, com a introdução de fatores como a descentralização e uma tentativa de integração entre ações e assistência a saúde. Nesse contexto, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) firma padrões para os serviços de saúde da América Latina com o objetivo de promover melhorias nos serviços de saúde, que se conquistados pela organização de saúde, conferia-lhe o título de “acreditado” (ANVISA, 2004).

Esse cenário de reconstrução dos mecanismos de saúde tem continuidade marcante com a Constituição de 1988, que desencadeou atenções maiores aos processos de avaliação hospitalar, conforme abordado anteriormente no item 2.3.3.

Assim, essas iniciativas e mudanças resultaram na reestruturação das formas de avaliação e apuração dos pontos, bem como em incentivar as organizações a buscarem tal instrumento. Isso fez com que na década de 90, programas de qualidade dessa natureza se expandissem muito (ONA, 2016), não só a nível nacional, mas atingindo diversos países. Exemplo disso foi o início do Programa de Acreditação do Brasil, em Brasília, no ano de 1992, e a criação da ONA em 1999 (Schiesari & Kisil, 2003).

Fortes (2013) evidencia que o que é oferecido pela acreditação hoje não se compara a simplicidade antes criada, e que os processos foram evoluindo aos poucos, como reflexo da evolução dos hospitais e do próprio setor, que sempre prezou por qualidade, mas a visão de antes era limitada. Ademais, há de se considerar durante sua evolução histórica a forte presença política, que participou moldando tal instrumento às características locais (Fortes, 2013).

A exposição dos principais fatos históricos que rodeiam a origem da acreditação é importante para que se tenha a visão do contexto e condições que perduravam na época, bem como o que influenciou sua estrutura no decorrer do tempo para que se tornasse o que é hoje (Fortes, 2013).

Atualmente, o modelo não se restringe apenas aos serviços prestados, mas foca na qualidade de vida das pessoas e no meio social em que a organização está inserida. Isso ampliou a visão de avaliação ou acreditação hospitalar e confere mais legitimidade ao instrumento.

2.3.5.2 ONA – Organização Nacional de Acreditação

A ONA é uma empresa privada criada em 1999, com sede em São Paulo, como um dos reflexos das medidas apresentadas pela Constituição de 1988. Possui interesse coletivo, sendo, portanto, uma entidade sem fins lucrativos e não governamental que busca certificar a qualidade dos serviços de saúde brasileiros a partir de um modelo avaliativo que foi desenvolvido mediante diretrizes de manuais de outros países como Estados Unidos e Canadá (ONA, 2016).

Esse modelo de acreditação defende o foco no paciente e admite como objetivo principal o desenvolvimento dos serviços de saúde por meio do aprimoramento da qualidade e implantação de um processo de melhoria contínua. A missão da ONA é incentivar a otimização do setor de saúde por intermédio do aperfeiçoamento da gestão, qualidade e segurança. Os valores prezados se referem à transparência, respeito, confidencialidade, aperfeiçoamento, credibilidade e sustentabilidade (ONA, 2016) e os órgãos regulamentadores são o Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

A acreditação hospitalar, segundo a ONA é:

um método de consenso, racionalização e ordenação das instituições hospitalares e, principalmente, de educação permanente dos seus profissionais e que se expressa pela realização de um procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente estabelecidos (ONA, 2002, 9).

A avaliação pode conferir ao hospital, até três níveis de qualidade, dependendo do grau de conformidade aos padrões contidos no modelo de acreditação, conforme Tabela 14.

Cabe citar que as exigências são cumulativas, ou seja, a organização que auferir o nível 2 deve, obrigatoriamente, atender aos critérios do nível 1, assim como o último nível deve atender o que demanda nos 2 outros níveis. “Para que se atinja o nível de excelência, é necessário a padronização dos processos, estimulando o trabalho em equipe, uma vez que os resultados são compartilhados por todos os membros da organização” (Azevedo et. al., 2002, p.5). O nível de excelência demonstra que a entidade tem como efetuar medidas voltadas a qualidade, com gestão integrada, foco no paciente e programas ativos em prol dessa necessidade.

Tabela 14. Níveis de Acreditação de acordo com o Modelo da ONA.

Nível 1: Acreditado	Nível 2: Acreditado Pleno	Nível 3: Acreditado com Excelência
Tem foco na “segurança do paciente”, com atividades totalmente voltadas a tal, bem como valoriza aspectos como requisitos formais, técnicos e de estrutura.	Admite como foco a “gestão integrada” por meio de processos bem delineados e boa comunicação entre pessoas e atividades, fornecedores e clientes.	Foco em “excelência de gestão” com a presença de uma cultura organizacional pautada na melhoria contínua. Processos e atividades alinhados com a estratégia e foco nas inovações.
Validade: 2 anos	Validade: 2 anos	Validade: 3 anos

Fonte: Adaptado de ONA (2016).

O processo de certificação deve ser manifestado a partir do interesse da organização de saúde em ser avaliada, isto é, a natureza é totalmente voluntária, por sua vez executada por

Instituições Acreditoras Credenciadas pela ONA com base nas normas de Sistema Brasileiro de Acreditação e no Manual Brasileiro de Acreditação (ONA, 2016). Esse manual é um instrumento consistente e estruturado que se volta exclusivamente a assistência de saúde de qualidade, sendo composto por 6 categorias que se desdobram em quesitos a serem atendidos na organização avaliada, conforme destaca a Tabela 15.

Tabela 15. *Categorias e subcategorias avaliadas pela Acreditação ONA.*

Categoria	Subcategorias
1. Gestão e Liderança	1. Liderança; 2. Gestão de Pessoas; 3. Gestão Administrativa; 4. Gestão de Suprimentos; 5. Gestão da Qualidade.
2. Atenção ao Paciente	1 Atendimento; 2 Internação; 3 Atendimento ambulatorial; 4 Atendimento em emergência; 5 Atendimento cirúrgico; 6 Atendimento obstétrico; 7 Atendimento neonatal; 8 Tratamento intensivo; 9 Mobilização de doadores; 10 Triagem de doadores e coleta; 11 Assistência hemoterápica; 12 Terapia dialítica; 13 Medicina nuclear; 14 Radioterapia; 15 Terapia antineoplásica; 16 Cardiologia invasiva e hemodinâmica; 17 Métodos endoscópicos e videoscópicos; 18 Assistência Farmacêutica; 19 Assistência Nutricional; 20 Atenção ao paciente/cliente.
3. Diagnóstico	1. Processos pré-analíticos; 2. Processos analíticos; 3. Processos pós-analíticos; 4. Métodos diagnósticos; 5. Diagnóstico por imagem; 6. Diagnóstico.
4. Apoio Técnico	1. Sistema de informação do cliente/paciente; 2. Gestão de equipamentos e tecnologia médico-hospitalar; 3. Prevenção, controle de infecções e eventos adversos; 4. Apoio técnico.
5. Abastecimento e Apoio Logístico	1. Processamento de roupas; 2. Processamento de materiais e esterilização; 3. Armazenamento e transporte; 4. Higienização; 5. Gestão da segurança; 6. Abastecimento e apoio logístico.
6. Infraestrutura	1. Gestão da estrutura físico-funcional. 2. Infraestrutura.

Fonte: Adaptado de Manual Brasileiro de Acreditação (ONA, 2010).

As categorias supracitadas na tabela 15 visam englobar três conceitos chave: estrutura, processos e resultados. “O Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar – MBAH é um instrumento para estimular a melhoria da Qualidade dos hospitais brasileiros, com base na análise de alguns indicadores a serem observados” (Bonato, 2011, p.326). Pela análise da Tabela 15 fica evidente a preocupação com o paciente (categoria 2), o que confirma o foco no cliente como anteriormente citado.

A avaliação ocorre por meio de uma análise crítica dos fatores que envolvem os pontos descritos no manual de acreditação (Tabela 15), com intuito de identificar o grau de conformidade do hospital com o proposto. É enviada uma equipe avaliadora em busca de coleta de evidências que podem incluir análises de documentos, entrevistas e observações, bem como busca-se triangular os dados com observações físicas e acompanhamento operacional. Além disso, por ser uma organização complexa e interligada, não é permitido avaliar apenas um setor, mas a estrutura por completo (Rooney & Ostenberg, 1999; ONA, 2002).

O modelo de avaliação proposto pela ONA possui grandes avanços e é capaz de proporcionar grandes benefícios às empresas que adotam, visto que possui um conteúdo adaptado à realidade brasileira, além de respeitar os pressupostos legais do país (Viana, 2011).

Até abril de 2016 a ONA já emitiu 513 certificações no Brasil, dos quais 246 são hospitais. Desse total, 68 possuem nível 1 – Acreditado; 82 possuem nível 2 – Acreditado Pleno; e 96 possuem nível 3 – Acreditado com Excelência.

2.3.5.3 JCI – *Joint Commission International*

A JCI é uma organização não governamental e sem fins lucrativos, criada em 1994 pela *The Joint Commission* e hoje alcança mais de 90 países, dentre eles Alemanha, Turquia, Rússia, Coreia do Sul e Brasil. Possui uma equipe treinada que realiza creditações internacionais admitindo como diretrizes a qualidade e segurança do paciente. Sua missão é melhorar a segurança e qualidade dos serviços prestados pelo hospital no meio social no qual a organização está inserida (*Joint Commission International* [JCI], 2016).

O foco desse tipo de acreditação mundial é o aprimoramento das práticas de qualidade que visam contribuir com os resultados das organizações de saúde. Tem como diferenciais, segundo a JCI (2016):

- a chamada “*metodologia tracer*”, uma ferramenta exclusiva que busca contribuir para que organizações de saúde avaliem seus pacientes e sistemas com maior profundidade;
- a acreditação em rede, onde instituições de um único sistema ou rede podem obter acreditação através de uma única inscrição;
- a preocupação com o atendimento médico global.

Para as avaliações, a JCI possui um Comitê Consultivo para Padrões composto por médicos, enfermeiros, administradores e especialistas vindos de cinco grandes regiões do mundo: América Latina e Caribe, Ásia Bacia do Pacífico, Oriente Médio, Europa e Estados Unidos. Além dessa equipe, a organização conta com três conselhos consultivos regionais que agem junto aos Ministérios de Saúde, instituições internacionais e agências governamentais que possuem, dentre outras funções, transmitir informações importantes para compreensão do contexto da região como qualidade geral do atendimento, segurança, financiamento de saúde, e demais necessidades (JCI, 2016). No Brasil, a JCI teve à primeira acreditação emitida em 1999 para o Hospital Israelita Albert Einstein, e atualmente, em todo o país, ainda são poucas os selos nesse modelo.

O Manual de Acreditação JCI segue um padrão distinto e mais refinado que o modelo proposto pelo Ministério da Saúde Brasileiro, centrando-se acima de tudo no cuidado com o paciente. Os padrões avaliados visam proporcionar uma organização segura, eficiente e bem administrada, difundindo-se por toda a entidade. A decisão pela conformidade final é fundamentada no nível geral de conformidade apurado mediante as condições encontradas (JCI, 2014). A estrutura se divide em 3 vertentes, conforme Tabela 16.

Como é um órgão internacional, a estrutura da avaliação e os critérios são os mesmos, mas o planejamento dos trabalhos é específico para cada organização avaliada, de modo a manter sempre um melhor e mais confiável resultado. Para a execução, são analisados documentos, entrevistas com funcionários e clientes, reuniões, observações diretas e acesso a todos os controles de pacientes. A validade da acreditação JCI é de três anos (Bonato, 2011).

Tabela 16. Padrões avaliados pela Acreditação JCI.

Padrões centrados no paciente	Padrões de gestão da instituição de saúde	Padrões de hospital de centro médico acadêmico
Metas internacionais de segurança dos pacientes	Melhoria da qualidade e segurança do paciente	Formação profissional médica
Acesso a cuidados e continuidade dos cuidados	Prevenção e controle de infecções	Programas de pesquisa envolvendo seres humanos
Direitos do paciente e da família	Governança, liderança e direção	
Avaliação dos pacientes	Gerenciamento e segurança das instalações	
Cuidados de pacientes	Qualificações e formação profissional da equipe	
Anestesia e cuidados cirúrgicos	Gestão de informações	
Administração e uso de medicamentos		
Instrução de pacientes e familiares		

Fonte: Adaptado do Manual JCI (2014).

Também não oferece uma metodologia que evolui em níveis, ou seja, o instrumento de avaliação define a organização apenas como acreditada ou não acreditada (Fortes, 2013). Atualmente, (até abril de 2016), a JCI conta com 63 organizações acreditadas no Brasil, das quais 28 são hospitais.

2.3.5.4 Acreditação hospitalar e Custos da Qualidade

Devido ao fato dessa pesquisa buscar analisar os Custos da Qualidade a partir da adoção de uma acreditação hospitalar, coube abordar nesse tópico evidências que demonstrem algum ponto de ligação entre esses dois aspectos, ou seja, Acreditação Hospitalar e Custos da Qualidade. De antemão, é lógica a percepção de que a conquista de uma Acreditação hospitalar tende a contribuir para a redução de custos e melhor consumo de recursos.

O ambiente organizacional atual impulsiona as organizações a buscarem ferramentas de qualidade, o que impulsiona a adoção de programas de qualidade, tal como a acreditação hospitalar. Crescem as iniciativas por reformas nas organizações de saúde que prezam pela redução de custos ao mesmo tempo em que mantém a atenção e eficiência oferecida, uma vez que o volume de desperdícios se mostra como causa central por tal medida de mudança e melhorias. Isso é um grande desafio, no qual pode encontrar respaldo na adoção de uma acreditação

hospitalar, uma vez que há a preocupação constante com reorganização de processos, maximização de eficiência e resultados, além de iniciativas de melhoria contínua (Gurgel & Vieira, 2002). Franko e Schyve (2000) citado por Araújo, Figueiredo e Figueiredo (2015) complementam que o aumento dos custos e preços dos serviços prestados por organizações de saúde, como hospitais, conduz as fontes de pressões externas tais como os profissionais e pacientes a escolherem serviços hospitalares a partir de análises sobre custos e qualidade, fator que conduz a organizações acreditadas, uma vez que encontram ali as exigências que anseiam.

Rodrigues (2004) afirma que a busca pela qualidade no Brasil torna-se uma necessidade a partir da existência de uma série de fatores, dentre eles os altos custos da má qualidade, que se desdobram principalmente em desperdícios e retrabalhos, cenário que evidencia como estratégia para melhorias a certificação de acreditação hospitalar.

Fortes e Baptista (2012) destacam que hospitais públicos e privados estão aderindo à acreditação hospitalar por enxergá-la como um instrumento de qualidade benéfico (mesmo que às vezes os resultados não são totalmente tangíveis, mensuráveis ou de retorno em curto prazo), que vai de encontro às necessidades exigidas pelo mercado e por seus interesses internos, em termos de redução de custos e aumento de qualidade, pela eliminação de processos que não agregam valor, bem como pela análise e eliminação de desperdícios, gastos com retrabalho e uso de inspeções constantes.

Couto e Pedrosa (2007) destacam a importância de medidas voltadas a qualidade em meio a este tipo de organização, além do impacto negativo que sua carência pode ocasionar. Afirmam que a má qualidade tende a interferir ativamente ocasionando retrabalhos constantes, custos adicionais por processos ineficientes, perdas de produtos como medicamentos, perda de tempo, perda de clientes (pelo mau serviço prestado), e prejuízos à imagem da empresa. Como ferramenta para combater estes custos e saciar a necessidade por qualidade, encontra-se na acreditação hospitalar um recurso contributivo.

Além da interferência na gestão de custos provida pela adoção de uma Acreditação Hospitalar, ocorrem custos adicionais no ato de implantação do instrumento. Dentre as exigências, é comum a incidência em gastos com treinamentos e realocação de espaço e equipamentos. Ademais, a manutenção dos equipamentos, que geralmente é feita com aspecto corretivo, passa a ser também de caráter preventivo, representando exemplos de Custos da Qualidade que incorrem na adoção de um selo de acreditação hospitalar (ANVISA, 2004).

Como evidências empíricas entre os Custos da Qualidade e a Acreditação Hospitalar, o estudo de Saleh, Sleiman, Dagher, Sbeit e Natafghi (2013) analisaram as creditações dos hospitais do Líbano. Os resultados apontam que a adoção de uma acreditação hospitalar implica em muitos gastos visto a necessidade de adequação aos padrões. Isso inclui, principalmente, treinamentos de pessoal, consultores de custos e manutenção da estrutura e de equipamentos que, em longo prazo, resultam em aumento de qualidade do serviço e redução de custos.

Mehrotra e Kumar (2013) averiguaram as possíveis relações entre qualidade e custos em hospitais da Índia concluindo, dentre outros fatores, que as certificações e garantias de qualidade por meio da implantação de programas contribuem agilizando as funções e processos desenvolvidos, minimizando os desperdícios, reduzindo os custos finais do serviço prestado, e, conseqüentemente, ajudando na melhoria da qualidade. Ainda inferem que a má qualidade dos serviços incorre em aumento dos custos e que a adoção de medidas como a acreditação hospitalar pode contribuir na otimização desses custos e nos resultados finais do serviço.

Percebe-se que os Custos da Qualidade estão inseridos no universo da acreditação hospitalar, embora não abordado de maneira direta e explícita nos manuais de acreditação. Ao aderir a uma Acreditação Hospitalar a organização admite como prioridade a redução de custos com má qualidade, seja através de revisão de processos, capacitação de funcionários ou inserção de medidas de controle de qualidade.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa é um procedimento sistemático que objetiva obter respostas a problemas instaurados na sociedade, sendo necessária em casos onde as informações existentes são insuficientes ou se encontram em desordem, impossibilitando o entendimento por completo. Frente a tais situações, surge a necessidade em pesquisar, por meio dos conhecimentos disponíveis e pela utilização cuidadosa de métodos de investigação científica (Gil, 2010).

Método é um caminho provido de uma forma lógica de pensamento, com intuito a alcançar um determinado fim (Vergara, 2013; Gil, 2012; Richardson, 2015), isto é, compreende um conjunto de atividades sistemáticas e racionais que contribuem rumo ao alcance do objetivo da pesquisa, uma vez que traça os pontos a serem seguidos, ajuda na detecção de erros e nas decisões a serem tomadas pelo pesquisador (Marconi & Lakatos, 2009). Assim, metodologia “são as regras estabelecidas para o método científico” (Richardson, 2015, p. 22).

Este capítulo teve como objetivo demonstrar e discorrer sobre a caracterização metodológica que fundamenta o desenvolvimento desta dissertação, com foco no caminho a ser seguido para que fosse possível responder os questionamentos estabelecidos. Para isso, primeiramente foram apresentados pontos como a teoria de base e o desenho de pesquisa. Em seguida, foram apresentadas as classificações desse estudo segundo as estratégias de planejamento de pesquisa. A seção seguinte detalhou aspectos referentes ao instrumento de pesquisa utilizado, ou seja, o estudo de caso. E por fim, foram especificadas a forma de análise e tratamento dos dados, e as limitações do estudo.

3.1 CARÁTER TEÓRICO-METODOLÓGICO

Com intuito de caracterizar o presente estudo do ponto de vista teórico-metodológico, este tópico engloba os seguintes itens: (i) teoria de base; (ii) desenho da pesquisa; e (iii) constructos e variáveis da pesquisa.

3.1.1 Teoria de base

Teoria pode ser definida como um conjunto de conceitos, definições, e proposições sistematicamente integrados e relacionados, que são antecipados para fundamentar e explicar fenômenos (Cooper & Schindler, 2003). Deve oferecer meios de representação conceitual e simbólica dos dados da observação e ainda constituir uma estrutura com regras de inferência que permita previsões de dados e fatos (Martins & Theóphilo, 2007).

As contribuições para a pesquisa giram em torno da orientação quanto a busca dos fatos, critérios de observação, geração de melhores resultados, ordenação e classificação dos dados e em previsões de fatos adicionais (Cooper & Schindler, 2003; Martins & Theóphilo, 2007). Selltiz et. al. (1975) acrescentam que as teorias de base contribuem com a pesquisa, principalmente porque indicam áreas que possuem mais possibilidade de serem produtivas, além de aumentar o sentido dos resultados do estudo, não como evidências empíricas isoladas, mas como contribuições diretas para a formação de proposições teóricas. “As teorias surgem como a chave para a nossa compreensão dos fenômenos, explicando as regularidades previamente constatadas” (Martins & Theóphilo, 2007, p. 28).

Diante do exposto, este estudo é sustentado pelos pressupostos teóricos contidos na Teoria Institucional (tópico 2.1), mais especificamente em sua vertente sociológica (NSI), uma vez que, para explorar os fatores institucionais externos, que influenciam as respostas estratégicas organizacionais na gestão dos Custos da Qualidade a partir da adoção de uma certificação de acreditação hospitalar, buscou-se por uma abordagem que contemplasse o ambiente externo de modo amplo, bem como suas interações frente às mudanças organizacionais.

3.1.2 Desenho da pesquisa

O delineamento de pesquisa envolve a construção de um diagrama, bem como a previsão de análise e interpretação dos dados, considerando o ambiente em que são coletados os dados e a forma em que são controladas as variáveis. Geralmente, a solução para os problemas de pesquisa encontra respaldo no teste de hipóteses, porém o delineamento pode ser também determinado

pelo objeto de investigação, pela obtenção dos dados, etc. (Gil, 2012), A partir disso, e levando em conta o problema de pesquisa, apresenta-se, na Figura 6, o respectivo desenho.

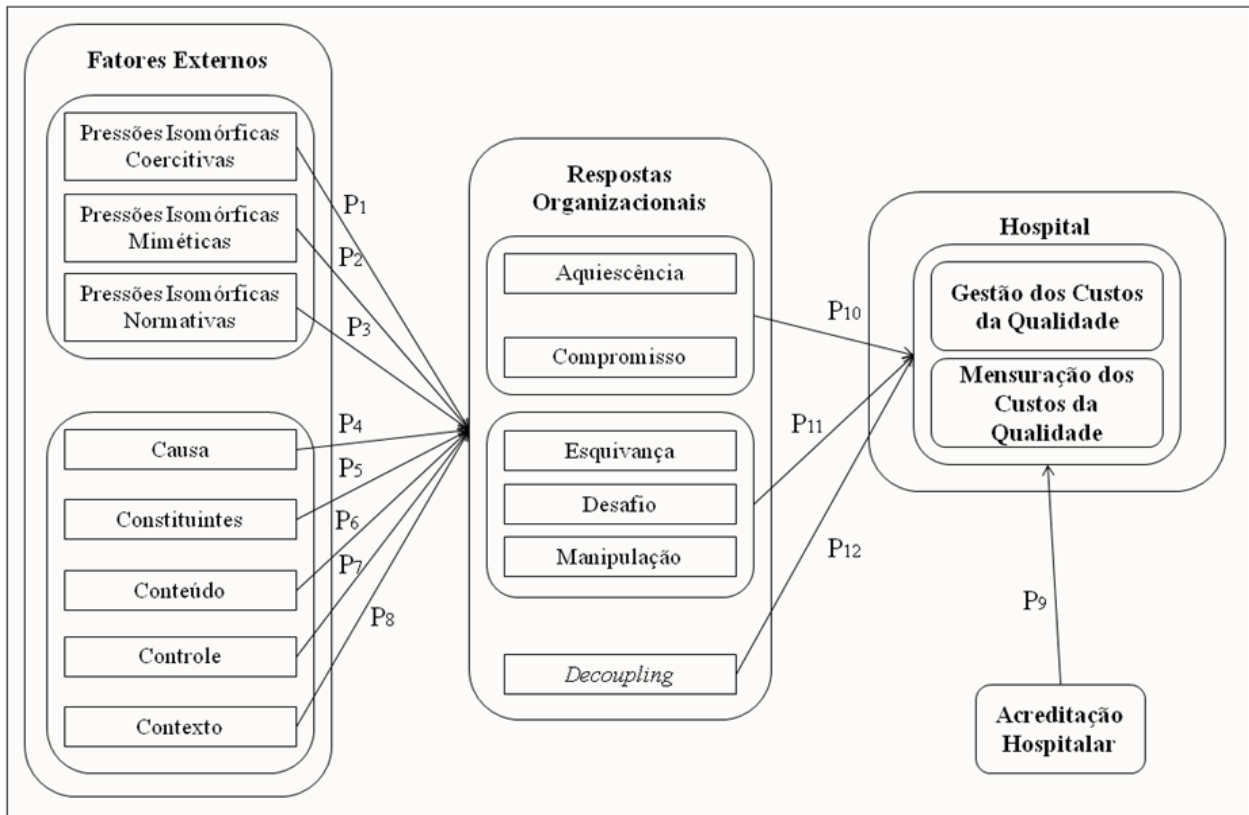


Figura 6. Desenho da pesquisa.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Como já destacado anteriormente, a teoria base utilizada no estudo é a Teoria Institucional, que ofereceu respaldo ao desenho de pesquisa por intermédio de fatores institucionais externos e respostas comportamentais possíveis de serem encontradas em análises organizacionais.

Em relação à figura, de maneira resumida, têm-se como foco principal de análise as respostas organizacionais estratégicas. Elas são definidas pelas organizações segundo os fatores ambientais externos que atuam pressionando a organização à mudança, ou seja, frente às exigências externas o hospital pode reagir de diferentes formas. Assim, esses fatores ambientais externos influenciam as respostas organizacionais estratégicas e essas respostas comportamentais contribuem ou moldam o modo como ocorre a gestão dos custos da qualidade.

Quanto aos fatores institucionais externos, que podem influenciar alguma prática ou ferramenta gerencial no contexto organizacional, têm-se outros trabalhos já desenvolvidos como o de Mamédio (2014), Santos (2008) e Zan (2006). Ao que se refere aos Custos da Qualidade, foi

considerado para esta pesquisa o enquadramento, segundo Feigenbaum (1994) nas quatro categorias: custos de prevenção, custos de avaliação, custos de falhas internas e custos de falhas externas.

3.1.3 Constructos e variáveis da pesquisa

Constructos são estruturas lógicas compostas por elementos aplicáveis a contextos reais, admitindo como objetivo a não ambiguidade da construção empírica dos conceitos utilizados pelos pesquisadores sobre determinado assunto (Koche, 2012). Cooper e Schindler (2003) discorrem que se trata de uma imagem ou ideia projetada para determinada pesquisa e que é utilizado quando são combinados conceitos mais simples, mais comumente em casos onde a ideia ou imagem daquilo que se quer mostrar não está clara ou apta à observação. A necessidade pela utilização de tal instrumento advém da ação do pesquisador em pesquisar um conceito teórico. Nesses casos, é necessária a tradução deste em relação ao mundo real através de variáveis e fenômenos observáveis capazes de operacionalizá-lo (Martins & Theóphilo, 2007).

Uma característica observável de algo pode ser chamada variável, que por definição, é aquilo que “varia”, que muda, e que deve ser “medida” na pesquisa quantitativa e “descrita” na pesquisa qualitativa (Trivinos, 2012). Uma variável admite duas características principais: são enxergadas como aspectos observáveis de um fenômeno e devem apresentar variações quando analisada sob o ponto de vista do mesmo ou de outros fenômenos (Richardson, 2015).

Desse modo, na Tabela 17 é apresentado o constructo da pesquisa, ou seja, os fatores institucionais externos que influenciam as respostas estratégicas em relação à gestão dos Custos da Qualidade (pressões coercitivas, pressões miméticas, pressões normativas, causa, constituintes, conteúdo, contexto e controle), as respostas organizacionais estratégicas possíveis de serem assumidas pelos hospitais frente às pressões externas (*Decoupling*, aquiescência, compromisso, esquiva, desafio e manipulação) e os Custos da Qualidade em si (custos de prevenção, de avaliação, de falhas internas e de falhas externas). Além disso, são especificadas as variáveis analisadas no estudo e as referências bibliográficas base.

Tabela 17. Constructos e variáveis da pesquisa.

	Constructos de 1ª ordem	Constructos 2ª ordem	Variáveis	Técnicas para coleta e análises	Referências base
Fatores Ambientais Externos	Pressões Isomórficas	Pressões Isomórficas Coercitivas	Regulamentação estatal, influência de Agências Reguladoras (como ANVISA), Pressões voluntárias por demais agentes.	Pesquisa documental, entrevista semi-estruturada e observação direta.	Dimaggio e Powell (1983)
		Pressões Isomórficas Miméticas	Consultoria Externa, <i>Benchmarking</i> , Espelhamento em organizações de sucesso.		
		Pressões Isomórficas Normativas	Profissionalização, Fontes de ensino, Sindicatos, Associações profissionais, Recrutamento de pessoal.		
	Fatores ambientais preditivos	Causa	Legitimidade e Eficiência		Meyer e Rowan (1977)
		Constituintes	Multiplicidade e Dependência		
		Conteúdo	Consistência e Restrição		
		Controle	Coerção e Difusão		
	Contexto	Incerteza e Interconexão	Oliver (1991)		
Respostas Comportamentais	Respostas organizacionais	<i>Decoupling</i>	Adoção Cerimonial	Oliver (1991)	
		Aquiescência	Hábito, Imitar e Aceder		
		Compromisso	Equilibrar, Pacificar e Barganhar		
		Esquivaça	Ocultar, Amortecer e Escapar		
		Desafio	Rejeitar, Provocar e Atacar		
		Manipulação	Cooptar, Influenciar e Controlar		
Custos da Qualidade	Ocorrência	Custos de Prevenção	Treinamento de funcionários, manutenção preventiva dos equipamentos, aquisição de tecnologias, revisões e atualizações de instruções e procedimentos, prevenções de infecções, prevenções contra quedas, custos de higienização de primeira linha.	Pesquisa documental, entrevista semi-estruturada e observação direta	Sá (2003); Robles (2003), Shank e Govindarajan (1997).
		Custos de Avaliação	Coleta, análise e relato dos dados de qualidade, controle de processos e serviços prestados, testes e inspeções nos materiais comprados, custos de supervisão da área de inspeção, auditoria do sistema de qualidade.		
		Custos de falhas	Retrabalho, desperdícios,		

		internas	redesenhos de procedimentos, manutenção corretiva dos equipamentos, compras não planejadas, re-higienizações, medicamentos vencidos, erros médicos, índices de infecções hospitalares.		
		Custos de falhas externas	Atitudes frente às reclamações, pagamento de indenizações e multas aos clientes ou órgãos responsáveis, custos para manter a imagem externa da empresa, assistência adicional ao cliente, prejuízos ao bem estar do cliente.		

Fonte: Elaborado pelo autor.

A pesquisa foi baseada no constructo teórico de Dimaggio e Powell (1983), que envolve as pressões isomórficas, conforme exemplos já explorados anteriormente. Contudo, como já enfatizado, tal constructo não oferece uma abordagem completa frente aos objetivos propostos nesse estudo e, assim, foi utilizado como constructo complementar. O constructo de Oliver (1991), abordagem teórica principal nesta pesquisa, traz os fatores preditivos do comportamento organizacional (fatores institucionais externos) e as respostas organizacionais estratégicas. Os fatores preditivos externos, bem como as pressões isomórficas são tratados como os possíveis fatores institucionais externos que influenciam as respostas organizacionais estratégicas.

Outrossim, para completar o constructo e as variáveis em estudo foram levantadas na literatura as práticas de Custos da Qualidade (mediante as quatro categorias propostas por Feigenbaum (1994)), que foram objeto de análise no contexto hospitalar. Para a seleção das variáveis a serem utilizadas em cada categoria foi realizado um estudo de caso piloto em um hospital acreditado (com selo ONA I) em Maringá-Paraná, com intuito de contribuir para a identificação de quais as práticas de Custos da Qualidade mais perduram na realidade hospitalar. Isso contribuiu na identificação de variáveis compatíveis com a realidade hospitalar e na moldagem dos instrumentos de coleta de dados, fato inclusive defendido por vários autores como Stake (1995) e Martins e Theóphilo (2007).

3.2 ESTRATÉGIAS DE PLANEJAMENTO DA PESQUISA

Esta seção expõe o plano e a estrutura da pesquisa, ou seja, a forma como o problema de pesquisa será abordado, o que envolve a construção de uma estrutura que se torna um guia para o planejamento, coleta de dados e análise (Kerlinger, 1980). Engloba uma dimensão ampla, focando ao problema de modo mais prático, buscando contrapor diretamente teoria e o meio real de modo integrado (Gil, 2012).

Cabe destacar alguns pontos essenciais a se atentar para o delineamento de pesquisa: constitui um plano baseado em atividade e tempo; tem como base central a questão de pesquisa; direciona para as fontes e tipos de informações mais adequadas; visa evidenciar a clara relação entre as variáveis envolvidas; e, por fim, evidencia os procedimentos necessários para a realização da pesquisa (Cooper & Schindler, 2003). Tais características podem contribuir como direcionamentos base para as definições necessárias, de modo a manter o pesquisador sempre com foco naquilo que realmente tem importância.

Dentre as classificações possíveis, sobressaem na literatura algumas abordagens que merecem ser destacadas, conforme denota a Tabela 18, que representa um compilado dos pontos essenciais a se considerar, na visão dos respectivos autores.

Tabela 18. Possíveis classificações da pesquisa.

Categoria	Referências Base
1. Quanto à forma de abordagem ao problema	Richardson (2015).
2. Quanto ao método de abordagem	Marconi e Lakatos (2011).
3. Quanto à finalidade da pesquisa	Gil (2012).
4. Quanto ao objetivo de estudo	Gil (2012), Cooper e Schindler (2003), Richardson (2015).
5. Quanto aos aspectos metodológicos	Martins e Theóphilo (2007).
6. Quanto ao efeito do pesquisador nas variáveis estudadas	Richardson (2015), Koche (2012), Kerlinger (1980), Cooper e Schindler (2003).
7. Quanto à estratégia de pesquisa	Marconi e Lakatos (2011), Gil (2010), Kerlinger (1980), Martins e Theóphilo (2007), Cooper e Schindler (2003).
8. Quanto às técnicas de coleta de dados	Richardson (2015), Marconi e Lakatos (2011), Kerlinger (1980), Gil (2012), Martins e Theóphilo (2007), Cooper e Schindler (2003).
9. Quanto à dimensão do tempo	Cooper e Schindler (2003).
10. Quanto ao escopo do estudo	Cooper e Schindler (2003).

Fonte: Adaptado de Espejo (2008) e Portulhak (2013).

Diante desse apanhado de classificações, em convergência com a literatura, foi válido evidenciar em cada categoria, a escolha cabível para a pesquisa em questão.

Em relação à forma de abordagem ao problema, a presente pesquisa é considerada de natureza qualitativa, visto que não envolve nenhuma técnica estatística para solução do problema

de pesquisa proposto. Essa abordagem é apropriada quando há necessidade pelo entendimento de um fenômeno de natureza social, onde há interesse em explorar o processo de mudança de determinado grupo, análise da interação das variáveis ou compreensão de processos dinâmicos existentes em grupos sociais, o que possibilita, assim, que a pesquisa seja desenvolvida e analisada em profundidade a ponto de compreender as particularidades do comportamento dos agentes sociais (Richardson, 2015).

Percebe-se que essas características suprem a necessidade do problema de pesquisa abordado, haja vista que envolve um contexto social e a exploração de um processo de mudança organizacional, que no caso, é dado pela adoção de uma Acreditação Hospitalar e pela influência do ambiente institucional externo.

Quanto ao método de abordagem, neste estudo predomina o indutivo, que parte de dados particulares constatados e infere uma verdade geral, quer dizer, a pesquisa com abordagem indutiva conduz a conclusões cujo conteúdo é muito mais amplo do que as premissas exploradas. Tal método pode ser observado a partir de três passos: a) observação dos fenômenos, com intuito de desvendar as causas de sua ocorrência; b) identificação de possíveis relações entre eles visando comparar e descobrir relações predominantes; c) generalização da relação encontrada para os demais fatos semelhantes (Marconi & Lakatos, 2011).

Quanto à finalidade, esta pesquisa é classificada como aplicada, admitindo como “característica fundamental o interesse na aplicação, utilização e consequências práticas dos conhecimentos” (Gil, 2012, p. 27). O autor ainda enfatiza que esse tipo de pesquisa se centra mais em aplicações práticas do conhecimento, sendo o tipo mais comum em estudos de pesquisadores sociais, como sociólogos e economistas (Gil, 2012). Tal natureza se encaixa diretamente às necessidades da atual pesquisa, uma vez que se utiliza da aplicação de conhecimentos sobre a Teoria Institucional e Custos da Qualidade em ambiente prático hospitalar.

Quanto ao objetivo de estudo, enquadra-se como explicativa, pois admite como foco a identificação dos “fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos” (Gil, 2012, p. 28). Essa tipologia é a que mais aprofunda o conhecimento com a realidade, já que busca explicar o “porquê” ou as causas dos fenômenos, fazendo com que haja uma contribuição muito significativa para o conhecimento científico em geral (Gil, 2012; Richardson, 2015). Tais características se encaixam satisfatoriamente quando se retoma à ideia central desta dissertação: a

análise dos fatores institucionais externos que influenciam as respostas organizacionais e a respectiva interpretação frente à gestão dos Custos da Qualidade em hospitais acreditados.

Quanto aos aspectos metodológicos, esta pesquisa trata-se de uma abordagem fenomenológica, já que o foco retoma para a compreensão daquilo que realmente ocorre, ou seja, busca desvendar o fenômeno além das aparências. Isso mostra que essa abordagem envolve não só uma parte descritiva, mas uma interpretação de como ocorre os fatos em sua essência (Martins & Theóphilo, 2007), o que se alinha à proposta principal desta pesquisa, isto é, a busca pela identificação (parte descritiva) e posterior interpretação das respostas estratégicas assumidas pelos hospitais frente às pressões externas no que tange à gestão dos Custos da Qualidade.

Quanto ao efeito do pesquisador nas variáveis estudadas, este estudo é considerado como *ex-post-facto*, uma vez que o pesquisador estuda as relações entre as variáveis ou sujeitos envolvidos, porém sem nenhum controle, ou seja, sem manipulá-las ou dispor de condições aleatórias. Cabe assim, somente relatar o que aconteceu, visto que a própria área de ciências sociais aplicadas limita pesquisas experimentais pela impossibilidade, muitas vezes, de manipular variáveis, uma vez que lida com pessoas e uma realidade dinâmica (Cooper & Schindler, 2003; Koche, 2012; Kerlinger, 1980).

Quanto à estratégia de pesquisa, neste estudo é utilizado o estudo de caso, haja vista que é um estudo profundo e intenso de uma ou poucas unidades sociais, de modo a possibilitar um amplo nível de detalhamento e proximidade com o real, alcançado por meio da descrição, compreensão e interpretação de fatos e fenômenos (Martins & Theóphilo, 2007; Gil, 2010). “O tratamento de eventos complexos pressupõe um maior nível de detalhamento das relações dentro das organizações, entre os indivíduos e as organizações, bem como dos relacionamentos que estabelecem com o meio ambiente em que estão inseridos” (Martins & Theóphilo, 2007, p. 62), o que leva a percepção de que tal estratégia satisfaz o propósito desta pesquisa, no que tange à identificação e interpretação dos fatores institucionais externos e das respostas organizacionais assumidas pelos hospitais no que se refere à gestão dos Custos da Qualidade.

Quanto às técnicas de coleta de dados, como em estudos de caso, para o aumento de confiabilidade de pesquisa se recorre ao uso de várias formas de evidências a fim de executar a triangulação de dados (Stake, 1995; Martins & Theóphilo, 2007). Optou-se nesta dissertação pela utilização da observação direta, entrevista semi-estruturada e pesquisa documental.

A observação como técnica de coleta de dados utiliza os sentidos (natureza sensorial) para a obtenção de dados, informações e evidências sobre a realidade, porém não se restringe a apenas ver, mas a examinar o fenômeno em estudo (Marconi & Lakatos, 2011; Martins & Theóphilo, 2007) através de uma captação precisa do fenômeno ou fato (Richardson, 2015). Todavia, cabe ressaltar que requer muita atenção do pesquisador, com foco estrito na base teórica estudada e conduzida, preferivelmente, por um plano de observação (Martins & Theóphilo, 2007).

A entrevista pode ser considerada como um procedimento de investigação social, com intuito de contribuir com um problema social (Marconi & Lakatos, 2011). Trata-se do contato do investigador frente ao investigado, que responde perguntas como uma forma de interação social, ou seja, um diálogo (Cooper & Schindler, 2003; Gil, 2012; Richardson, 2015), objetivando primordialmente “entender e compreender o significado que entrevistados atribuem a questões e situações, em contextos que não foram estruturados anteriormente, com base em suposições e conjecturas do pesquisador” (Martins & Theóphilo, 2007, p. 86).

Enfim, a pesquisa documental se refere à exploração de registros escritos que envolvem o fenômeno em estudo, o que inclui cartas, relatórios, estudos, avaliações, etc. É propício em estratégias participativas como o estudo de caso (Martins & Theóphilo, 2007). Assim, representa uma importante fonte de dados para pesquisa social e pode evidenciar pontos essenciais para a compreensão e resolução do problema de pesquisa (Richardson, 2015).

Quanto à dimensão do tempo, este estudo é classificado como uma pesquisa transversal, uma vez que se utiliza de um estudo de caso múltiplo em hospitais brasileiros em um determinado momento, isto é, a captação de dados e análises envolve um momento singular. Cooper e Schindler (2003, p. 129) definem estudos transversais como aqueles que “são feitos uma vez e representam um instantâneo de um determinado momento”.

Em relação ao escopo do estudo, a pesquisa se enquadra como um estudo em profundidade, uma vez que a estratégia de pesquisa adotada foi o estudo de caso. A ênfase recai para análises contextuais e completas dos fatos, bem como suas inter-relações, o que faz com que estudos desta natureza, por meio do maior detalhamento exigido, forneçam informações importantes para o campo científico (Cooper & Schindler, 2003).

3.3 ESTRATÉGIA DE PESQUISA ABORDADA

Yin (2005) elenca três características fundamentais a serem observadas no momento de optar por uma estratégia de pesquisa: (i) o tipo de questão de pesquisa; (ii) o controle que o pesquisador possui sobre o fenômeno estudado; (iii) e o foco em eventos históricos em oposição a eventos contemporâneos. Diante da intenção da pesquisa em realizar uma análise profunda e qualitativa do objeto de estudo em contexto real, visando a compreensão do fenômeno em contexto amplo, optou-se por um estudo de caso múltiplo.

O principal objetivo do estudo de caso não é representar o mundo, mas o fenômeno contemporâneo, de maneira profunda e inseridos em sua realidade (Stake, 2001). A credibilidade é conquistada mediante a triangulação de dados, explorado perante as descrições e interpretações em meio a influencia do contexto social, político e outros (Stake, 2005). Ressalta-se que tais características são atendidas nessa pesquisa, uma vez que a triangulação de dados foi explorada e o fenômeno abordado se encontra emergido em contexto real, no caso representado pelos hospitais objetos de análise.

Em estudos desta natureza há um aprofundamento exaustivo no objeto de estudo que possibilita uma penetração na realidade social, resultando na captação de informações precisas, não auferidas mediante avaliações quantitativas (Martins & Theóphilo, 2007). Além disso, estudos de caso não admitem ofertar conhecimentos frente às características de uma população (como muito se pensa), mas propiciar uma visão ampla e clara do problema, bem como identificar aspectos que o influenciam ou são influenciados por este (Gil, 2010).

Pesquisas com esta característica se originam da necessidade em compreender fenômenos complexos, por intermédio da identificação de características amplas do acontecimento inserido na realidade social, entre eles estão os processos organizacionais, mudanças ocorridas, relações internacionais ou maturidade de setores mercadológicos (Martins & Theóphilo, 2007). Assim, destaca-se que esse estudo explora os Custos da Qualidade em um contexto complexo (realidade hospitalar) de mudança, promovido pela adoção de uma Acreditação Hospitalar, de modo a compreender a realidade de maneira holística e profunda.

3.3.1 Planejamento do estudo de caso múltiplo

Para alcançar um objetivo, é necessário definir um plano, ou seja, um projeto que contenha etapas claramente definidas, de modo integrado e consistente. O planejamento para execução de um estudo de caso envolve principalmente os artifícios para fundamentação do estudo: o que precisa ser conhecido? Quais relacionamentos precisam ser revelados? (Stake, 1995). Esse direcionamento possibilita a construção dos significados dos fenômenos estudados. Por possuir, muitas vezes, uma falta de completa sistematização ou fases fixas, os resultados do estudo de caso podem conduzir às pesquisas deficientes, contendo análises superficiais e intuitivas, que resulta em mero aglomerado de dados (Martins & Theóphilo, 2007).

Tal cenário exige mais atenção e habilidades do pesquisador do que em outras estratégias de pesquisa, a fim de minimizar possíveis vieses durante a execução. É preciso que o estudo surpreenda e revele perspectiva inovadora, com caráter relevante para a pesquisa científica (Martins & Theóphilo, 2007).

Daí a importância de definir um projeto preciso, capaz de auxiliar em todas as etapas de desenvolvimento do estudo, coleta de dados, procedimentos de campo e questões norteadoras (Martins & Theóphilo, 2007). Essas etapas foram baseadas no estudo de Yin (2005) que as elenca como: (i) as questões de um estudo; (ii) suas proposições; (iii) suas unidades de análise; (iv) a lógica que une os dados às proposições; e (v) os critérios para interpretar as constatações. Entretanto, o autor ressalta que ainda não há fundamentação detalhada sobre os dois últimos componentes, mas que a exploração dos três primeiros faz o plano tornar-se vantajoso à pesquisa (Yin, 2005).

3.3.1.1 Questão norteadora do estudo

Trata-se da questão de pesquisa que, em abordagens tal como estudos de caso, como já explorado anteriormente, é preferível que se admita como essência as perguntas “como” e “por que”, que caracterizam essa natureza como interpretativa. Stake (2005) destaca que estudos de caso são organizados a partir da questão de pesquisa, esse é o ponto crucial.

Dessa forma, a presente pesquisa admite como questão norteadora de pesquisa: Como os fatores institucionais externos influenciam as respostas organizacionais estratégicas na gestão dos Custos da Qualidade em hospitais acreditados?

3.3.1.2 Proposições do estudo

Visam direcionar o estudo de modo específico, em virtude que a questão de pesquisa pode não explicitar por completo seu escopo. Assim, refletem teses definidas a partir do conhecimento sobre o caso e da teoria em questão, bem como das reflexões do pesquisador. Contribuem de forma específica para a objetividade do estudo e, deste jeito quanto mais proposições específicas o estudo tiver, maiores e mais claros serão os limites para execução (Martins & Theóphilo, 2007).

Na pesquisa social, a utilização das chamadas hipóteses ou proposições contribuem para a organização conceitual do estudo, como complemento ou detalhamento dos objetivos, o que reduz as chances da pesquisa quanto a falhas de compreensão e explicação (Stake, 1995).

As proposições desta pesquisa, segundo as características expostas e frente ao escopo de pesquisa explorado em tópicos anteriores, são:

P1: As Pressões Isomórficas Coercitivas, como a legislação, influenciam ativamente as respostas organizacionais estratégicas;

P2: As Pressões Isomórficas Miméticas influenciam em menor intensidade as respostas organizacionais estratégicas, devido ao fato de serem de grande porte, e assim, possuem iniciativas próprias e conscientes da importância de investir em qualidade;

P3: As Pressões Isomórficas Normativas, tal como a profissionalização, influenciam ativamente nas respostas organizacionais estratégicas;

P4: Causa é um fator institucional externo que influencia (em maior ou menor intensidade) nas respostas organizacionais estratégicas;

P5: Constituintes é um fator institucional externo que influencia (em maior ou menor intensidade) nas respostas organizacionais estratégicas;

P6: Conteúdo é um fator institucional externo que influencia (em maior ou menor intensidade) nas respostas organizacionais estratégicas;

P7: Controle é um fator institucional externo que influencia (em maior ou menor intensidade) nas respostas organizacionais estratégicas;

P8: Contexto é um fator institucional externo que influencia (em maior ou menor intensidade) nas respostas organizacionais estratégicas;

P9: Hospitais que possuem um selo de acreditação hospitalar gerenciam os Custos da Qualidade;

P10: Aquiescência e Compromisso são as respostas organizacionais estratégicas mais incidentes nos hospitais em estudo, no que tange à gestão dos Custos da Qualidade;

P11: Esquivança, Desafio e Manipulação são as respostas organizacionais estratégicas menos incidentes nos hospitais em estudo, no que se refere à gestão dos Custos da Qualidade;

P12: O *decoupling* age na gestão dos Custos da Qualidade, pela ampla estrutura e influência social ocupada, bem como pela demasiada preocupação com imagem e prestígio externo.

Martins e Theóphilo (2007) versam que as proposições devem ser exploradas e defendidas ao longo do trabalho, e que a correta abordagem dessas confere ao estudo um caráter exemplar. Destarte, cada uma foi analisada em meio aos resultados e conclusões finais, de forma ampla e fundamentada.

3.3.1.3 Unidades de Análise

A compreensão do fenômeno e o nível de interpretação necessário dependem, em boa parte, da seleção dos casos dentre uma população de possíveis casos (Stake, 2001). Stake (2006) ainda destaca que em estudos multicase, algumas características devem ser semelhantes em alguns aspectos, o que pode contribuir muito para os resultados, sem contudo restringir as comparações devidas nas interpretações. Nesse estudo, os hospitais carregam consigo a semelhança da atenção voltada à qualidade e o destaque e referência nas regiões onde atuam.

Assim, como unidades de análise destacam-se: o Hospital Ministro Costa Cavalcanti, localizado na cidade de Foz do Iguaçu, estado do Paraná; e o Hospital 2, localizado na cidade de Porto Alegre, estado do Rio Grande do Sul, que por exigência da organização manteve-se o sigilo do nome em todo o estudo. A escolha destas organizações admitiu como direcionamento algumas

características, que de modo resumido, se restringe a organizações de naturezas jurídicas distintas, em diferentes estados brasileiros e acreditados com distintos selos de qualidade (um com JCI e o outro com ONA) a fim de buscar enriquecer os resultados e permitir comparações. Ademais, organizações dessa natureza possuem características sociais e estruturais importantes que contribuem de modo a explorar e testar a teoria abordada na questão de pesquisa (Martins & Theóphilo, 2007).

As entrevistas envolveram os superintendentes, diretores, *controllers* e gerentes, além dos profissionais envolvidos com a qualidade e com a Acreditação Hospitalar, com o propósito de obter dados amplos, bem como pontos que contribuam ao alcance de respostas plausíveis aos questionamentos estabelecidos. A escolha por tais profissionais se deve ao fato destes se posicionarem em cargos estratégicos e, portanto, possuírem poder para tomada de decisão e ou, ainda, por se envolverem em funções voltadas ao tratamento e gerenciamento da qualidade dentro da organização analisada.

A observação englobou principalmente os processos e rotinas diárias do hospital, organização da estrutura física e manuseio de materiais, do mesmo modo que o fluxo de informações e estratégias de comunicação da qualidade (a nível interno e externo). Por fim, a análise documental incluiu, como unidades de análise, documentos como relatórios de qualidade em nível de frequência e conteúdo; documentos normativos como políticas internas; plano estratégico do hospital; documentos do processo de implantação e manutenção do selo de Acreditação Hospitalar; relatórios gerenciais de controle e de Custos da Qualidade; dentre outros.

3.3.2 Protocolo

Uma coleta de dados sem preparação necessária pode comprometer todo o estudo, uma vez que compõe procedimentos que não seguem uma ordem específica (Martins & Theóphilo, 2007). O pesquisador precisa ser um detetive capaz de compreender e interpretar os dados que está coletando a fim de avaliar as evidências e a casual necessidade de dados adicionais, além de ter em mãos instrumento suporte para realização do estudo de caso (Martins & Theóphilo, 2007).

É preciso construir um programa para o estudo, que deve representar um guia importante nas diferentes situações quando o pesquisador estiver em campo. Esse documento pode se revelar

por meio da relação das informações essenciais, tudo admitindo como base a pergunta de pesquisa (Stake, 1995; Stake, 2006).

O protocolo é uma ferramenta que orienta diretamente a condução da estratégia de pesquisa estudo de caso (Martins & Theóphilo, 2007). Não é regra, mas Stake (1995) preconiza atributos a conter no programa ou protocolo de pesquisa. Algumas delas consideradas como essenciais pelo autor se voltam às características que definem o caso, aos objetivos e questão de pesquisa, à equipe de pesquisadores e às fontes de coleta de dados (Stake, 1995). O protocolo, com essas e outras informações, consta anexo no Apêndice A, e foi construído segundo a estrutura do instrumento utilizado anteriormente no estudo de Portulhak (2013).

3.3.3 Tipos de estudo de caso

Stake (2001) define três tipos de estudo de caso: intrínsecos, instrumentais e coletivos. Estudos de caso intrínsecos voltam-se mais à compreensão de um caso em particular, não com foco em representatividade, mas porque a particularidade é de interesse de pesquisa, e assim, não objetiva construir teoria, mas explorar o caso de modo a conhecer sua natureza (Stake, 2001; Stake; 2005). Os estudos de caso instrumentais não focam na particularidade, mas na compreensão do contexto. Assim, o caso é observado em profundidade, e seu contexto e atividades detalhadas de modo a prosseguir com um interesse mais amplo do meio externo. (Stake, 2001; Stake; 2005). E por fim, com interesse reduzido em casos particulares, se encontra os estudos de casos múltiplos ou coletivos. Busca-se aqui investigar o fenômeno em conjunto e pode-se considerar que a concepção é similar aos estudos de caso instrumentais estendidos a vários casos. Os casos podem ser semelhantes ou distintos e são escolhidos quando se acredita que as análises integradas levarão à maior compreensão (Stake, 2001; Stake; 2005).

Partindo do fato de que esta pesquisa irá envolver dois hospitais analisados de forma ampla perante o contexto externo, este estudo se caracteriza como um estudo de caso múltiplo.

3.3.4 Validade e confiabilidade da Pesquisa

Qualquer que seja a pesquisa é clara a necessidade por qualidade e rigor metodológico. É preciso providências para manter a validade e confiabilidade dos dados, pois isso demonstra rigor e apresentação do máximo de realidade na pesquisa (Stake, 1995).

A fim de evidenciar pontos deste estudo que demonstrem preocupação com esse rigor científico, apresenta-se a Tabela 19.

Tabela 19. Estratégias para aumento de Validade e Confiabilidade de pesquisa.

Estratégia	Descrição	Evidências no estudo atual
1. Triangulação de dados	Utilização de várias fontes de evidências, a fim de confirmar os achados e lhes conferir consistência.	O estudo incluiu triangulação de dados por meio de entrevistas semi-estruturadas, observações diretas e pesquisa documental.
2. Adequação da coleta de dados	Envolve o cuidado com o tempo e precisão na coleta de dados.	O estudo apresenta consonância com a estratégia de pesquisa escolhida e as fontes de coleta de dados são adequadas segundo os pressupostos de Stake (1995). Além disso, um protocolo foi também elaborado visando direcionar a pesquisa.
3. Posição do pesquisador	Possíveis vieses proporcionados pelo pesquisador, por via de suposições, visões de mundo, preconceitos, orientação teórica, etc.	Foram buscadas orientações na literatura como em Martins e Theóphilo (2007) e na construção de instrumentos formais de coleta de dados, com intuito de preparar o pesquisador, minimizando tais ocorrências.
4. Revisão/exame por pares	Envolver mais pessoas no estudo. Discutir pontos e procedimentos com mais pessoas.	Além do pesquisador, a pesquisa foi inteiramente acompanhada por uma orientadora.
5. Auditoria dos resultados	Relato detalhado dos métodos, procedimentos e pontos de decisão para realização o estudo.	Para eventual auditoria foi criado um banco de dados com todas as fontes e documentos utilizados, bem como controles informais, planilhas e relatórios.
6. Descrições claras e precisas	Descrições satisfatórias na contextualização e descobertas do estudo, possibilitando ao leitor efetuar análises ricas e claramente definidas.	Buscou-se em todas as fases do trabalho, principalmente nos resultados, visto a natureza interpretativa e necessidade incessante por clareza.
7. Variação máxima	Buscar diversidade na seleção da amostra de modo a permitir maior riqueza de resultados por quem vai ler a pesquisa.	Buscou-se por meio de múltiplas fontes de dados, pelos hospitais e participantes para as entrevistas. Optou-se por hospitais em estados e com selos de Acreditação distintos, com intuito de enriquecer os resultados e comparações.

Fonte: Adaptado de Isidoro (2012).

As múltiplas fontes de evidências também são abordadas por Stake (1995), quando destaca que isso é uma necessidade perante estudos de caso, pois reduz o nível de informações errôneas, o que invalida as conclusões. A triangulação para o autor é essencial, consistindo na utilização de múltiplas percepções por diferentes meios para reconhecimento dos significados (Stake, 2001). A revisão por pares também contribui, pois, pessoas revisando os resultados ajudam na validação das constatações (Stake, 1995). Identificar percepções distintas dentre os pares é vantajoso, em razão de que os resultados recebem sínteses, críticas e contribuições para melhorias (Stake, 2005). Tais pontos e a respectiva presença nesta pesquisa foram abordados na Tabela 19. A adequação ao padrão é vista por Stake (1995) como a direção para a análise dos dados e assim, esse recurso foi focado no capítulo 4. E por fim, no que diz respeito ao banco de dados da pesquisa, Stake (1995) destaca a atitude de armazenar os dados como digna de atividades de investigação, principalmente em estudos de caso, e isso inclui fontes, relatórios e dados em geral.

3.3.5 Instrumentos de coleta de dados

Visando efetuar uma abordagem ampla e obter respostas fundamentadas sobre os Custos da Qualidade nos hospitais pesquisados, de acordo com a questão de pesquisa instaurada e da escolha da estratégia de pesquisa estudo de caso, foram utilizadas as três fontes de evidências apontadas por Stake (1995) como adequadas para estudos de caso; como fonte de validade da pesquisa; e para posterior triangulação dos dados. Essas se revelam através das entrevistas, revisão documental e observações.

3.3.5.1 Pesquisa documental

A pesquisa documental foi utilizada para a parte inicial descritiva, que recai sobre a identificação de quais elementos dos Custos da Qualidade são gerenciados (em consonância com o objetivo específico a), e parcialmente na fase interpretativa, no que tange principalmente às respostas organizacionais. Objetivou também a coleta de informações que possam contribuir com

o desenvolvimento das entrevistas, bem como da triangulação de evidências posteriormente, servindo como substituto dos registros dos fatos ainda não observados ou compreendidos pelo pesquisador, ou seja, também foi utilizada como técnica complementar (Stake, 1995).

Esse instrumento auxiliou no conhecimento das organizações em questão e das práticas executadas relativas à qualidade por via da análise de relatórios de qualidade, documentos, registros ou fichas de processos ou políticas internas, plano estratégico do hospital, metas estabelecidas, atas, documentação sobre o processo de implantação e manutenção do selo de qualidade provido pela Acreditação Hospitalar, relatórios gerenciais de inspeção e controle de qualidade e quaisquer outros relatórios de Custos da Qualidade.

Visando evitar possíveis vieses oriundos dessa técnica em relação ao contato do pesquisador, como a constatação de algo nem sempre verdadeiro na revisão dos documentos, primeiramente foi enviada à gerente de qualidade do hospital uma relação de documentos necessários para as análises. Posteriormente, buscou-se o agendamento de uma reunião, onde foram discutidos eventuais pontos, visando à disponibilização dos documentos necessários. A realização das análises foi feita nos dias das visitas de campo.

3.3.5.2 Entrevistas Semi-Estruturadas

É o caminho principal para a descoberta da realidade do fenômeno, sendo um dos principais objetivos de um estudo de caso (Stake, 1995). Foi utilizada como instrumento principal da pesquisa e, assim, engloba a pesquisa em sua totalidade. Para a parte inicial descritiva, recai sobre a identificação de quais elementos de Custos da Qualidade são gerenciados (em consonância com os objetivos específicos a), e, na parte interpretativa, diz respeito às respostas organizacionais estratégicas e fatores ambientais, ou seja, evidencia a forma efetiva de gestão desse artefato estratégico na realidade explorada. A principal finalidade é obter dos participantes ligações entre fatos e explicações sobre o que ocorre e como é abordado o assunto tema em questão (Stake, 1995).

Optou-se pela utilização de entrevista semi-estruturada, que de acordo com Martins e Theóphilo (2007) é aquela em que existe um roteiro pré-definido, mas predomina a liberdade de inclusão de novas questões pelo entrevistador, com intuito de ampliar os dados coletados e não

criar uma estrutura engessada, que muitas vezes se limita a pontos específicos, quer dizer, há uma interação entre entrevistado e pesquisador. Foram formulados 3 roteiros de entrevistas: (i) um voltado à superintendência, mais sintético devido ao pouco tempo disponível em responder as questões (Apêndice B); (ii) outro voltado a diretores, gerentes e coordenadores (Apêndice C); (iii) e por fim, um específico aos colaboradores do departamento de qualidade, com questões voltadas à execução e não às decisões em específico (Apêndice D).

No Hospital Ministro Costa Cavalcanti foram realizadas 14 entrevistas, incluindo o superintendente, diretores, coordenadores e gerentes. Os dados das entrevistas são apresentados na Tabela 20.

Tabela 20. Dados sobre as entrevistas realizadas no Hospital Ministro C. Cavalcanti

Nº	Função	Idade	Tempo de Duração	Código	Data de Realização	Gravação de Áudio	Roteiro de Entrevista
1	Superintendente	49 anos	0:50:48	Sujeito 1	27/10/2016	Sim	Apêndice B
2	Gerente de Qualidade	33 anos	1:01:21	Sujeito 2	24/10/2016	Sim	Apêndice C
3	Diretor Administrativo/Financeiro	38 anos	1:05:12	Sujeito 3	25/10/2016	Sim	Apêndice C
4	Diretor Assistencial	43 anos	1:57:43	Sujeito 4	26/10/2016	Sim	Apêndice C
5	Coordenador de Apoio Técnico	38 anos	1:10:25	Sujeito 5	28/10/2016	Sim	Apêndice C
6	Coordenador de Enfermagem	40 anos	1:08:00	Sujeito 6	28/10/2016	Sim	Apêndice C
7	Gerente de Blocos de Internação	32 anos	0:44:30	Sujeito 7	27/10/2016	Sim	Apêndice C
8	Gerente de Engenharia Clínica	31 anos	0:46:30	Sujeito 8	25/10/2016	Sim	Apêndice C
9	Gerente de Farmácia	27 anos	1:00:18	Sujeito 9	27/10/2016	Sim	Apêndice C
10	Gerente de Laboratório	29 anos	0:43:08	Sujeito 10	27/10/2016	Sim	Apêndice C
11	Gerente de Nutrição	35 anos	1:00:55	Sujeito 11	28/10/2016	Sim	Apêndice C
12	Gerente Materno Infantil	32 anos	0:41:14	Sujeito 12	27/10/2016	Sim	Apêndice C
13	Gerente Oncologia	39 anos	0:46:03	Sujeito 13	27/10/2016	Sim	Apêndice C
14	Gerente UTI	43 anos	0:41:35	Sujeito 14	27/10/2016	Sim	Apêndice C

Fonte: Elaborado pelo autor.

Foi utilizado como recurso de apoio a gravação em áudio, com o desígnio de otimizar o tempo e a captação dos detalhes, mediante liberação do respondente. Manter os registros das falas é parte essencial da pesquisa, o que contribui para a identificação posterior de ideias-chave e episódios únicos, e consequentemente conduzirá ao que tais significam (Stake, 1995).

No Hospital 2 foram realizadas 13 entrevistas, incluindo o superintendente, diretores, coordenadores, *controller* e gerentes. Os Dados das entrevistas são apresentados na Tabela 21.

Os profissionais entrevistados foram identificados mediante análise de documentos da organização, tais como estrutura hierárquica ou relatório de descrição de funções. Inicialmente, foi efetuada uma abordagem inicial via telefone, a fim de agendar um horário em local pré-

determinado, segundo a disponibilidade do entrevistado. No início de cada entrevista foram expostos o assunto, objetivos e contribuições da pesquisa, além da importância da respectiva participação deste como fonte de coleta de dados.

Tabela 21. Dados sobre as entrevistas realizadas no Hospital 2.

Nº	Função	Idade	Tempo de Duração	Código	Data de Realização	Gravação de Áudio	Roteiro de Entrevista
1	Superintendente Administrativo	47 anos	0:37:42	Sujeito 1	13/04/2017	Sim	Apêndice B
2	Superintendente Assistencial	50 anos	0:30:49	Sujeito 2	11/04/2017	Sim	Apêndice B
3	Gerente de Estratégia Corporativa	33 anos	0:48:14	Sujeito 3	12/04/2017	Sim	Apêndice C
4	Gerente de Enfermagem	41 anos	0:52:53	Sujeito 4	12/04/2017	Sim	Apêndice C
5	Gerente de Infraestrutura	60 anos	1:22:38	Sujeito 5	12/04/2017	Sim	Apêndice C
6	Gerente Assistencial (UTI)	57 anos	1:03:39	Sujeito 6	13/04/2017	Sim	Apêndice C
7	Controller	34 anos	1:12:11	Sujeito 7	10/04/2017	Sim	Apêndice C
8	Coordenadora de Qualidade/Seg.	36 anos	1:33:41	Sujeito 8	06/04/2017	Sim	Apêndice C
9	Coordenadora de Emergência	37 anos	0:57:42	Sujeito 9	07/04/2017	Sim	Apêndice C
10	Coordenadora de Oncologia	35 anos	1:07:11	Sujeito 10	10/04/2017	Sim	Apêndice C
11	Coordenadora de Pediatria	50 anos	0:39:01	Sujeito 11	12/04/2017	Sim	Apêndice C
12	Coordenadora de Farmácia	37 anos	0:47:26	Sujeito 12	11/04/2017	Sim	Apêndice C
13	Enfermeira de Qualidade	40 anos	1:31:10	Sujeito 13	11/04/2017	Sim	Apêndice D

Fonte: Elaborado pelo autor.

Após, mediante aceite para participação na pesquisa, foi entregue a cada entrevistado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme traz o Apêndice F, construído com base no instrumento utilizado no estudo de Portulhak (2013), e mediante as recomendações do comitê de ética em que o projeto do estudo foi submetido. Este aspecto é destacado por Stake (1995) como uma indicação formal dos compromissos entre o pesquisador e o entrevistado.

As entrevistas foram realizadas entre outubro de 2016 (Hospital Ministro Costa Cavalcanti) e abril de 2017 (HOSP. 2), em sala disponibilizada pelos hospitais, admitindo como base central os roteiros constantes nos Apêndice B, C e D, de acordo com a função ocupada pelo respondente.

As entrevistas foram construídas alicerçadas na fundamentação teórico-empírica abordada em consonância com os direcionamentos elencados por Martins e Theóphilo (2007). Além disso, os instrumentos de coleta de dados utilizados nos estudos de Zan (2006) e Santos (2008) foram úteis para o desenvolvimento das questões. As perguntas são em maioria abertas, constantes em roteiro pré-definido e separadas por cinco partes que direcionam especificamente o caminho para responder à questão de pesquisa.

3.3.5.3 Observação

A observação foi utilizada na parte inicial descritiva, que recai sobre a identificação de quais elementos de Custos da Qualidade são gerenciados no hospital, e na fase interpretativa, que envolve as respostas comportamentais ou o “como” são utilizadas as práticas de Custos da Qualidade nos hospitais explorados, em consonância com os objetivos específicos.

É uma técnica de pesquisa que busca identificar e obter provas sobre os fatores ou evidências que direcionam o comportamento das pessoas, mesmo que de forma inconsciente (Martins & Theóphilo, 2007). As observações conduzem a uma compreensão mais completa do caso, exigindo que o pesquisador fique atento e direcionado às questões chave e aos fatores que podem influenciar a construção do relatório final (Stake, 1995).

Optou-se pelo uso de observação direta, uma vez que são realizadas dentro do ambiente natural em estudo, sem participação do pesquisador em relação aos fenômenos estudados. Além disso, recomenda-se a formalização de um plano de observação para maior organização da técnica e com fonte de validade do instrumento, conforme apresentado no Apêndice G (Gil, 2010; Stake, 1995).

O instrumento foi explorado via percepções de processos e rotinas diárias do hospital; vestimentas do pessoal; organização da estrutura física; manuseio de materiais; agilidade e competência na prestação de serviços; instrumentos de comunicação da qualidade como cartazes, normas de conduta e propagandas (mecanismos de divulgação); observações de reuniões internas; e no que tange à importância dada ao tema qualidade na realidade da organização. Cabe destacar que a permissão para entrada na organização e posterior realização das observações só foi realizada mediante aprovação pela pessoa responsável na organização hospitalar em questão.

3.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

É importante, ao realizar uma pesquisa, uma atenção especial aos procedimentos éticos, por lidar com pessoas e com ambientes práticos, o que envolve todo o processo de pesquisa até o término do relatório final do estudo de caso.

Para isso, por exigência do Hospital 2, foi necessário a submissão do estudo a um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), nesse estudo se revelou pelo CEP da Universidade Estadual de Maringá (UEM) que avaliou aspectos científicos e éticos da pesquisa. Foram submetidos vários documentos para análise ética, dentre eles projeto completo de pesquisa, os instrumentos de coleta de dados, declaração de concordância do hospital, uso de material coletado e o modelo de TCLE.

O projeto de pesquisa foi submetido para análise do CEP por intermédio da Plataforma Brasil em 17/11/2016, tendo sido aprovado em 30/01/2017, em sua segunda versão, por via do parecer consubstanciado nº 1.900.905. A primeira versão do projeto (nº 1.878.781) foi situada como pendente, pois foi constatada falta de clareza quanto ao papel de um dos participantes da pesquisa e pela necessidade de uma nova autorização do hospital, foco da pesquisa, em face da ausência do logotipo do hospital no documento.

Por fim, Stake (1995) demonstra a importância da confidencialidade dos dados e a sensibilização à proteção das pessoas. Convergingo a tais princípios, nessa pesquisa foram ocultados os nomes dos entrevistados, que foram identificados como “Sujeito nº ____”. Além disso, no TCLE foi especificado claramente o acesso aos dados apenas aos participantes da pesquisa, e o sigilo quanto ao tratamento e divulgação final dos resultados.

3.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Para as análises a serem desenvolvidas tanto na etapa descritiva, quanto interpretativa de pesquisa, procurou-se seguir as diretrizes apresentadas por Stake (1995) e Eisenhardt (1989) quando abordam a análise de casos múltiplos e cruzados, além da utilização da técnica de Análise do Discurso. Vale destacar que não foi utilizado qualquer tipo de técnica de análise de dados quantitativa, haja vista o delineamento de pesquisa anteriormente explorado.

Stake (1995) propõe uma forma de analisar estudos de caso. A análise deve estar baseada em padrões de dados, indicados ou não pela questão de pesquisa. O essencial é procurar ligações entre esses padrões, atividades observadas, fatos coletados, e os resultados da aplicação do protocolo. Após as explicações baseadas em tais conceitos, cabe organizar as constatações de acordo com a questão principal do estudo, ou seja, visando atendê-la. Finalmente, cabe uma

revisão das informações, com intuito de confirmá-las segundo o que suas fontes de dados apresentam (Stake, 1995). Assim, a estrutura de análise considerou como padrões os constructos base de Oliver (1991) e Dimaggio e Powell (1983), além da questão de pesquisa e as proposições. Ademais, Stake (2001) também avulta a relevância de comparações quando se trata de estudos de caso, aspecto também abordado em meio aos resultados da pesquisa. Efetuar comparações pode ser considerada como uma grande estratégia de análise e um poderoso mecanismo conceitual, concentrando-se na exploração reduzida de atributos essenciais (Stake, 2005).

Eisenhardt (1989) complementa que o segredo para análise cruzada de casos é contrariar as tendências do conformismo e buscar olhar os dados sob diferentes formas. Como táticas vantajosas nesse contexto a autora enfatiza a definição e exploração de dimensões, das quais se originarão as reflexões e posteriores buscas por evidências relevantes; selecionar pares de casos, e em seguida listar semelhanças e diferenças; e dividir dados a partir da fonte de dados que os originou, de modo que quando uma evidência reincidir em mais de um instrumento de coleta de fonte de dados, esta mostra-se mais consistente. Destaca-se que esses aspectos foram levados em consideração para as análises efetuadas e para a composição do relatório final do estudo do caso.

Quanto à análise do discurso foi utilizada na análise dos dados a vertente francesa, segundo os pressupostos apresentados no tópico 3.5.1.

3.5.1 Análise do discurso

Os dados coletados foram analisados frente à vertente francesa de análise do discurso com ênfase nos princípios de Michael Pêcheux. A essência aqui está em compreender como um texto funciona, ou seja, como ele produz sentidos por meio da relação da língua com sua exterioridade (Orlandi, 2001).

Nessa abordagem, a interpretação é posta em evidência, e são buscadas outras formas de leitura para visualizar o que ocorre. O pesquisador carrega como principal tarefa a de demonstrar os mecanismos e processos de significação dos textos e de sua discursividade (Orlandi, 2001).

Orlandi (2001, 2012) destaca que a prática desse método é direcionada basicamente pela relação entre o dispositivo analítico da interpretação e o dispositivo teórico, além do foco especial dado à paráfrase e à metáfora.

3.5.1.1 Dispositivo analítico

O dispositivo analítico depende da questão formulada na análise, do material analisado, da teoria utilizada para interpretação, e da finalidade da análise que o pesquisador busca auferir, o que faz com que esse dispositivo seja individualizado para cada pesquisa, isto é, atende uma análise específica (Orlandi, 2012).

No que se refere a essa pesquisa, o dispositivo analítico tem como base a questão de pesquisa formulada: Como os fatores institucionais externos influenciam as respostas organizacionais estratégicas na gestão dos custos da qualidade em hospitais acreditados? O material analisado corresponde aos dados dispostos por meio das três técnicas de coleta de dados aplicadas no hospital, ou seja, os áudios e transcrições das entrevistas, os documentos institucionais e as observações efetuadas. A teoria utilizada para fundamentar os achados é a Teoria Institucional, em sua vertente sociológica, conforme já apresentado no capítulo um. E por fim, a finalidade da análise retoma ao objetivo principal da pesquisa, que busca efetuar uma análise das respostas organizacionais estratégicas tomadas pelo hospital frente a influência dos fatores institucionais externos na gestão dos Custos da Qualidade.

3.5.1.2 Dispositivo teórico

Por outro lado, o dispositivo teórico se volta ao rigor do método de análise e ao alcance teórico dos elementos que compõe uma interpretação que aborda como base a análise do discurso, sendo, portanto, de natureza similar nas pesquisas. Esse dispositivo direciona a execução do método entre a descrição e a interpretação, concernente aos conceitos apresentados pela teoria do discurso abrangendo desde o material bruto de análise até a compreensão do processo discursivo. Os conceitos teóricos considerados para essa pesquisa são apresentados por Orlandi (2012) e expostos na Tabela 22.

Dentre os conceitos apresentados na tabela, cabe destacar que tudo gira em torno do Interdiscurso e Intradiscurso, o que leva a crer que o discurso sempre irá se apresentar segundo essas duas vertentes.

Tabela 22. Dispositivo teórico utilizado na análise do discurso.

		Conceito abordado na pesquisa	Descrição
		Dispositivo Teórico para Análise do Discurso	Interdiscurso
Condições de produção do discurso	Contexto Imediato: são as circunstâncias da enunciação tais como local onde foi pronunciada, sujeitos envolvidos, época vivida, etc. Contexto amplo: inclui o contexto sócio-histórico e ideológico.		
Paráfrase	Retorno aos mesmos espaços do dizer, ou seja, são as partes que se mantém dentre os dizeres e assim, geralmente, a mesma coisa é dita de formas diferentes pelas pessoas.		
Polissemia	Ruptura dos processos de significação, ou seja, quando um dizer contraria o outro. Isso produz movimentos que afetam os sujeitos envolvidos e os sentidos do discurso.		
Formações discursivas	São vistas como regionalizações do interdiscurso ou configurações específicas dos discursos.		
Relação de sentidos	Prega que não há discursos que não se relacionam com outros.		
Metáfora	Aquilo que é dito em modos diferentes, o que permite compreender a historicidade.		
Intradiscurso	É o que se está dizendo em um determinado momento, por sua vez influenciada pelo Interdiscurso.		
Relação de forças	Prega que o lugar de onde o sujeito fala é constitutivo do que diz, por exemplo, as palavras faladas por um professor tem peso diferente daquelas faladas por um aluno. Aqui se incluem o poder e a influencia de quem diz.		

Fonte: Adaptado de Orlandi (2012).

Por fim, Navarro (2006) destaca que a análise do discurso se baseia, essencialmente, em recortes de um arquivo (*corpus*), visando compreender os efeitos do interdiscurso (constituição do dizer) sobre o intradiscurso (a formulação do dizer).

3.5.1.3 Forma de análise

Foi utilizado nessa dissertação o dispositivo de análise apresentado por Orlandi (2012), por sua vez baseado nos estudos do filósofo francês Michael Pêcheux. Segundo o autor, esse dispositivo deve evidenciar as interpretações ligando-se à identificação dos sujeitos e à suas filiações de sentidos (elos entre o sujeito e sua memória), por sua vez executados via descrição e interpretação em trabalho conjunto (Orlandi, 2012).

“Na escrita da análise do discurso a formulação descobre a relação entre os discursos, o modo de historicização dos sentidos, o modo de existência dos discursos no sujeito, na sociedade, na história” (Orlandi, 2001, p. 50). Orlandi e Rodrigues (2006) complementam que a análise do discurso não foca em sentidos idealizados e totalmente formados, mas sim em sentidos construídos por suas relações com a sociedade e história.

Os procedimentos se constituem de modo geral na observação dos processos e nos mecanismos de constituição dos sentidos e sujeitos, admitindo como principais conceitos de operacionalização as paráfrases e a metáforas (Orlandi, 2012).

Dessa forma, aspirando mostrar de um modo visual o processo de análise dos resultados considerados para esse estudo, apresenta-se a Figura 7.

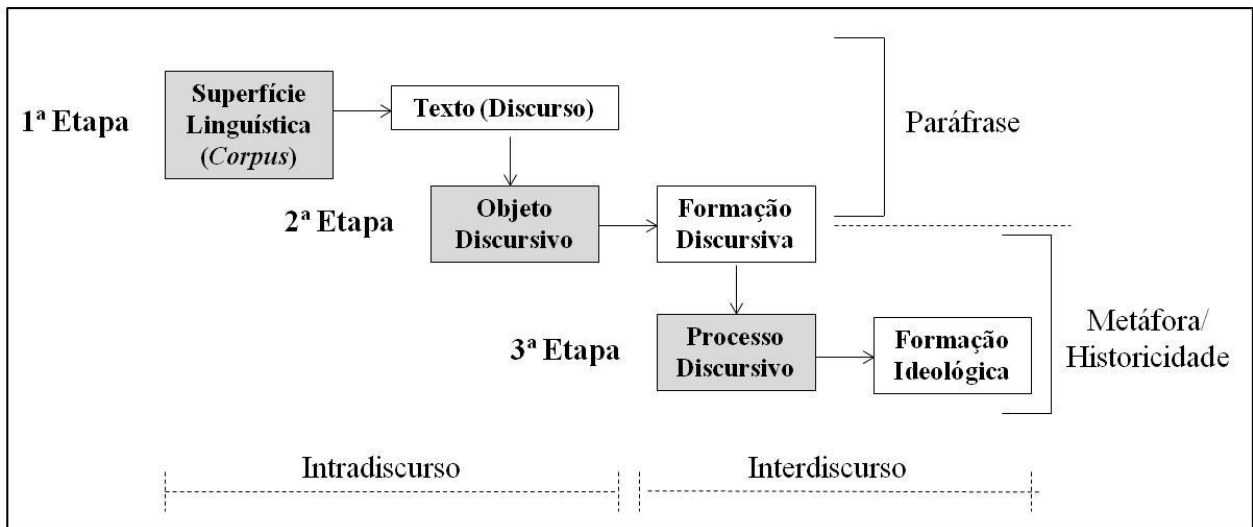


Figura 7. Método de análise do discurso utilizado na pesquisa.
Fonte: Adaptado de Orlandi (2012).

Primeiramente, é necessário constituir o corpus da pesquisa (Intradiscurso), o que envolve imagens, sons, documentos, etc. A delimitação desse *corpus* deve envolver as partes relevantes da pesquisa, estas retornam às questões principais de análise, de modo a torná-lo apto às próximas etapas de análise. A partir dessa etapa, o pesquisador:

Remete imediatamente a um discurso que, por sua vez, se explicita em suas regularidades pela sua referência a uma ou outra formação discursiva que, por sua vez, ganha sentido porque deriva de um jogo definido pela formação ideológica dominante naquela conjuntura (Orlandi, 2012, p. 63).

Definido o *corpus*, ponto inicial da análise, a primeira etapa, da qual se inclui o Intradiscurso, requer transformar o *corpus* no objeto discursivo por meio de um tratamento inicial, onde se deve atentar a questões que evidenciem como aquilo foi dito, quem disse, em que circunstâncias, etc., com intuito de captar o modo como os discursos se contextualizam (Orlandi, 2012). Porém, essa análise exige que seja explorada a discursividade do texto através, principalmente, das paráfrases, seguidas da identificação do dito e não dito, que possibilita a identificação dos discursos que persistem no texto e o consequente alcance ao objeto discursivo. Cabe ao pesquisador identificar os discursos mais prováveis, quais se realizam efetivamente e quais restam como pendentes (Orlandi & Rodrigues, 2006). A partir disso, é possível iniciar a compreensão de como o discurso funciona em meio às distintas formas do dizer, frente ao mesmo processo discursivo (Orlandi, 2012).

A segunda etapa, já integrante do Interdiscurso, visa a mudança do objeto para o processo discursivo, por meio da identificação e exploração das formações discursivas que estão dominando na prática os discursos identificados na primeira etapa. O foco aqui é na interpretação dos discursos identificados com foco no jogo de sentidos (Orlandi, 2012) e, a pergunta geralmente instaurada é: Como ou Por que isso foi dito? O que está por trás? O que quer dizer? (Fernandes, 2007; Orlandi, 2012). Uma formação discursiva pode ser constituída de vários outros discursos ditos anteriormente ou constituídos em períodos anteriores distintos, e assim representam um conceito básico nesse tipo de análise (Orlandi, 2012). Isso leva a crer que os sentidos não são determinados, mas dependem das relações constituídas nas relações discursivas. Após a identificação e exploração das formações discursivas, é alcançado o processo discursivo.

Na terceira etapa, o foco é na exploração da formação ideológica, uma análise mais profunda envolvendo os discursos identificados e as formações discursivas, para entender qual ideologia rege as formações discursivas. Orlandi (2001) explica que o procedimento analítico para o alcance da ideologia é a identificação do efeito metafórico, ou seja, aquilo que é dito em diferentes momentos de modos diferentes. O autor ainda afirma que isso é o que permite observar deslizos, derivações e principalmente aspectos voltados à historicidade, ápice da análise envolvendo a ideologia.

3.6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

As principais limitações que circundam o estudo envolvem o fato de ser de natureza qualitativa, o que pode dar “brecha” as conclusões subjetivas ou superficiais, tanto no que diz respeito à realização das entrevistas, quanto na influência do pesquisador nos achados (Richardson, 2015; Stake, 2015).

Entrevistas, por mais bem elaboradas que sejam, sempre carregam uma carga de subjetividade, uma vez que lida com pessoas, no caso profissionais, que podem não dizer realmente o que pensam ou não entender por completo a questão abordada (Martins & Theóphilo, 2007). Outrossim, como algumas questões visam identificar respostas manipuladoras ou contrárias às pressões externas, existe a chance de os respondentes não revelarem o que realmente ocorre, por razões conscientes ou inconscientes (Gil, 2012).

Por outro lado, existe o possível viés de interpretação por parte do pesquisador no que diz respeito a suposições, percepções pessoais, teóricas, etc. (Gil, 2012; Stake, 1995), o que Martins e Theóphilo (2007) chamam de falsa sensação de certeza sobre suas próprias conclusões, uma contaminação pelas “respostas do pesquisador”, que pode vir a incorrer mesmo diante de instrumentos de validade e confiabilidade tal como o protocolo do estudo.

O estudo fica restrito também aos documentos disponibilizados pelo hospital para análise. Foi enviada previamente uma relação dos documentos a serem explorados, porém, nem todos foram disponibilizados pelo hospital, o que pode, de algum modo, comprometer ou limitar parte dos resultados.

Por ser um estudo de caso, a generalização dos achados torna-se um pouco limitada. As conclusões estão ligadas e são vistas como aspectos mais amplos, como por exemplo, o fato de um caso, por parte dos leitores, ser a representação de outros casos ou ainda uma população. (Stake, 2006).

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

4.1 HOSPITAL MINISTRO COSTA CAVALCANTI

4.1.1 Apresentação da organização

O Hospital Ministro Costa Cavalcanti foi construído pela Hidrelétrica de Itaipu e inaugurado em 1979, com 11.500m² e nome inicial de “Hospital Itaipu”, cuja finalidade específica foi de atender os funcionários que trabalhavam na construção da hidrelétrica, bem como seus dependentes. Tal medida foi praticada na época devido à carência em serviços de saúde e também pelo aumento no número de pessoas que migraram de todo país para Foz do Iguaçu com objetivo de trabalhar (Bohm, 2007). O nome que o hospital utiliza hoje deve-se a uma homenagem ao primeiro diretor-geral brasileiro da usina.

Com a finalização da construção e início da operação da usina houve redução no número de pessoal envolvido, o que fez com que o hospital fosse aos poucos desativado por falta de pacientes. Segundo os dados coletados na organização, em 1991 o percentual de atendimentos não passava de 20% de sua capacidade total, o que resultou em muita ociosidade.

Diante desse fato, a Itaipu começa a analisar algumas alternativas pretendendo otimizar a função do hospital bem como de sua estrutura, o que culminou, em 1994, na criação da Fundação de Saúde Itaipu, uma empresa de direito privado sem fins lucrativos, que tinha como finalidade específica a administração do Hospital e como objetivo a prestação de serviços de assistência médica e de proteção e preservação da saúde humana.

A incorporação do caráter de fundação implica no atendimento ou relacionamento com o meio social, contribuindo no atendimento às suas necessidades. Desse modo, em 1996 o hospital buscou uma participação mais relevante em Foz do Iguaçu e região e aderiu à abertura de atendimento a pacientes oriundos do Sistema Único de Saúde (SUS), com o credenciamento inicial de 47 leitos.

Em maio de 1998 foi inaugurado na área externa próxima ao hospital o Centro Médico, oferecendo a população regional ampla estrutura de consultórios, além de grande diversidade de atendimentos.

Frente à carência de serviços de saúde de maior complexidade, em 1999 foi iniciada a ampliação da estrutura física e tecnológica do hospital, por intermédio do apoio da Itaipu Binacional, do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional do Câncer (INCA), com o intuito de capacitar o hospital para atendimentos voltados as áreas de oncologia, cirurgia cardíaca, neurocirurgia, ortopedia e hemodiálise (Bohm, 2007).

Após essa fase, entre 2001 e 2002, o hospital passou por vários avanços e destaques perante a região: foi cadastrado para busca da captação de órgãos; obteve mais investimentos para serviços de alta complexidade como Ressonância Magnética e Tomografias; iniciou a execução de cirurgias cardíacas; e foi reconhecido como centro de referência em assistência cardiovascular de alta complexidade.

Com a inclusão dos atendimentos do SUS frente a toda estrutura do hospital, o Hospital foi qualificado como Utilidade Pública Municipal (junho de 2003), Estadual (novembro de 2003), e Federal (fevereiro de 2004), o que confere benefícios tais como facilidade na obtenção de recursos e imunidade tributária.

A partir desse contexto, passou a aderir a alguns programas que condissessem com seus princípios. Dentre esses destacam-se os selos de “Hospital Amigo da Criança” em 2005, que introduziu práticas voltadas à obstetrícia, como o incentivo ao maior contato da mãe com o bebê e à amamentação no peito; e o Certificado de Acreditação Hospitalar nível I, concedido pela ONA em 2007, com foco na segurança do paciente.

Atualmente, o Hospital Ministro Costa Cavalcanti conta com 16.784,86 m² de área construída, 202 leitos, sendo 126 voltados a atendimentos do SUS e 76 para pacientes particulares ou de convênios de saúde. Na área externa, ao redor do hospital, há desde 2010 o Centro Clínico, com dois mil e duzentos metros de área construída, incluindo 45 consultórios e atendendo 28 especialidades médicas, salas de gesso, raios-X, dentre outros procedimentos. Além disso, a estrutura conta com um laboratório de análises clínicas que centraliza os exames em prédio próprio, realizando cerca de 40 mil exames por mês e operando 24 horas por dia.

Atuam hoje cerca de 300 médicos distribuídos em mais de 40 especialidades médicas, dentre elas cardiologia, infectologia e ortopedia. Ao todo o hospital emprega mais de 1000 pessoas, além daquelas ocupadas pelos serviços terceirizados.

As principais fontes de receita são oriundas do SUS (cerca de 60%) e por meio de convênios ou particulares. Atualmente, o hospital atende cerca de 45 convênios, além de possuir um convênio próprio.

É fácil perceber que esse processo de crescimento ocorreu de modo rápido em termos de quantidade, qualidade e complexidade, fato que de certo modo dificulta a atualização de processos e capacidades da organização ao mesmo tempo em que há aumento de demanda (Bohm, 2007). Os altos investimentos acabaram impulsionando a duplicação do quadro de pessoal, que gerou certas restrições. Perdurava uma visão muito limitada e restrita a cada área, e a falta de uma visão ampla e integrada era clara. As barreiras entre médicos e demais profissionais também representava um problema relevante, e que inclusive afetava na disseminação da informação. Ademais, o fato da inclusão de usuários do SUS e o foco maior em oncologia e cardiologia acabaram mudando bastante o perfil do paciente e isso influenciou claramente nas áreas diretamente ligadas a tal tipo de atendimento (Bohm, 2007).

Esse contexto, até então considerado exorbitante, requereu um olhar mais estratégico e centrado, capaz de direcionar a organização rumo a atender seus objetivos sociais como UPF em meio à sociedade que atua, o que resultou na construção de um planejamento estratégico capaz de envolver as prioridades organizacionais juntamente com a necessidades sociais regionais.

Tal demanda contou o auxílio de vários profissionais, internos e externos ao hospital, e as análises iniciaram pelo perfil da população, taxas de mortalidade, demanda e assim por diante (Bohm, 2007). Em meio a isso, instaurou-se a missão da organização: praticar ações de atenção à saúde na região da tríplice fronteira, com ética, qualidade e compromisso socioambiental. Por outro lado, a visão se mostra pelo anseio em ser reconhecida pela excelência assistencial, geração de conhecimento, valorização do capital humano e comprometimento com a vida.

A última versão plurianual engloba os anos de 2016 a 2020 e foi construída com base nos resultados alcançados em versões anteriores, pelo conselho de curadores, conselho diretor e pelo corpo gerencial da Fundação. O modelo do planejamento estratégico adotado hoje ocorre por meio de três planos: plano estratégico, plano tático e plano operacional, o que faz com que a organização caminhe em torno do que é traçado, fato citado pela maioria dos entrevistados e posteriormente confirmado mediante análise documental.

Esse processo de mudança, principalmente devido à inserção mais ativa dos usuários do SUS, trouxeram alterações significativas para o hospital, como descentralização da tomada de

decisões, maiores investimentos em pessoal e prioridade à aspectos sobre humanização. O foco em atender objetivos sociais ocupa hoje grande parte da estrutura do hospital, mas o cuidado também ocorre na gestão dos pacientes particulares e de convênios, que contribuem muito para manter a saúde financeira da entidade (Bohm, 2007).

Em relação à estrutura funcional, o hospital dispõe de um organograma distribuído em seis níveis, aqui citados em ordem descendente: Conselho de Curadores, Conselho Diretor, Superintendência, Diretoria, Coordenações e Gerências. Desses, o conselho de curadores, conselho diretor, superintendência e diretoria são funcionários da Itaipu Binacional cedidos para a administração da Fundação. Essa estrutura completa apresenta-se na Figura 8.

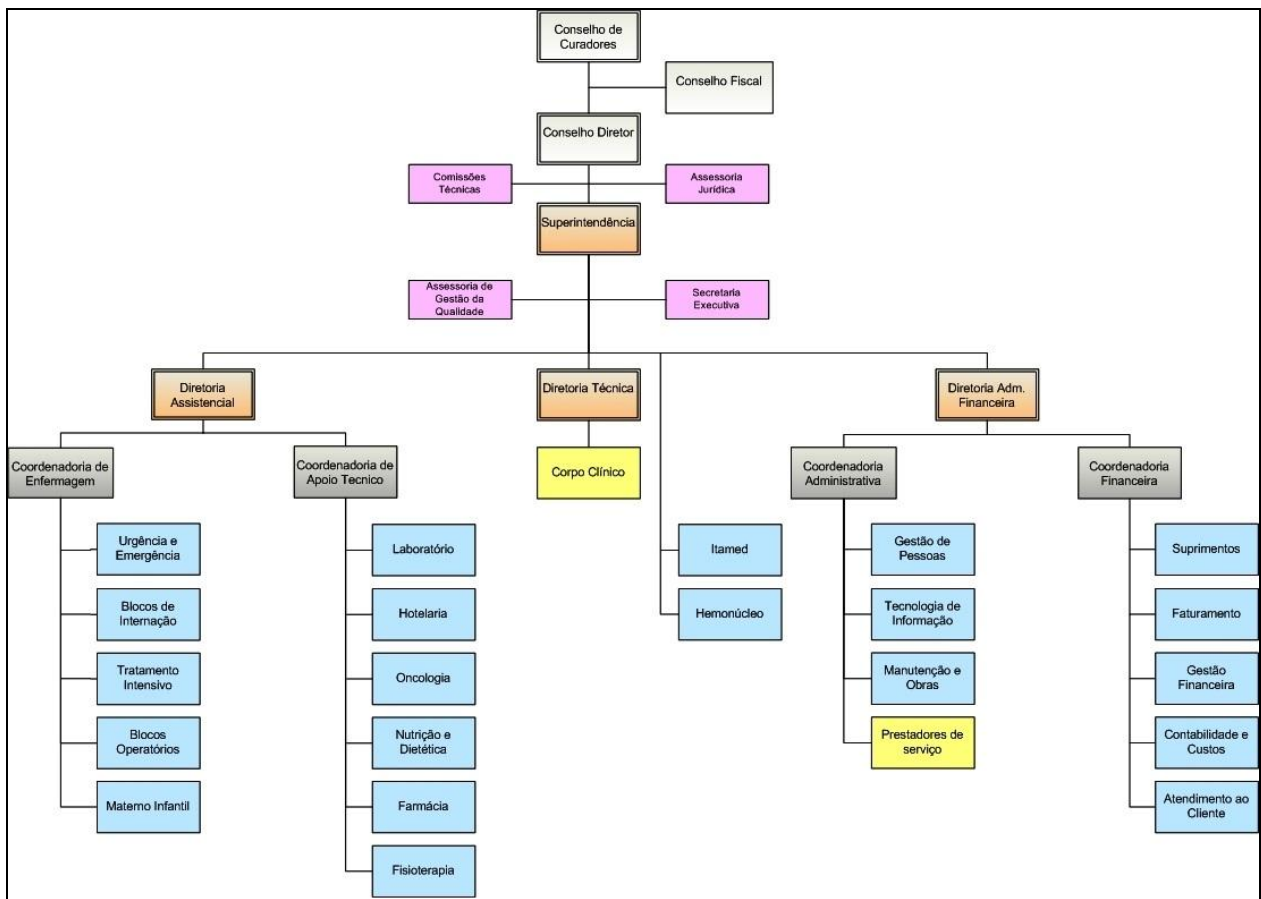


Figura 8. Organograma geral – HMCC.

Fonte: Hospital (2016).

Esse modo de organização hierárquica foi consolidado totalmente com a inserção e gestão do planejamento estratégico na organização. A assessoria de gestão da qualidade é responsável pela educação contínua em toda a organização, enquanto na secretaria executiva inclui-se o departamento jurídico e a assessoria de comunicação. Outro ponto que chama a atenção são os

prestadores de serviços, que são responsáveis por todos os procedimentos de imagem, tais como raios X e tomografias. Esse diferencial contribui no sentido em que proporciona ao paciente o oferecimento da totalidade de serviços de maneira centralizada, ou seja, tudo em um só lugar.

Também se destaca que o último nível está subordinado a coordenações, cada qual com seu gerente ou supervisor, o que retrata mais uma vez a descentralização da tomada de decisões, já destacada na construção do planejamento estratégico. Cada setor possui seus indicadores e os gerentes, juntamente com suas coordenações, são responsáveis pela gestão e controle de modo ao alcance das metas.

O presente tópico objetivou situar o leitor no contexto no qual a pesquisa ocorre. De modo sintético é possível afirmar que se trata de uma unidade de análise de natureza privada, porém com fins sociais sob o formato de uma fundação (filantropia), atendendo a pacientes de convênios e do SUS, com ligação direta à Itaipu Binacional (sua criadora) e a órgãos públicos como a secretaria de saúde local. Apresenta hoje uma estrutura mais estável, movida e controlada em grande parte pelo planejamento estratégico. Os tópicos seguintes afunilam mais para a qualidade do hospital, visto que é o foco da pesquisa.

4.1.2 Certificação de Acreditação Hospitalar

Com foco na qualidade do atendimento, desde 2006 o hospital assume um sistema de gestão voltado à qualidade. Essa premissa impulsionou a organização a se submeter a um processo de avaliação promovido pela Organização Nacional de Acreditação (ONA).

Assim, em 2007 o hospital recebeu o selo de acreditação hospitalar nível um, sendo o único hospital do interior do Paraná a possuir este diferencial. Nessa fase, era prezado a segurança do paciente e do colaborador, o que necessitou, principalmente, de adequações de estrutura e capacitação de equipes, o que exigiu alto volume de recursos e esforços, visto que essa metodologia exige uma completa mudança na forma de executar as funções.

Sempre em busca de avanços, em 2012 foi concedido o Certificado de Acreditado Pleno (Nível 2), que além da segurança exigia completa adequação e formalização de processos e gestão integrada, com uma comunicação entre os departamentos e colaboradores, o que foi capaz de proporcionar um alinhamento entre interesses e objetivos organizacionais.

Em 2014, o hospital recebeu o Certificado de Acreditado com Excelência (Nível 3). Isso representa completa excelência na prestação de serviços de saúde, envolvendo todos os setores, além de evidenciar maturidade do corpo funcional e clínico. Vale destacar que mais uma vez o hospital foi o primeiro do interior do Paraná a alcançar esse grau de certificação.

4.1.3 Departamento de qualidade

Até 2005 não havia no hospital um departamento específico de qualidade, tampouco era desdobrada uma atenção voltada a tal temática. Tudo começou quando duas gerentes do hospital ingressaram em uma pós-graduação da área de qualidade, e ao concluir trouxeram como fruto dessa capacitação a introdução de metodologias de certificações para serviços de saúde e, então, em outubro de 2006 criou-se o Escritório da Qualidade, setor responsável especificamente por essa finalidade em todas as dependências do hospital. Cabe destacar que, além disso, para que fosse criado o setor, a alta administração passou a enxergar o quanto essa área era estratégica, aprovando a partir dessa percepção uma mudança de cultura na organização, voltada a princípios de qualidade de serviço prestado.

Sobre o surgimento do Escritório da Qualidade, o Sujeito 3 ressalta em uma das revistas institucionais analisadas:

Com objetivo de informar, sensibilizar, envolver e comprometer os colaboradores do hospital com a filosofia da melhoria contínua, em outubro de 2006 o hospital implantou a Escritório da Qualidade (EQ), importante unidade de apoio para o funcionamento do sistema de gestão da qualidade (comunicação pessoal, 25 de outubro de 2016).

Nessa época ainda não havia uma estrutura própria para o desenvolvimento das atividades requeridas no setor recentemente criado, isso tanto em nível de estrutura física quanto profissional, uma vez que os profissionais estavam despreparados e desacostumados a lidar com essas demandas. Para o início das atividades, a princípio não foram contratados novos profissionais, mas atribuiu-se tal responsabilidade como adicional ao setor de Recursos Humanos.

A primeira grande demanda do setor, inicialmente composto por uma gerente e dois auxiliares administrativos, era entender os requisitos do Manual Brasileiro de Acreditação da ONA, com foco principal em padronização de procedimentos (rotinas). Percebe-se que a criação do setor tem ligação forte com a mudança de cultura organizacional bem como com a adoção do

selo de Acreditação Hospitalar, visto como caminho para essa mudança e consequente inserção de novo foco estratégico.

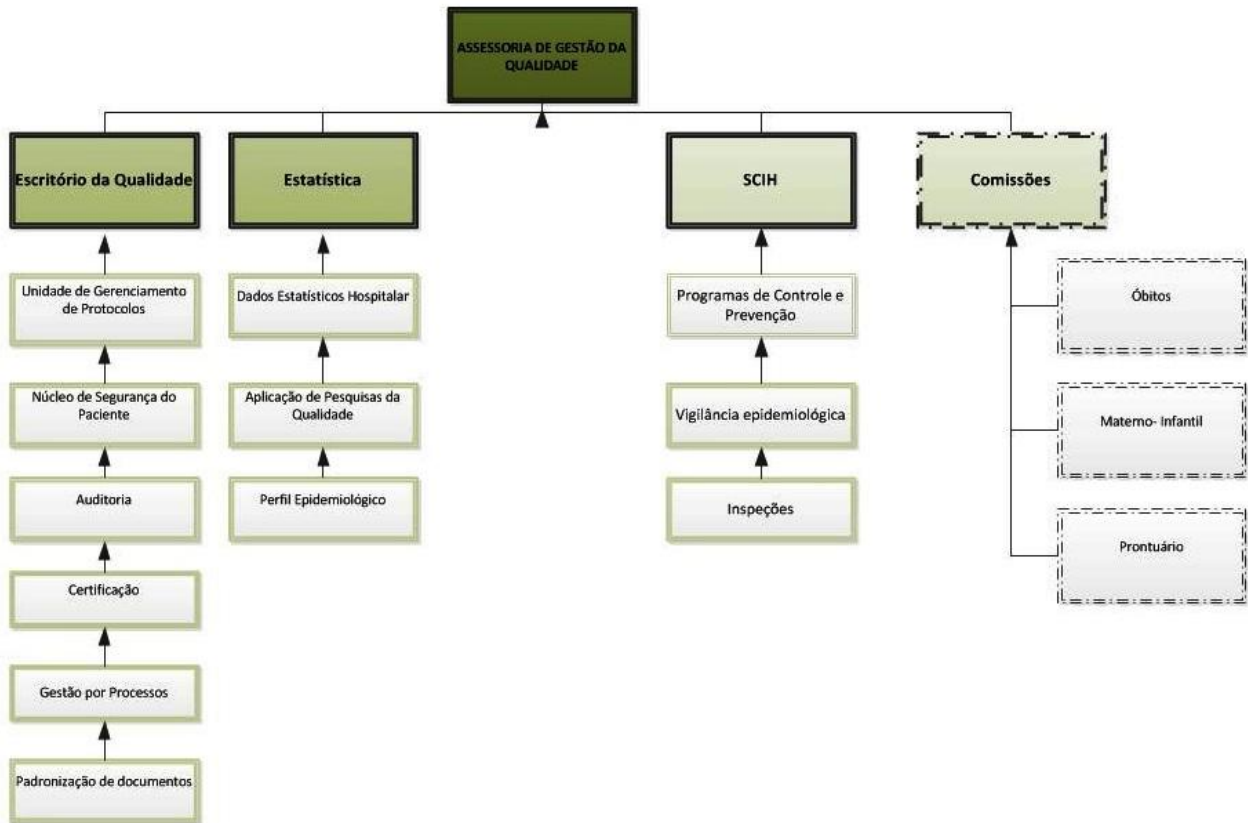


Figura 9. Organograma do Escritório da Qualidade – HMCC
Fonte: Hospital (2016).

A principal mudança no setor ocorreu com a criação da “Assessoria de gestão da qualidade”. Frente a importância da qualidade cada vez mais observada pela administração do hospital, foi criado esse departamento com estrutura mais ampla do que o escritório da qualidade, ou seja, o escritório da qualidade até então existente, agora se insere como parte da Assessoria de Gestão da qualidade. O setor admitia como novo foco as diretrizes da Qualidade e Segurança do Paciente, tendo como essência ser agente de mudanças por meio do compartilhamento de informações, incentivo ao comprometimento dos funcionários e busca por melhoria contínua de ciclos e processos desenvolvidos no hospital.

Hodiernamente, a Assessoria de gestão da qualidade é subordinada apenas ao Conselho de Curadores e ao Diretor Superintendente, sendo composta pela estrutura apresentada na Figura 9.

Para fins dessa pesquisa, coube detalhar um pouco mais as partes que compõem o escritório da qualidade, visto que é o foco onde o estudo ocorre, como expõe a Tabela 23.

Tabela 23. Principais responsabilidades do Escritório da qualidade - HMCC

Unidade de Gerenciamento de Protocolos	Existem 18 protocolos, acompanhados desde a elaboração, implantação, revisão, e resultados dos indicadores. Essa área também é responsável pelo gerenciamento das análises, e monitora os processos que impactam os resultados dos protocolos;
Núcleo de Segurança do Paciente	<ul style="list-style-type: none"> - Gerencia o fluxo de eventos/notificações de não conformidades, o que envolve pré-análise, encaminhamento para os setores, cadastros e avaliação das análises; - Discussão mensal dos resultados quantitativos de eventos por setor, por classificação e por tipo de evento e apresentação de planos de ações; - Elo de comunicação entre o hospital e ANVISA, referente às notificações adversas existentes;
Auditoria Técnica	São realizadas auditorias técnicas semestrais e anuais conforme cronograma pré- estabelecido. Utiliza-se um <i>check-list</i> baseado em requisitos do Manual Brasileiro de Acreditação com foco na manutenção da certificação. Tem foco educativo, buscando evidências de interação, resultado e melhoria contínua.
Certificação	<ul style="list-style-type: none"> - Acompanha e organiza as visitas da ONA; - Faz a gestão do contrato juntamente com a diretoria; - Elo de comunicação entre hospital e instituição certificadora.
Gestão por Processos	- Elabora junto com a equipe os fluxogramas, auxilia nas interações, na definição e análise de indicadores, e orienta quanto à elaboração das rotinas. Estimula a revisão dos processos.
Padronização de documentos	- Orienta e auxilia quanto à padronização de protocolos, rotinas, manuais e políticas institucionais.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Com a visualização de como surgiu e de como está estruturado o departamento de qualidade no hospital atualmente, procede-se com a parte descritiva sobre os Custos da Qualidade existentes na realidade explorada.

4.1.4 Custos da Qualidade

Diante da coleta de dados e mediante o atendimento do objetivo específico a, procedeu-se com a identificação de quais práticas de Custos da Qualidade existem no hospital na percepção dos entrevistados. Nessa parte foram consideradas respostas de 13 dos 14 entrevistados, devido ao fato de um dos respondentes não conhecer a fundo a temática e optar em não participar com a parte descritiva da pesquisa.

Já de antemão, a percepção de predomínio é de um foco pequeno desses custos no hospital, e assim, ainda se nota a necessidade de uma maior atenção. As respostas das entrevistas evidenciaram que a mensuração e registro são, na maioria das vezes, inexistentes ou feitas parcialmente através apenas das informações que a Contabilidade já produzia, ou seja, custos voluntários, tais como manutenções de equipamentos e treinamentos. Quanto ao controle, a maioria dos entrevistados afirmaram que a organização possui e que isso é feito mediante indicadores estratégicos, informação confirmada posteriormente nas análises documentais.

Os tópicos seguintes evidenciam os resultados encontrados em cada categoria dos Custos da Qualidade, segundo a percepção dos gestores. Essa parte descritiva representa o objeto de investigação das análises posteriores, no que tange aos fatores institucionais que influenciam as respostas organizacionais estratégicas.

4.1.4.1 Custos de Prevenção

Consoante Robles (2003), é preferível que a maior parcela dos Custos da Qualidade ocorra antes do serviço ser executado, isto é, o montante maior a ser gasto na prevenção contribui para bons resultados e satisfação dos pacientes, bem como para redução do custo final total. A Tabela 24 apresenta os resultados encontrados em números e gráfico.

Tabela 24. Ocorrência dos Custos de Prevenção - HMCC

Custos de Prevenção	Intensidade de Ocorrência			
	Mínima	Média	Alta	Não se Aplica
1 Custos com treinamento de funcionários.	1	6	5	1
2 Manutenção preventiva dos equipamentos	1	7	5	
3 Tecnologia (aqu. Softwares/novos equip.).	3	4	5	1
4 Revisões e atualizações de instruções e procedimentos.	3	6	2	2
5 Custos com Prevenções de infecções.		3	5	5
6 Custos com Prevenção contra quedas.	2	2	3	6
7 Custos com prod. limpeza e higienização específicos e de primeira linha	1	3	4	5
Total de respostas (7*13=91)	11	31	29	20
Percentual geral por nível	12%	34%	32%	22%

Intensidade de Ocorrência - Custos de Prevenção

Fonte: Elaborado pelo Autor.

Nessa etapa da análise foram exploradas as percepções dos gestores quanto ao nível de ocorrência dos Custos da Qualidade, classificados em Mínimo, Médio e Alto.

A opção “Não se aplica” se refere às respostas específicas de algum setor ou desconhecidas pelos entrevistados.

Observa-se que a maioria mostra que a percepção de ocorrência desses custos Média e Alta foram as que mais perduraram na organização, convergindo ao que expõe a literatura. A opção “Não se aplica”, com percentual de 22%, revela a complexidade do hospital junto à dificuldade de transmissão de informações e áreas muito específicas.

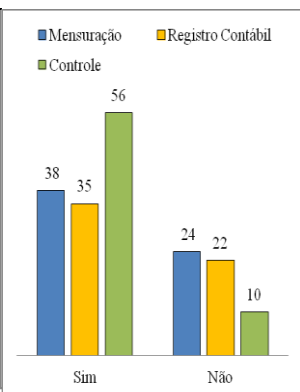
A percepção de ocorrência dos custos dessa categoria em menor intensidade vinda às aquisições de novas tecnologias e às revisões e a atualizações de procedimentos, fato triangulado e justificado pela grande incidência de máquinas e equipamentos consignados, falta de um planejamento formal para investimento tecnológico e pelo fato das revisões de procedimentos serem realizadas anualmente ou de dois em dois anos dependendo do setor. Quando isso ocorre, porém, não demandam altos custos ou esforços, visto que estão inclusas nas atividades oriundas da própria função dos que a executam.

Como a organização analisada possui o certificação ONA III, há um sistema de gerenciamento estratégico no qual a qualidade está inclusa e, assim, a ocorrência da maioria desses custos é real e se encontram estabilizados devido à fase de introdução e adaptação de mudanças voltadas à qualidade já terem sido absorvidas pelo corpo funcional, conforme citado por alguns entrevistados. Assim, de modo geral, pode-se admitir que esses custos ocorrem como parte integrante da gestão da qualidade e gerenciamento do sistema de desempenho estratégico.

Após captar a intensidade de ocorrência dos Custos de Prevenção buscou-se verificar se existe a mensuração, o registro contábil e controle desses custos, conforme mostra a Tabela 25.

Tabela 25. Mensuração, registro e controle dos Custos de Prevenção - HMCC.

Custos de Prevenção	Mensuração			Registro Contábil			Controle		
	Sim	Não	Não se Aplica	Sim	Não	Não se Aplica	Sim	Não	Não se Aplica
1 Custos com treinamento de funcionários.	8	4	1	9	3	1	10	1	2
2 Manutenção preventiva dos equipamentos	10	3	0	11	0	2	12	1	0
3 Tecnologia (aqu. Softwares/novos equip.).	8	3	2	9	1	3	7	4	2
4 Revisões e atualizações de instruções e procedimentos.	5	5	3	0	10	3	8	3	2
5 Custos com Prevenções de infecções.	1	4	8	2	2	9	5	1	7
6 Custos com Prevenção contra quedas.	2	4	7	0	5	8	7	0	6
7 Custos com prod. limpeza e higienização específicos e de primeira linha	4	1	8	4	1	8	7	0	6
Total de respostas ((7*13=91)*3)=273	38	24	29	35	22	34	56	10	25
Percentual geral por nível	42%	26%	32%	38%	24%	37%	62%	11%	27%
Total por etapa		91		91		91			



Fonte: Elaborado pelo autor (2016).

Quanto à mensuração destaca-se que a “Manutenção preventiva dos equipamentos” foi o item mais percebido como mensurado, até porque as informações são registradas pela Contabilidade e foram trianguladas com documentos do hospital, além de existir um departamento específico para manutenções. Após, os treinamentos e aquisições de novas tecnologias foram os itens mais citados na percepção dos gestores, revelando, mais uma vez, clara correlação entre Contabilidade e mensuração de Custos da Qualidade, informações essas trianguladas mediante análise documental. Em relação aos outros custos, como “Prevenção com infecções”, alguns citaram a ocorrência, mas desconhecem a mensuração e controle afirmando ser um processo complexo.

Quanto ao registro contábil, geralmente os itens mais fáceis de aferir são aqueles que acabam sendo registrados (Barreto, 2008), pela facilidade em encontrar o valor. Assim, mais uma vez o custo mais citado como registrado foram as manutenções preventivas, seguido dos treinamentos e aquisição de novas tecnologias, fato que converge com a literatura. Por outro lado, quanto mais difícil é o custo de mensurar menos ele tende a ser registrado, como ocorre com o custo de prevenção contra quedas e revisões de procedimentos, que não foram citados por nenhum dos entrevistados, visto que essa atividade, segundo os gestores, está inclusa nas rotinas dos profissionais e assim não há um registro distinto visando atender uma finalidade gerencial.

O gráfico (Tabela 25) mostra mais claramente que a mensuração e o registro contábil, de modo geral, se mantiveram estabilizados na percepção dos gestores, demonstrando um panorama parcial de cumprimento a tais aspectos, revelado principalmente naqueles custos já registrados pela contabilidade, enquanto aqueles difíceis de comensurar permanecem com valores e impactos desconhecidos pela administração.

Por fim, quanto ao controle percebe-se que a grande maioria dos custos são comeditos na percepção dos gestores. A maioria dos entrevistados justificaram tal resposta pela existência e utilização do sistema de gestão estratégica, que acaba por controlar, por meio de indicadores, todas as áreas da empresa, inclusive no que tange à qualidade. Todavia, é cabível destacar que esse controle se dá quase que exclusivamente por esses indicadores, que na maioria das vezes são medidos por nível de ocorrência. Os custos como prevenção de infecções, por exemplo, conforme análises documentais, evidencia que o controle é somente por número de infecções, motivos e acompanhamento por câmeras, inexistindo controle em valor. Por entrevista informal visando a triangulação, a responsável pelo setor admite a ocorrência de custos como aqueles que envolvem

isolamento, antibióticos e higienizações, porém afirma não mensurar pela complexidade do processo.

Portanto, analisando as percepções sobre os Custos de Prevenção de uma forma geral, apenas aqueles de fácil identificação e mensuração são atentados, enquanto aqueles mais “intangíveis” ou de difícil visualização são, por vezes, esquecidos ou alvo de pouca atenção. Esta constatação acaba por moldar a percepção dos gestores quanto ao nível de ocorrência, uma vez que aquilo que não se mede dificulta a visão do quanto ocorre e mais ainda o controle efetivo. A informação contábil gerada atualmente prioriza o atendimento ao fisco e restringe análises gerenciais adicionais, que poderiam incluir os custos involuntários.

4.1.4.2 Custos de Avaliação

Foram explorados na pesquisa cinco tipos de Custos de Avaliação, conforme levantados no estudo de caso piloto e em consonância com a literatura. De modo geral, a maioria dos entrevistados desconhecem esses custos ou não possuem muitas informações sobre como eles ocorrem ou são medidos, fato evidenciado no percentual de 20% na resposta “Não se aplica”. A incidência principal foi aos custos com estrutura e supervisão da área de inspeção com seis respostas. Tal constatação pode ser justificada pela maioria dos entrevistados citarem que esse procedimento é feito pela gerente de qualidade e que assim, o custo seria inerente à função dela, e ocorre de modo constante, mensalmente de acordo com o setor visitado.

Alguns entrevistados, principalmente de níveis hierárquicos mais baixos (gerência), não souberam responder boa parte dos itens, o que demonstra que a ocorrência desses custos, na percepção deles, são em grande parte desconhecidos, mesmo com a concessão do selo de Acreditação Hospitalar. A Tabela 26 apresenta os resultados alcançados e o gráfico dos achados.

Predominou, em maioria, a percepção de ocorrência em intensidade “Alta”, o que converge à literatura e demonstra interesse em controlar e minimizar os erros.

A percepção de ocorrência Mínima foi a que menos predominou. Nota-se que o maior número de respostas foi de 3 (Custos com estrutura/supervisão - inspeção), constatação em grande parte justificada pela organização não possuir um controle gerencial a parte desse tipo de custos.

Tabela 26. Ocorrência dos Custos de Avaliação - HMCC

Custos de Avaliação	Intensidade de Ocorrência			
	Miníma	Média	Alta	Não se Aplica
1 Custos com a coleta/análise/relato dos dados de qualidade	1	4	6	2
2 Controle do processo e serviço prestado	2	3	6	2
3 Testes e Inspeções nos materiais comprados	1	3	7	2
4 Custos com estrutura/supervisão - inspeção	3	1	3	6
5 Custos com auditoria do sistema de qualidade.	1	7	4	1
Total de respostas (5*13=65)	8	18	26	13
Percentual geral por nível	12%	28%	40%	20%

Fonte: Elaborado pelo autor.

Pelo gráfico notam-se outros aspectos importantes, como a percepção de ocorrência Alta dos custos com coleta, análise e relato dos dados de qualidade, controle dos processos ou serviços prestados e inspeções nos materiais comprados, o que mostra a preocupação do hospital quanto ao controle dos materiais que entram no hospital e na forma como o serviço é oferecido. É possível admitir certa ligação desses custos com a Acreditação Hospitalar, visto que a essência do nível um é exatamente a segurança do paciente. Torna-se importante destacar, nesse contexto, a percepção de intensidade alta mais incidente: custo com testes e inspeções nos materiais comprados. As respostas, em maioria, foram baseadas no nível de ocorrência do procedimento, não em mensuração de valor, que caracterizaria uma informação puramente de cunho gerencial.

Posteriormente, procedeu-se com as percepções sobre a mensuração, registro contábil e controle desses custos. O mais vantajoso nessa realidade seriam as afirmativas nessas categorias, o que conduziria a uma gestão eficaz desse tipo de custo, entretanto isso só ocorreu no controle, justificado pela presença de indicadores estratégicos voltados à qualidade dentro do planejamento estratégico, fator que impulsiona a controlar esses custos. A Tabela 27 apresenta os resultados.

Tabela 27. Mensuração, registro e controle dos Custos de Avaliação - HMCC.

Custos de Avaliação	Mensuração			Registro Contábil			Controle		
	Sim	Não	Não se Aplica	Sim	Não	Não se Aplica	Sim	Não	Não se Aplica
1 Custos com a coleta/análise/relato dos dados de qualidade	3	8	2	2	7	4	6	5	2
2 Controle do processo e serviço prestado	4	7	2		11	2	6	5	2
3 Testes e Inspeções nos materiais comprados	5	3	5	3	5	5	8	2	3
4 Custos com estrutura/supervisão - inspeção	2	5	6	2	4	7	2	6	5
5 Custos com auditoria do sistema de qualidade.	3	8	2	2	9	2	10	1	2
Total de respostas ((5*13=65)*3)=195	17	31	17	9	36	20	32	19	14
Percentual geral por nível	26%	48%	26%	14%	55%	31%	49%	29%	22%
Total por etapa	65			65			65		

Fonte: Elaborado pelo autor.

Quanto à mensuração, analisando os totais por tipo de resposta, percebe-se que a minoria constata a mensuração desses custos (26%). Dentre as afirmativas, o destaque foi quanto aos testes e inspeções nos materiais comprados, com cinco respostas. O pólo negativo alcançou altos níveis de percepção dentre os gestores, o equivalente a 48%, representado, principalmente, pelo custo com coleta, análise e relato dos dados de qualidade e custos com a auditoria do sistema, por estarem inclusos nas tarefas de quem executa, informação evidenciada pelas entrevistas e análises documentais. É necessária uma maior preocupação com a mensuração dos Custos com Avaliação em cunho gerencial, como defendem Tatikonda e Tatikonda (1996) quando descrevem que a maioria dos gestores afirmam que qualidade é prioridade na empresa, porém poucos medem os resultados obtidos ou o quanto isso representa em suas margens finais.

Quanto ao registro contábil, nota-se que a maioria percebe e cita a negativa da resposta, ou seja, a maioria desses custos não são registrados de acordo com os gestores. A razão para tais respostas justifica-se pela maioria dos tipos de custos explorados não serem de fácil mensuração, fato que dificulta o registro contábil, como afirma Barreto (2008). A dificuldade em mensurar ocasiona o não registro contábil por fatores como a falta de artifícios para apurar o valor preciso e falta de documentação suporte. O gráfico permite destacar que, principalmente, quanto ao registro, há pouca aderência perante aos custos analisados, demonstrando pouca exploração da contabilidade gerencial pela empresa no que tange aos custos.

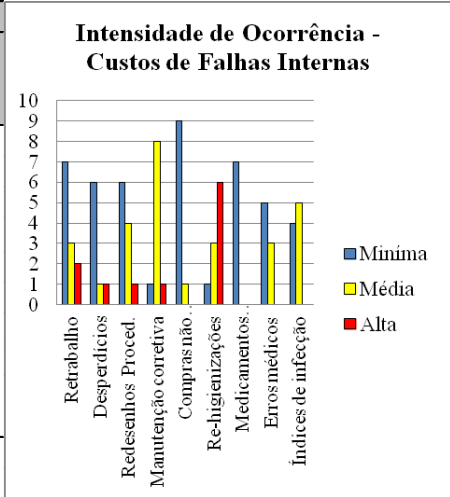
Por fim, quanto à realização do controle dos custos de avaliação, a maior parte das respostas foram afirmativas (37), mais uma vez percebidas e justificadas pela existência e acompanhamento dos indicadores estratégicos, dos quais são inclusos alguns voltados à qualidade. Uma gestão específica de custos de prevenção ou um controle estritamente monetário não foram constatados no hospital em análise.

4.1.4.3 Custos de Falhas Internas

Na percepção dos entrevistados quanto ao nível de ocorrência, percebe-se, em maioria, predomina a intensidade mínima (39%), o que converge ao que expõe a literatura em empresas onde há investimentos em qualidade, conforme apresenta a Tabela 28 juntamente com o gráfico.

Tabela 28. Ocorrência dos Custos de Falhas Internas - HMCC

Custos de Falhas Internas	Intensidade de Ocorrência			
	Mínima	Média	Alta	Não se Aplica
1 Retrabalho	7	3	2	1
2 Desperdícios (cozinha e farmácia)	6	1	1	5
3 Redesenhos de Procedimentos	6	4	1	2
4 Manutenção Corretiva dos equipamentos	1	8	1	3
5 Compras não planejadas (Ex. medicamentos)	9	1	0	3
6 Re-higienizações ou dedetizações	1	3	6	3
7 Medicamentos Vencidos	7	0	0	6
8 Erros médicos	5	3	0	5
9 Índices de infecção ou mortes por incapacidade hospitalar	4	5	0	4
Total de respostas (9*13=117)	46	28	11	32
Percentual geral por nível	39%	24%	9%	27%



Fonte: Elaborado pelo autor.

A percepção dos gestores quanto a ocorrência Mínima auferiu 37 respostas, o que mostra que a maioria desses custos são pouco inferidos no hospital. Desses, as compras não planejadas representaram o item com mais respostas, informação essa confirmada pelas análises documentais. O retrabalho e medicamentos vencidos foram classificados pelos gestores em intensidade mínima de ocorrência, porém, destaca-se que as entrevistas e documentos demonstraram a existência, mas a não mensuração, controle e utilização dessas informações perante as decisões. Em consequência, as percepções de ocorrência alta auferiu o menor percentual de respostas (9%), dos quais as re-higienizações e dedetizações foram o tipo de custo mais percebido pelos gestores do hospital, executados, atualmente, através de empresas terceirizadas. Foram trianguladas essas informações com documentos internos e por meio de entrevistas informais com o responsável por esses procedimentos, constatando que há incidência, mas não mensuração e controle efetivo.

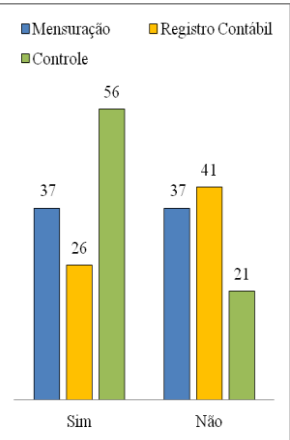
Em quase todos os custos explorados predominou uma percepção de ocorrência baixa, exceto o custo com manutenções corretivas e re-higienizações. Vale destacar que nas manutenções corretivas as percepções dos gestores em nível médio foi a maior dentre todos os custos pesquisados, o que indica possíveis distorções em relação ao foco nas preventivas, que seria a realização das manutenções antes que o produto quebrasse. Ta informação foi confirmada posteriormente mediante entrevistas e análise documental. Em meio as triangulações, esse achado foi confirmado: as manutenções corretivas são maiores do que as preventivas. Quanto aos erros

médicos, em entrevista informal com departamento jurídico, destaca-se a ocorrência de alguns casos, além dos respectivos controles monetários.

Após tal apresentação, prosseguiu-se com intuito de identificar, na percepção dos gestores, se esses custos são mensurados, registrados na contabilidade e controlados pela organização. Os achados são apresentados na Tabela 29, juntamente com o gráfico referente.

Tabela 29. Mensuração, registro e controle dos Custos de Falhas Internas - HMCC.

Custos de Falhas Internas	Mensuração			Registro Contábil			Controle		
	Sim	Não	Não se Aplica	Sim	Não	Não se Aplica	Sim	Não	Não se Aplica
1 Retrabalho	1	10	2	1	10	2	4	8	1
2 Desperdícios (cozinha e farmácia)	5	2	6	2	3	8	6	0	7
3 Redesenhos de Procedimentos	1	10	2	1	10	2	6	5	2
4 Manutenção Corretiva dos equipamentos	6	4	3	7	3	3	9	1	3
5 Compras não planejadas (Ex. medicamentos)	7	1	5	4	3	6	8	0	5
6 Re-higienizações ou dedetizações	3	5	5	5	3	5	7	2	4
7 Medicamentos Vencidos	5	0	8	4	1	8	5	0	8
8 Erros médicos	3	3	7	0	5	8	4	3	6
9 Índices de infecção ou mortes por incapacidade hospitalar	6	2	5	2	3	8	7	2	4
Total de respostas ((9*13=117)*3)=351	37	37	43	26	41	50	56	21	40
Percentual geral por nível	32%	32%	37%	22%	35%	43%	48%	18%	34%
Total por etapa	117			117			117		



Fonte: Elaborado pelo autor.

Quanto à mensuração, observa-se que na maioria das respostas os entrevistados declaram não mensurar tais custos (32%), indicando falta de domínio ou preocupação sobre custos dessa natureza. Outra informação que chama a atenção é o número de respostas “Não se Aplica”, que atingiu 37% das respostas, indicando que muitos gestores desconhecem sobre o assunto, não tinham tais informações, ou não sabiam como proceder com isso. Dentre as respostas afirmativas a que mais incidiu foi quanto as manutenções corretivas e mensuração de índices de infecção ou mortes por incapacidade hospitalar. Todavia, nas triangulações foram solicitados relatórios ou o modo como esses custos com infecções eram mensurados, constatando-se que há somente por número de ocorrências, com fins de alimentar indicadores de gestão.

Quanto ao registro contábil, a maioria dos gestores, mais uma vez, apresentaram percepções negativas, com 35% das respostas. Essa situação pode ser justificada mais uma vez pelo fato de alguns desses custos serem de difícil mensuração, o que acaba dificultando o registro na contabilidade. Em termos gerenciais, de acordo com a visão dos entrevistados, essas práticas não são realizadas, o que mostra pouco foco gerencial voltado a essa finalidade.

Por fim, quanto ao controle, a grande maioria afirmou existir, com 49% das respostas. Isso, mais uma vez, retoma ao planejamento estratégico e controle por meio de indicadores,

porém muitas vezes sem foco em valores, ou seja, os indicadores envolvem apenas informações qualitativas como número de ocorrências.

De modo geral, observa-se que as percepções positivas só predominaram no controle (48%) desses custos. Quando se analisa as percepções classificadas como “Não se aplica”, entende-se alta incidência, o que indica falta de domínio e conhecimento desses custos pelos gestores entrevistados, por sua vez inclusos em cargos de gerência, coordenação e diretoria. Assim, os achados nessa categoria conduzem à percepção de que a gestão dos custos da qualidade ainda carece de incentivos e ampliações de base dados, além da contábil/fiscal.

4.1.4.4 Custos de Falhas Externas

Em consonância com a literatura, a última categoria de Custos da Qualidade envolve os Custos de Falhas Externas, sendo preferível o mínimo de ocorrência possível, visto que aqui os prejuízos são maiores pelo fato do produto ou serviço já estar em contato com o cliente. Ademais, se o volume desses custos forem altos significa que houve falhas e falta de controle nas categorias anteriores, admitindo que essas mantêm relacionamento íntimo e de dependência. A tabela 30 expõe as percepções dos gestores nessa categoria de custos juntamente com o gráfico.

A percepção de maior ocorrência voltou-se à intensidade mínima (45%) mostrando que na organização há pouca percepção de incidência de tais custos, o que corrobora com a literatura sobre os Custos da Qualidade.

Quando se procede com as análises em relação à percepção dos gestores com intensidade alta, constata-se que a categoria foi a que menos obteve respostas dentre todas as pesquisadas, com apenas os itens de custos: atitudes tomadas pela empresa frente às reclamações discorridas e custos para manter a imagem externa da empresa.

Os entrevistados citaram que as reclamações são poucas atualmente e que todas são sanadas segundo os princípios e competências do hospital. Já em relação aos custos com imagem, foram trianguladas informações da assessoria de comunicação, falas dos diretores e documentos contábeis, e compreendeu-se que, atualmente, a organização não se utiliza de *outdoors* e que toda imagem é mantida por mídia gratuita, por meio de patrocínios frente aos meios de comunicação.

Tabela 30. Ocorrência dos Custos de Falhas Externas - HMCC

Custos de Falhas Externas	Intensidade de Ocorrência			
	Mínima	Média	Alta	Não se Aplica
1 Atitudes tomadas às reclamações	4	4	2	3
2 Pagamento de Indenizações/multas a clientes	6	1	0	6
3 Custos para manter a imagem externa	5	3	1	4
4 Assistência adicional ao cliente	8	1	0	4
5 Mensuração Prejuízo econômico/social /psicológico gerado	6	0	0	7
Total de respostas (5*13=65)	29	9	3	24
Percentual geral por nível	45%	14%	5%	37%

Fonte: Elaborado pelo autor.

Quanto ao pagamento de indenizações ou multas a clientes, o que predominou dentre as respostas foi uma percepção de ocorrência mínima, porém as triangulações junto ao jurídico e a documentos contábeis mostraram que o número de processos em andamento e depósitos judiciais efetuados atingem montante considerável, levando a constatação de que este custo deveria ser classificado em intensidade um pouco maior.

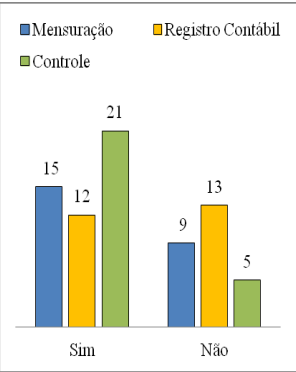
Pelo gráfico percebe-se, principalmente, concepções de ocorrência mínima, com exceção das “atitudes frente às reclamações” e em relação à “imagem externa”, onde o percentual de percepções em nível médio também alcançou resultados relevantes, conforme já comentado. Cabe citar aqui que os entrevistados, mesmo compondo cargos de maior nível estratégico, tinham dificuldades em enxergar e discorrer sobre esses custos, constatação que leva a assimilação de que isso é pouco explorado na organização atualmente, principalmente em foco gerencial. Com intuito de desvendar essa situação de modo mais amplo, apresentam-se os resultados relativos às percepções quanto à mensuração, registro contábil e controle desses custos na Tabela 31 e seu respectivo gráfico.

A princípio, já é válido destacar que em todas as três categorias analisadas, as respostas “Não se aplica” foi a que atingiu os maiores percentuais, todos superiores a 60%, o que demonstra que esses custos são, em parte, desconhecidos pelo hospital.

Ainda sobre as percepções dos gestores oriundas de respostas “Não se aplica”, é válido ressaltar que o achado contribui ao desvendar, em parte, argumentos expostos na problemática de pesquisa e à proposição 9, de que em um hospital acreditado pressupõe-se que haja gestão dos Custos da Qualidade, frente às quatro categorias, o que é contrariado perante a organização analisada, quando retorna a custos dessa categoria em específico.

Tabela 31. Mensuração, registro e controle dos Custos de Falhas Externas - HMCC.

Custos de Fahas Externas	Mensuração			Registro Contábil			Controle		
	Sim	Não	Não se Aplica	Sim	Não	Não se Aplica	Sim	Não	Não se Aplica
1 Atitudes tomadas às reclamações	5	2	6	3	5	5	8	0	5
2 Pagamento de Indenizações/multas a clientes	3	1	9	4	0	9	4	0	9
3 Custos para manter a imagem externa	2	1	10	3	0	10	4	0	9
4 Assistência adicional ao cliente	5	2	6	2	5	6	5	2	6
5 Mensuração Prejuízo econômico/social /psicológico gerado	0	3	10	0	3	10	0	3	10
Total de respostas ((5*13=65)*3)=195	15	9	41	12	13	40	21	5	39
Percentual geral por nível	23%	14%	63%	18%	20%	62%	32%	8%	60%
Total por etapa	65			65			65		



Fonte: Elaborado pelo autor.

Pelo gráfico, fica cognoscível que dentre as percepções afirmativas dos entrevistados, o controle mais uma vez representou a maioria as respostas, fato justificado, conforme anteriormente citado, devido ao sistema de controle estratégico. As percepções de ocorrência negativa foram as que auferiram menores respostas na dimensão controle, enquanto as “Não se aplica” concentraram a grande maioria das percepções dos entrevistados nessa categoria.

4.1.5 Análise do discurso

4.1.5.1 Primeira etapa (Superfície linguística e identificação dos discursos)

No presente estudo, a superfície linguística (*corpus*) envolve parte dos dados constantes nas entrevistas, nos documentos analisados e as observações diretas efetuadas no hospital em análise. Orlandi (2012) cita que o *corpus* deve ser foco de uma análise inicial que busca selecionar recortes aptos à análise, segundo o que traz o dispositivo analítico e à temática em estudo. De acordo com isso, procedeu-se com a leitura e escuta dos materiais coletados, a fim de identificar as partes essenciais para a análise, ou seja, os discursos, frente principalmente ao dispositivo analítico, com base na finalidade da pesquisa.

Diante as principais categorias de dados coletados e à correlação dessas junto aos princípios teóricos da análise do discurso e, basicamente à questão principal de análise, concluiu-se que constituem parte do *corpus* os dados referentes às “Respostas Organizacionais Estratégicas”. Esse foi o ponto de partida para a análise dos resultados na primeira etapa.

Após a análise inicial frente, precipuamente, aos áudios das entrevistas, seguido dos documentos e observações efetuadas na unidade de análise, mediante a identificação das paráfrases, identificou-se 7 discursos que perduraram nos dizeres no Intradiscurso (*corpus*).

Para essa identificação foi necessário mapear todas as respostas dos entrevistados em relação às Respostas Organizacionais Estratégicas. Procedeu-se a análise através da visualização de quais dizeres mais persistiram, o que consequentemente revelaria os discursos. Foram consideradas como paráfrase as respostas organizacionais que atingiram 85% ou mais das respostas dos entrevistados, ou afirmando ou negando o comportamento. Aquelas inferiores esse percentual foram consideradas como Polissemia, quando há uma contrariedade no dizer dentre os participantes, e assim, não foram analisadas mais profundamente pelo fato da metodologia adotada focar nas paráfrases. A Tabela 32 apresenta os resultados auferidos.

Tabela 32. Identificação dos Discursos ou Respostas Organizacionais - HMCC

Resposta Organizacional	Natureza do dizer			Predominância		Constatação
	Afirmativa	Negativa	Nulo	(%)	Natureza	
Compromisso-Pacificar	0	13	1	93%	Negativa	Discurso da adequação acima do que é exigido pela fonte de pressão externa.
Esquivança-Ocultar	0	13	1	93%	Negativa	Discurso da transparência frente às fontes de pressões externas por qualidade
Desafio-Rejeitar	0	13	1	93%	Negativa	Discurso da não rejeição ao atendimento das exigências externas por qualidade
Aquiescência-Aceder	12	2	0	86%	Afirmativa	Discurso da aceitação consciente e alinhada à estratégia por qualidade
Compromisso-Equilibrar	12	0	2	86%	Afirmativa	Discurso do equilíbrio frente ao atendimento às pressões externas por qualidade
Compromisso-Barganhar	12	1	1	86%	Afirmativa	Discurso da negociação com as fontes de pressões externas
Manipulação-Influenciar	1	12	1	86%	Negativa	Discurso da influência do hospital para a adoção de práticas de qualidade
Aquiescência-Imitar	3	11	0	79%	Negativa	Polissemia
Manipulação-Controlar	1	11	2	79%	Negativa	Polissemia
Aquiescência-Hábito	10	4	0	71%	Afirmativa	Polissemia
Esquivança-Escapar	3	10	1	71%	Negativa	Polissemia
Esquivança-Amortecer	9	4	1	64%	Afirmativa	Polissemia
Decoupling	2	8	4	57%	Negativa	Polissemia
Desafio-Provocar	6	7	1	50%	Negativa	Polissemia
Desafio-Atacar	5	7	2	50%	Negativa	Polissemia
Manipulação-Cooptar	2	7	5	50%	Negativa	Polissemia

Fonte: Elaborado pelo autor.

As informações foram dispostas por meio de informações sobre a distribuição das respostas, os percentuais auferidos em cada uma, a natureza da resposta e a constatação chegada, com a descrição do discurso encontrado ou a presença de polissemia.

Assim, os discursos constatados dentre os entrevistados correspondem à confirmação às Respostas Organizacionais: Aquiescência-Aceder, Compromisso-Equilibrar e Compromisso-Barganhar, e ao repúdio aos comportamentos: Compromisso-Pacificar, Esquiva-Ocultar, Desafio-Rejeitar e Manipulação-Influenciar. As respostas nulas se devem a questões no qual os respondentes não souberam refutar, ou ainda por conta de respostas ambíguas ou que desviaram muito do tema, a ponto de impossibilitar a compreensão.

Sobre o *Decoupling*, cabe citar que a questão que buscava identificar se os Custos da Qualidade são apresentados em relatório geral ou separado por categorias, angariou um resultado em que a maioria dos respondentes citaram ser apurados de modo geral, por meio de um relatório setorial (DRE por centro de custo). A Resposta Organizacional “*Decoupling*” acabou resultando em uma polissemia e, portanto, não analisada mais detalhadamente.

4.1.5.1.1 Discurso da adequação acima do que é exigido pela fonte de pressão externa

A execução de práticas voltadas à qualidade é vista pelo hospital como o caminho para o oferecimento de serviços de qualidade e o meio de geração de benefícios ao cliente, o que faz com que as ações voltadas à temática não fiquem limitadas ou direcionadas estritamente ao atendimento de exigências externas; isso caracterizaria uma resposta organizacional de pacificação entre organização e fonte de pressão externa.

A visão citada pela maioria dos entrevistados faz com que a organização não tema ou fique com receio no momento das avaliações, mas encare como uma forma de caminho para a melhoria contínua, conforme citam alguns participantes da pesquisa, pois como o foco não é atender somente aquilo que é exigido, o termo ‘avaliações’ deixa de revestir caráter regulatório.

Exemplos da existência do discurso podem ser vistos nas falas de alguns participantes:

Sujeito 4:

[...] Existe, claro, a solicitação desses órgãos, que eles realmente exercem uma pressão, mas também existe, dentro da própria instituição, uma preocupação nesse sentido. [...] Isso já independe. Eu acho que quando a gente começou a trabalhar essa questão da acreditação, sim, a gente se detinha muito ao que era solicitado, e aí conforme você vai amadurecendo você vai

percebendo que... eu já vou fazendo porque é isso que está dentro do meu processo (comunicação pessoal, 26 de outubro de 2016).

Sujeito 2:

A gente cumpre a exigência e ainda fazemos mais porque a gente entende que é importante para o profissional (comunicação pessoal, 24 de outubro de 2016).

Sujeito 12:

[...] eu acredito que qualquer benefício que a equipe..., é obvio que a diretoria analisa questões financeiras e sempre que possível é feito, não só porque a Vigilância vem (comunicação pessoal, 27 de outubro de 2016).

As falas, principalmente as duas primeiras, deixam claro que aquilo que se faz na organização independe de exigências externas, é algo que vai além. A visão é mais ampla e as ações são direcionadas com foco no desenvolvimento dessa filosofia de qualidade. Assim, a visão de ir além de apenas o solicitado pelas pressões institucionais externas contribui para evidenciar que a mudança, voltada a qualidade, é algo que realmente adentrou à essência da organização e compõe parte de suas rotinas por intermédio de atitudes conscientes rumo à qualidade. Ademais do fato de isso contribuir para mostrar que o que é feito hoje não foca em despontar conformidade às fontes de pressão externas, mas é tratado como parte real das funções organizacionais executadas.

4.1.5.1.2 Discurso da transparência frente às fontes de pressões externas por qualidade

Esse discurso teve como foco explorar se existem práticas na organização direcionada à ocultação ou adoção de “fachada”, visto que isso impacta diretamente os resultados da pesquisa e a essência de uma Acreditação Hospitalar quando se torna a um serviço de primeira linha.

A quase totalidade das respostas apontou para a não ocorrência do fato, ou seja, auferiu-se uma negativa, e a predominância de busca por uma transparência no contato entre hospital *versus* fonte de pressão externa institucional.

Algumas evidências da existência do discurso foram destacadas de alguns trechos de falas, conforme segue.

Sujeito 6:

A gente já fala na cara já, eu já aviso as meninas, não é para mentir. [...] Chegou no centro cirúrgico: Ai, aqui acontece de um cirurgião vim operar e não pedir termo de consentimento? Ah não, o protocolo é cem por cento. Não, o protocolo não é cem por cento! Acontece. E o que você faz? Eu ligo para o cirurgião e falo: olha, esse paciente não vai entrar enquanto o senhor não vier. E se ele não vier? O paciente não entra. Ah mais vai atrasar a sala cirúrgica! Atrasa, mas eu vou garantir meu processo. Ah e tem erro de medicação? Tem. Já aconteceu erro de medicação de você prejudicar um paciente? Já. O que você fez? Chamei todo mundo, chamei o médico, chamei a direção, chamei a família e já falamos. E o que você faz? mudei a rotina do hospital inteiro por causa disso. Então a gente já se adianta (comunicação pessoal, 28 de outubro de 2016).

Sujeito 12:

O que a gente não faz por algum motivo a gente sempre deixa claro. Olha, esse item a gente não conseguiu cumprir por esse e esse motivo, ou por falta de questões financeiras. É tudo muito transparente [...] (2016).

Sujeito 2:

Tudo o que a gente fecha em relatórios de qualidade é consensado. Então assim, diretoria vocês estão de acordo que o que a gente vai deixar é tal e tal coisa, é possível? Ah, é possível, ok. Não é possível? Ah não é possível porque a gente não tem condições financeiras, porque o investimento está alto, então eu vou trabalhar em um outro formato. Então não se concorda só para atender uma demanda. [...] É muito claro (2016).

Fica evidente que falhas ou carências frente às pressões externas existem em qualquer organização. Contudo, cabe a essa vislumbrar a real situação do que ocorre bem como os motivos e considerações referentes e tomar providências. A “transparência”, como citado pelo respondente 12, demonstra a preocupação de evoluir em qualidade, mas sempre respeitando os limites e ‘jogando limpo’, o que descaracteriza um efeito de adoção simbólica ou de ‘fachada’.

4.1.5.1.3 Discurso da não rejeição ao atendimento das exigências por qualidade

Esse discurso se origina quando foi explorado se o hospital já chegou a ignorar alguma prática ou mudança por qualidade proposta por suas fontes de mudanças externas (agentes externos) frente ao reconhecimento de poucos danos ou importância atribuída a tais órgãos.

Uma rejeição ao atendimento de exigências externas, quaisquer que seja, demonstraria que a organização não desdobra muita atenção às fontes de pressão, nem se preocupa em se conformar a tudo, e isso resultaria, mais uma vez, em uma incongruência entre forma de trabalho *versus* acreditação hospitalar, além de certa resistência organizacional. Porém, tal discurso se manifestou por meio de uma negativa, quer dizer, a grande maioria reconhece que tal comportamento não ocorre, e tudo é bem conversado, acordado e cumprido ao máximo possível. Essas afirmações podem ser percebidas pelos trechos das falas destacados.

Sujeito 4:

Quando for da Vigilância Sanitária, [...] se você não faz naquele momento você tem que, é... normalmente faz um TAC, um Termo de Ajuste Conjunto, onde você estabelece um prazo pra adequar alguma coisa relacionada à estrutura. Da mesma forma quando vem a visita do IQG, você também tem os consensos. Então, depois de consensado, depois de definido, a gente acaba cumprindo. Não vejo algo [...] ignorado. Se, naquele momento do consenso a gente colocar, aí sim você tem a possibilidade, “olha, isso aqui, nós entendemos, em função da nossa prática, tal, e nós não vamos fazer”, tranquilo. Agora, se dentro do consenso foi estabelecido, ele vai ser cumprido (2016).

Sujeito 1:

[...] às vezes, assim, se tem... se existe alguma dificuldade financeira, você sempre, tem condições de buscar, com um termo de ajustamento que permita a você, dentro de um prazo ponderado, você se adequar (comunicação pessoal, 27 de outubro de 2016).

Sujeito 13:

Teve divergências de opiniões. O pessoal vem, avalia, e para eles, olha, tinha que ser nesse formato. Não, aqui não faz nesse formato por isso, por isso e por isso. Dizemos os porquês também. Não é aquilo que se realiza no hospital em São Paulo e Rio de Janeiro que vai se realizar aqui, são locais diferentes. Não é um ignorar, é um justificar (comunicação pessoal, 27 de outubro de 2016).

Percebe-se aqui umnexo direto entre o discurso da negociação com as fontes de pressões externas. O hospital demonstra que os vê como o caminho para a conformidade e que busca não rejeitar as exigências externas, mas negociar, mediante as condições organizacionais e contexto econômico-financeiro, que o induzem a cumprir aquilo que lhe compete e gerir aspectos externos frente às fontes de pressão.

4.1.5.1.4 Discurso da aceitação consciente e alinhada à estratégia por qualidade

É importante que a organização realmente consiga transmitir a toda a equipe as ideias e princípios que regem e estão por trás de sua estratégia e de suas próprias funções. Além disso, não só alcançar a transmissão, mas a assimilação do corpo funcional voltada à diretriz prezada é essencial para que cada um cumpra seu papel, ou seja, o colaborador apresentando uma atitude consciente frente à mudança acaba representando uma das chaves para o sucesso do processo.

Esse discurso se revelou quando a maioria dos respondentes afirmou que a justificativa pelas pessoas aceitarem e colaborarem com o interesse do hospital em investir e gerir a qualidade é pelo fato de enxergarem como algo benéfico e alinhado à estratégia da organização, o que mostra atitude consciente frente às práticas, diferentemente de um hábito ou da aceitação por imitação de outras organizações. Alguns trechos das falas dos respondentes procuram evidenciar e caracterizar o discurso.

Sujeito 7:

[...] mais pela parte de ser benéfico e de trazer benefício para o paciente (o porque fazem ações voltadas à qualidade), mas não porque já fazem. [...] Olha, a enfermagem, [...] se você for na equipe de supervisores, eles vão ter essa visão (de ação consciente voltada à qualidade), são os enfermeiros. Agora se você for na equipe de nível médio, [...] pode ser que não seja essa mesma visão, mas no geral sim (comunicação pessoal, 27 de outubro de 2016).

Sujeito 9:

[...] porque isso está sendo construído na cultura do colaborador (diretrizes da qualidade), diferente de eu acreditar porque aquilo é só benéfico. Eu acho que não, que pelo ou menos na minha área, o que eu busco para eles é que eles entendam a cultura, o que aquilo vai trazer de benefícios para o paciente. Porque que eu preciso ter um fluxo seguro? O que uma prescrição que pode ter um erro pode causar lá no final do processo para aquele paciente que está

internado?. Então, eles fazem, entendendo o porquê tem que trabalhar com qualidade (comunicação pessoal, 27 de outubro de 2016).

Sujeito 12:

O resultado é o paciente. O foco principal é que o paciente saia do internamento bem. Eu acredito que seja pelo paciente mesmo (o motivo por agir em prol da qualidade) (2016).

Os trechos mostram que os motivos para a aceitação e contribuição na importância dada à qualidade no hospital se deve a um objetivo final claro: o paciente. Isso justifica o modo de fazer as atividades de uma determinada forma e não de outra pelos funcionários. O Sujeito 9 introduz um conceito muito relevante, a cultura de qualidade, que envolve todo um trabalho de conscientização e tratamento de processos diários, a fim de criar no colaborador o interesse, além de despertar a relevância do tema para a organização, paciente e para ele mesmo. Deste modo, os trechos caracterizam uma tomada de comportamento consciente voltado à adequação das exigências externas por qualidade.

4.1.5.1.5 Discurso do equilíbrio frente ao atendimento às pressões por qualidade

Um dos maiores impasses para as organizações é lidar com as pressões providas de suas múltiplas fontes (usuários). Pode ocorrer de cada um exigir uma mudança, e ainda pior, que essas mudanças se contrastem ou influenciem uma à outra, onde atendendo uma a entidade prejudica-se a adequação a outra. Nesse caso, coloca-se em jogo a questão do nível de equilíbrio dentre essas divergências de exigências, e também conceitos relacionados à administração de conflitos.

A maioria dos entrevistados afirma que o equilíbrio é, na maioria das vezes, prezado diante desse conflito dentre as exigências de fontes de pressões externas distintas no hospital. Tal posição mostra a importância despendida frente às fontes de pressão, bem como a ansia pela adequação na medida do possível e das capacidades da organização. Evidências da existência desse discurso são apresentados nos trechos de fala destacados.

Sujeito 1:

Ocorre muito (o equilíbrio no atendimento às pressões). [...]. Porque assim, você tem, pegando a área médica, por exemplo, para deixar mais claro. Cada especialidade médica puxa para o seu lado. E você tem recursos finitos, e as vezes tem áreas que não estão na estratégia de negócio, então assim, isso é o dia a dia (2016).

Sujeito 10:

[...] Não tem como você abraçar tudo, a gente faz o que está ao nosso alcance e eu acredito que de todas as exigências deles a gente fez uns 80%. É só o que realmente estava fora porque envolvia custo (comunicação pessoal, 27 de outubro de 2016).

Sujeito 11:

Dentro da perspectiva quando tem investimento, que envolve recursos, aí é escalonado. Se não envolve recursos, se é questão de ação, essa ação é imediata sempre (comunicação pessoal, 28 de outubro de 2016).

O conflito entre os usuários ou fontes de pressão existem sob várias essências no hospital, até mesmo a nível interno (entre áreas funcionais), todavia, as falas destacadas enfatizam que na maioria das vezes isso é atendido em um tempo curto, salvo em casos que demandem recursos. Torna-se concreto que a organização procura se adequar e, mesmo diante desse tipo de conflito, procura encontrar formas de atender, porém também fica evidente que o principal impedimento que permeia defronte a esse discurso é o volume de recursos necessário ao atendimento. Isso pode limitar o atendimento às pressões e contribuir para o aumento do conflito. Entretanto, tal posição revela a percepção de que não há pouca vontade em se conformar, tampouco a desatenção a seus constituintes ou à filosofia de qualidade que perdura atualmente, mas possivelmente há uma incapacidade da organização, no caso, a financeira.

4.1.5.1.6 Discurso da negociação com as fontes de pressões externas

Ocorre de às vezes a organização querer se conformar, se adequar às exigências externas por qualidade, entretanto, sua capacidade operacional, financeira, social ou outras, podem restringir essa escolha e acabar mostrando uma situação de caráter resistente, quando na verdade não é isso que ocorre.

Assim, perante a esse tipo de situação, cabe às partes, a negociação de cumprimento da exigência de acordo com prazos, valores e mudanças requeridas pelas fontes de mudanças externas, a fim de se adequar, respeitando suas capacidades organizacionais. Nesse sentido, foram coletadas informações sobre como isso ocorre no hospital, foco de análise, onde constatou-se que a maioria afirma haver essa atitude, independente de qual fonte de pressão externa for,

informação triangulada com os documentos da ONA. Tais evidências podem ser ratificadas nos trechos destacados.

Sujeito 3:

Com certeza. [...]. Até porque faz parte da metodologia hoje de avaliação da ONA um negócio chamado consenso. [...]. Então eles vem, acompanham todo o hospital e no final a gente faz uma reunião de consenso, pra chegar num, exatamente esse é o nome, pra chegar num consenso entre o que eles viram, o que eles acham que seria correto e o que o hospital acha que seria correto, inclusive os prazos. E a gente consensa o que deve ser feito e quando. Então é um processo negociável (2016).

Sujeito 6:

[...] Por exemplo, aí vem o ministério público e quer que a gente atenda, aconteceu já, o ministério público exigiu que a gente atendesse os exames do município. ‘Não, nós não vamos atender porque a gente tem o nosso, vai aumentar nosso custo aqui, o município já está devendo para gente, quem que vai pagar?’ Tá, o município não tem, a gente teve que atender. Acabamos atendendo. Então, a UTI pediátrica. O hospital do município não pode atender, a gente teve que atender, e está aqui até agora. Enfiaram goela a baixo. [...] Vem a vigilância sanitária e fala que essa sala aqui é insalubre porque não tem janela. Então assim, tudo bem, vou atender mas eu quero noventa dias, daí vai para negociação. [...] Ai o IQG vem e fala: Olha, se tem que fazer plano de gestão por competência. Agora que a gente está fazendo, desde dois mil e bolinha. Então assim, porque envolve alguns interesses tanto de objetivos institucionais e financeiros também [...], mas tem (2016).

Sujeito 12:

Sim, sim. Uma reforma de repente (por exemplo) [...]. Sim. E existe uma comunicação bem efetiva. Os prazos são cumpridos. São determinados prazos. Ó, então até 60 dias a gente... (e geralmente o órgão acata?) Sim (2016).

É comum durante a visita do órgão acreditador ou mesmo de outras fontes de mudança a questão do consenso, que nada mais é do que uma negociação entre o que a fonte de pressão defende e o que o hospital está disposto a acatar, frente às suas capacidades e justificativas. Isso caracteriza diretamente a resposta organizacional Compromisso-Barganhar. O Sujeito 6 cita vários exemplos relevantes de barganha ocorridos no hospital, bem como a forma como a organização lida com essas situações. Percebe-se que, na maioria das vezes, mesmo não concordando totalmente, possuindo recursos limitados e argumentos claros, o hospital acata o que

é exigido. Em todas as situações explicita seu ponto de vista, capacidades e condições, características próprias do comportamento de barganha.

4.1.5.1.7 Discurso da influência do hospital para a adoção de práticas de qualidade

O comportamento organizacional “Influenciar” é considerado uma Resposta Organizacional que retrata uma alta resistência organizacional, uma vez que se mostra em casos onde a organização procura influenciar para a não adoção de mudança. Tal situação é diferente do que foi encontrado no discurso em questão, haja vista que sua existência foi caracterizada pela negativa da ideia apresentada, ou seja, o hospital influencia, na medida do possível, a adoção de práticas de qualidade e seus custos.

Esse comportamento é de grande valia em um universo como o pesquisado, onde o hospital é o único acreditado na região e, assim, um comportamento incentivador de qualidade pode contribuir para a mudança de seus *stakeholders* mais próximos em prol dessas diretrizes.

Evidencias disso podem ser apreciadas defronte aos trechos de fala destacados.

Sujeito 13:

Pelo contrário, ele (o hospital) influencia para que seja feito as práticas de qualidade (2016).

Sujeito 1:

Como direção, a gente influencia totalmente [...]. (Para que seja adotada as práticas de qualidade?). Isso, exatamente, ao inverso da pergunta (2016).

Mais uma vez a ênfase gira em torno da influência positiva para a adoção de mudanças voltadas à qualidade. A última fala destacada retrata a clara influência transmitida frente à organização (internamente) e aos próprios usuários externos (fontes de pressão organizacional externa). Tornou-se claro também o quanto o hospital é aberto e maleável a mudanças voltadas à qualidade, bem como o quanto está disposto a fazer e divulgar ao seu ambiente tal filosofia.

4.1.5.2 Segunda Etapa (objeto e formação discursiva)

Uma Formação Discursiva busca compreender um enunciado (discurso/intradiscurso) em sua singularidade. Trata-se de determinar os motivos de sua existência. É identificada em uma

regularidade nos tipos de enunciação e temática (no interdiscurso) (Foucault, 1995 citado por Fernandes, 2007).

Orlandi (2012) complementa que as formações discursivas vão se delinear mediante os sentidos observados durante a exploração do processo de significação, que nesses casos podem ser identificados através das paráfrases.

Dessa forma, procedeu-se com a interpretação dos discursos constantes no Intradiscurso por meio da exploração de aspectos constantes no Interdiscurso, onde o objetivo foi constatar os porquês dos discursos identificados na etapa 1, ou seja, a forma como estes produzem sentidos. Para isso, foram identificadas as paráfrases constantes nos dizeres que compõe o interdiscurso e depois buscou-se interpretá-las diante ao dispositivo analítico e a outros conceitos oriundos do dispositivo teórico, entre eles as condições de produção do discurso e relação de forças.

Quando se menciona em identificar os motivos da existência de um discurso (Foucault, 1995 citado por Fernandes, 2007) acaba-se percebendo que isso é apresentado claramente por Oliver (1991) quando o mesmo trata das dimensões preditivas, que acabam por prever a resposta estratégica da organização. Cada dimensão (causa, constituintes, conteúdo, controle e contexto) se volta a uma pergunta que busca desvendar os motivos da resposta organizacional, no caso os motivos do discurso (Por quê? Quem? O que? Quais meios? E onde?). Esses preditores foram considerados como as possíveis causas dos discursos, seguindo a essência no estudo de Oliver (1991).

Por intermédio da identificação das paráfrases frente às respostas dadas pelos entrevistados perante as dimensões preditivas, constatou-se a presença de algumas formações discursivas, como demonstra a Tabela 33.

Tabela 33. Identificação dos Preditores Ambientais - Oliver (1991) - HMCC

Questão	Dimensão Preditiva	Fator Preditivo	Paráfrase (%)	Natureza
Por quê?	Causa	Eficiência	93%	Positiva
Quem?	Constituintes	Dependência	100%	Positiva
O que?	Conteúdo	Consistência	93%	Positiva
Quais meios?	Controle	Difusão	86%	Positiva
Onde?	Contexto	Interconectado	71%	Positiva

Fonte: Elaborado pelo autor.

Para apurar quais fatores preditivos predominava no Interdiscurso do hospital não foi utilizado o mesmo modo abordado na primeira etapa (somente os valores acima de 85%) devido

ao fato de que Oliver (1991), aqui, afirma que os 5 preditores é que possibilitam a compreensão dos fatores que preveem as respostas organizacionais. Perante à afirmação de que por meio dos cinco decorre a análise, não fora fixado um percentual limite para a classificação, mas considerado o que auferiu maior percentual positivo em cada dimensão.

Prosseguindo com a análise da segunda etapa do método, buscou-se cruzar as respostas organizacionais (encontradas na etapa 1) e os fatores institucionais externos (encontrados na etapa 2). Esse procedimento deve-se ao fato de que Oliver (1991) apresenta, mediante a ocorrência dos fatores preditivos, a previsão das respostas organizacionais em questão de intensidade. Essas previsões comparadas ao que foi encontrado podem contribuir na interpretação dos discursos através das formações discursivas.

Antes disso foi necessário identificar as intensidades das Respostas Organizacionais constatadas (Discursos) em Baixa, Média e Alta, visto que não foi antes apurado nesse nível de detalhes. Os resultados dessa etapa foram construídos mediante as respostas que contribuíram para a constituição do discurso em questão. Os achados são apresentados na Tabela 34.

Tabela 34. Identificação dos níveis de intensidade das Respostas Organizacionais - HMCC

Resposta Organizacional	Natureza	Principais Respostas	Intensidade Constatada	Justificativas
Compromisso-Pacificar	Negativa	“Cumprimos as exigências e ainda mais”; “Muitas iniciativas do hospital vão além das exigências externas”; “Acabamos fazendo além do que é pedido”; “Fazemos muito mais do que é exigido”; “O cumprimento de pressões não gira em torno de órgãos externos”; “Sempre buscamos o melhor, até acima do que é exigido”.	Baixa	A tática Pacificar se caracteriza quando há a conformidade ao menos em níveis mínimos. Como o hospital faz mais do que isso, segundo os entrevistados, a resposta foi considerada como baixa.
Esquivança-Ocultar	Negativa	“Aquilo não feito é dito para todos e explicadas suas causas”; “Não ficamos em silêncio”; “Trabalhamos com transparência”; “Não silenciámos”; “Quando não faz nós falamos mesmo, a situação real”; “O que não é feito nós sempre deixamos claro”; “Não tem maquiagem”.	Baixa	Na ocultação a organização disfarça o inconformismo mediante uma adoção de fachada. Como as respostas negaram tais ocorrências considerou-se como de intensidade Baixa.
Desafio-Rejeitar	Negativa	“Tentamos se adequar em todos os aspectos”; “Não ocorre”; “Não vejo algo que tenhamos ignorado se não traz risco para o paciente”; “Não tem como ignorar”; “O contato com esses órgãos é bem tranquilo”.	Baixo	Como a maioria dos entrevistados declaram que o hospital não ignora as exigências externas por qualidade, considerou-se a intensidade como baixa.
Aquiescência-Aceder	Afirmativa	“É mais aderente aqui”; “É uma atitude consciente”; “A maioria tem	Média	Aceder é uma obediência consciente a exigências

		essa visão”; “Os líderes com certeza, o operacional não tenho certeza”; “Supervisores tem essa visão mas níveis menores não”; “O operacional não sabe”; “Uma parcela sim e a outra não”.		institucionais. Como alguns optaram por essa etapa mas declaram que o operacional não age dessa forma, foi considerada a resposta em nível médio.
Compromisso-Equilibrar	Afirmativa	“Tentamos administrar a medida do possível”; “O hospital está cada vez mais aberto a equilibrar e se adequar às exigências”; “Prezamos por fazer o que é possível frente à capacidade do hospital”; “Tenta equilibrar dentre os órgãos que exigem”; “Procura dialogar e equilibrar as exigências”;	Alta	Equilibrar é a busca por harmonização entre as exigências externas e o ambiente organizacional. As respostas mostram que predomina das relações do hospital tal comportamento e assim a intensidade foi considerada alta.
Compromisso-Barganhar	Afirmativa	“Cada situação é analisada mas ocorre”; “Existe consenso entre o órgão externo e o hospital”; “É negociado mediante prazos”; “Sempre discutimos e debatemos as exigências, e tem os consensos”; “Ocorre negociação. São determinados prazos e situações”;	Alta	Essa tática foca na negociação com o órgão externo mediante condições e prazos. Como foi afirmado que na maioria dos casos isso ocorre, a intensidade foi considerada alta.
Manipulação-Influenciar	Negativa	“Como direção, influenciamos para que seja adotado”; “Não depende de influencia negativa”; “Pelo contrário, o hospital apoia”; “Pelo contrário, o hospital influencia para a mudança voltada à qualidade”.	Baixa	Essa tática envolve a influencia do hospital por meio de poder para a não conformidade às exigências. Como a maioria negou que ocorre considera-se que a intensidade seja Baixa.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Depois de identificadas as intensidades das Respostas Organizacionais reais, frente à análise das falas que compõe o Intradiscurso, apresenta-se a Tabela 35 com a comparação entre o previsto por Oliver (1991) e o encontrado no hospital analisado.

Como em sua obra, Oliver (1991) não apresentou as intensidades das Respostas Estratégicas estratificadas por Tática (por exemplo, na resposta organizacional Aquiescência predominam as táticas Hábito, Imitar e Aceder). Foi considerado que em cada tipo de Resposta Estratégica prevista a intensidade apresentada em caráter geral seria considerada para as três táticas correspondentes.

A comparação entre o previsto e o real permite algumas ponderações. A Resposta Organizacional “Compromisso” foi satisfeita quase que em sua totalidade, e isto demonstra que o

comportamento (resposta organizacional) admitido pelo hospital é justificado pelos preditores que o originaram.

Tabela 35. *Matriz teórica de Oliver (1991) – Comparação Previsto x Real - HMCC*

Fator Preditivo	Respostas Estratégicas				
	Aquiescência	Compromisso	Esquivaça	Desafio	Manipulação
Causa					
Eficiência (Previsto)	Alta	Baixa	Baixa	Baixa	Baixa
Eficiência (Real)	Médio	Alta	Baixa	Baixa	Baixa
Constituintes					
Dependência (Previsto)	Alta	Alta	Médio	Baixa	Baixa
Dependência (Real)	Médio	Alta	Baixa	Baixa	Baixa
Conteúdo					
Consistência (Previsto)	Alta	Médio	Médio	Baixa	Baixa
Consistência (Real)	Médio	Alta	Baixa	Baixa	Baixa
Controle					
Difusão (Previsto)	Alta	Alta	Médio	Baixa	Baixa
Difusão (Real)	Médio	Alta	Baixa	Baixa	Baixa
Contexto					
Interconectado (Previsto)	Alta	Alta	Médio	Baixa	Baixa
Interconectado (Real)	Médio	Alta	Baixa	Baixa	Baixa

Fonte: Elaborado pelo autor.

O mesmo ocorre com a tática “Desafio” e “Manipulação”, onde a totalidade dos resultados são convergentes ao previsto nas condições que a originaram. Quanto à Resposta Estratégica “Esquivaça”, Oliver (1991) prevê, em maioria, intensidade Média, enquanto no hospital analisado encontra-se a Baixa, mostrando mais conformidade que o previsto. A distância maior está na resposta “Aquiescente”. Oliver (1991) prevê que sob esses fatores ambientais institucionais as respostas deveriam mostrar uma postura aquiescente alta, enquanto no hospital analisado identificou-se uma intensidade média, dada pelo fato do nível operacional não ser atingido por uma postura conformista consciente.

A comparação entre o previsto e o real pode contribuir para as análises posteriores no sentido de que as respostas que auferiram convergência podem demonstrar que a formação discursiva é consistente mediante os preceitos de Oliver (1991) e assim, justificam as respostas organizacionais em questão.

Buscou-se também explorar os achados no que concerne ao constructo complementar dos Isomorfismos de DiMaggio e Powell (1983), que são tratados na pesquisa também como os fatores institucionais que impulsionam a mudança e assim, constantes no Interdiscurso, também

podem compor parte das formações discursivas. Para isso, procedeu-se com a análise mediante a identificação das paráfrases, como instrui o método abordado. Os resultados são apresentados na Tabela 36.

Tabela 36. Identificação das pressões Isomórficas de Dimaggio e Powell (1983) - HMCC

Tipo de Isomorfismo	Constatação	Número de Respostas	(%) de Paráfrase
Isomorfismo Coercitivo	Vigilância Sanitária	11	23%
	Pressões Informais dos gestores para as informações geradas	9	19%
	IQG (ONA)	7	15%
	Normativas (Legislação)	5	11%
	Respostas Negativas (Ausência de Isomorfismo Coercitivo)	5	11%
	Conselho específico (COREN/ Conselho de Nutrição)	3	6%
	Itaipu Binacional	2	4%
	Operadoras de Planos de Saúde	2	4%
	Ministério Público	1	2%
	Comunidade/Sociedade	1	2%
	Mercado (hospitais que investem em qualidade)	1	2%
	Total		47
Isomorfismo Mimético	<i>Benchmarking</i>	12	29%
	Respostas Negativas (Ausência de Isomorfismo Mimético)	11	26%
	Se espelhar em Organizações Sucesso	10	24%
	Presença de Consultoria Externa	6	14%
	Imitar modelos de Documentos e Formulários Internos	3	7%
Total		42	100%
Isomorfismo Normativo	Respostas Negativas (Ausência de Isomorfismo Normativo)	38	68%
	Participação em Sindicatos e/ou Associações	6	11%
	Influência da Instituição de Ensino (MBA Em Gestão e Saúde)	6	11%
	Preocupação em recrutar pessoal com determinado perfil	4	7%
	Ênfase em treinamentos externos	2	4%
	Recrutamento de pessoal de determinada organização de ensino	0	0%
Total		56	100%

Fonte: Elaborado pelo autor.

Em cada categoria, a opção “Respostas Negativas” agrupa as falas dos entrevistados que negaram ou que não souberam responder à questão. É importante mencionar que cada participante poderia citar mais de uma opção quando questionado em cada tipo de Isomorfismo.

Quanto ao Isomorfismo Coercitivo percebe-se que os que mais persistiram dentre as falas foram as influências da vigilância sanitária, pressões informais dos gestores pelas ações de qualidade, IQG/ONA e a legislação, com a predominância das normativas. No Isomorfismo Mimético quase a totalidade dos respondentes afirmam enxergar e participar de práticas de *Benchmarking*, seguido da busca em se espelhar em organizações de sucesso e utilização de consultoria externa. E por fim, quanto ao Isomorfismo Normativo ressalta-se a participação de parte dos entrevistados em Sindicatos e Associações da área como membros e a influência dos

centros de profissionalização, no caso resplandecido no MBA em Gestão e Saúde em que a maioria dos gestores está participando. Além disso, outra questão importante nesse contexto é a formação dos diretores. Um é doutorando, outro mestre e professor na área de Gestão Hospitalar, e o último mestre a auditor independente. Tais constatações são relevantes quando é abordada a questão da influência da profissionalização e da relação de forças, aspecto teórico do método de análise apresentado no dispositivo teórico.

Visando uma análise mais detalhada, procedeu-se com uma discussão das formações discursivas detectadas expondo suas características, pontos de ligações e preceitos essenciais.

4.1.5.2.1 Discussão das formações discursivas

Para a análise foram considerados os Fatores Preditivos, os aspectos teóricos da análise do discurso e os fatores institucionais de Dimaggio e Powell (1983) como diretrizes centrais. Visando melhor visualização do terreno onde a discussão permeou, apresenta-se a Figura 10.

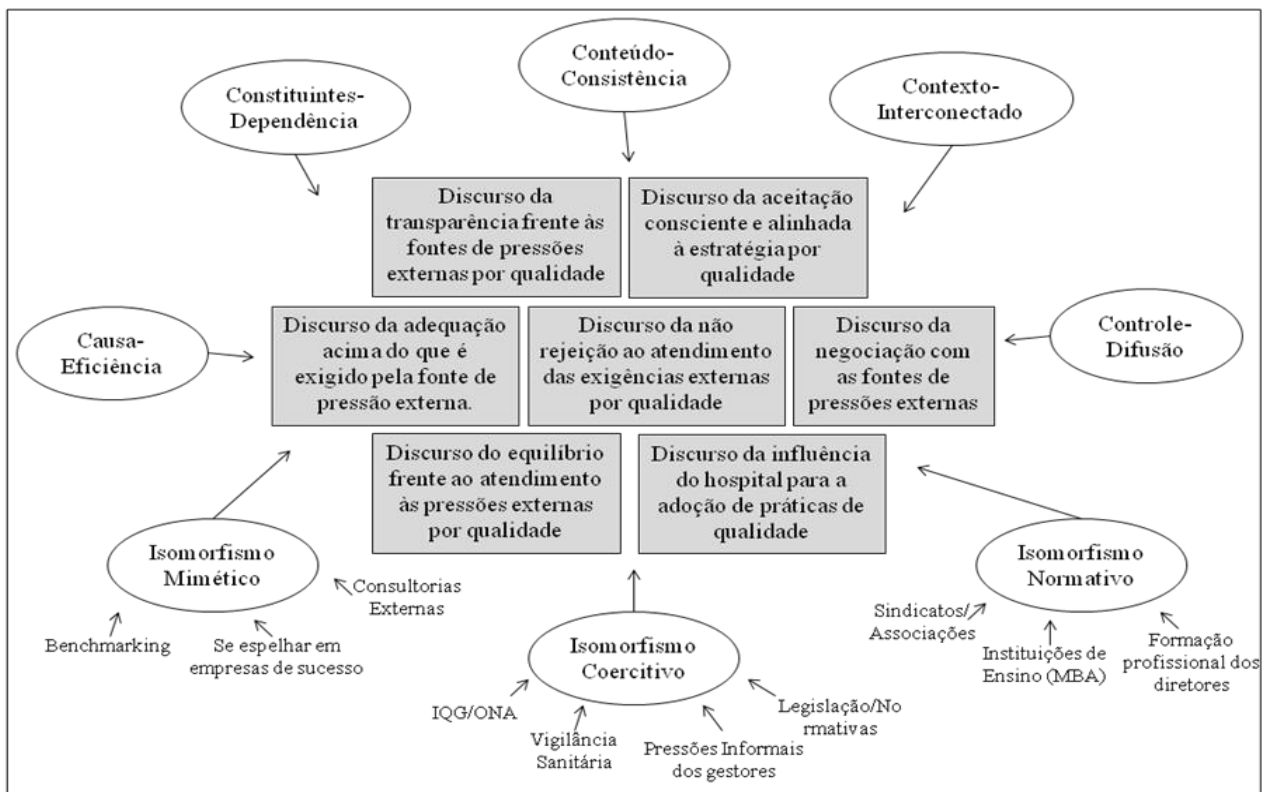


Figura 10. Relação dos discursos e respectivas formações discursivas - HMCC

Fonte: Elaborado pelo Autor.

Buscou-se retratar exatamente a relação entre Intradiscurso e Interdiscurso, ou seja, entre as Respostas Organizacionais predominantes (discursos) e os fatores institucionais que as influenciam (formações discursivas). O foco central são os discursos, e após isso procedeu-se com a identificação das formações discursivas, isto é, rumo a explicitar o que está por trás desses comportamentos organizacionais, os motivos que os originaram. Ao fim dessa etapa foram encontradas 8 formações discursivas.

O foco não recaiu sobre as formações discursivas decorrentes em cada discurso em específico, mas em caráter geral, quer dizer, as formações discursivas detectadas foram tratadas como os motivos ou os porquês originaram todas as sete respostas estratégicas em questão na pesquisa.

A formação discursiva *Causa-eficiência*, de acordo com Oliver (1991), revela interesse da organização quanto à responsabilidade econômica, ou seja, algo mais internamente. Geralmente o hospital em que predomina esse preditor institucional possui ênfase especial à gestão, controle e melhorias internas, nesse caso voltada a qualidade e seus custos. No hospital analisado percebe-se, pela maioria das falas, que essa questão retorna claramente ao foco final, o paciente. Existe o desejo de se conformar quando se fala em qualidade, já que isso, por uma norma institucional, se mostra como sinônimo de confiabilidade e segurança do serviço, porém acima do desejo de conformidade está a análise dos riscos ao paciente, isto é, o impacto da assistência.

Sujeito 1:

A nossa visão sempre, como eu te falei, a gente não entrou com a Acreditação para ter uma placa na parede dizendo que eu sou acreditado. Primeiro, fundamental, a segurança do paciente. Segundo, quanto mais qualidade, apesar de aumentar o custo, eu tenho uma redução de custo de assistência. [...] Eu creio que o modelo de acreditação ou o modelo de qualidade, ele acaba obviamente gerando uma questão de imagem enfim, é uma consequência, então assim, ele deve ser uma consequência, ele não pode ser o objeto (2016).

Sujeito 6:

Primeiramente foi visando diminuição de risco ao paciente. Mas claro que o objetivo final, o custo final a tendência é diminuir, mas acho que a gente não chegou nessa parte ainda não, por enquanto só está aumentando (2016).

O início de busca do processo de significação mostra, assim, que um dos sentidos predominantes por trás dos discursos explanados anteriormente é a atitude consciente e focada

em eficiência interna quando se fala em qualidade. Essa visão se distancia do foco voltado à imagem, o que fica evidente pelas falas, onde tal atributo é enxergado como uma consequência de prestação de um bom serviço. Foram identificados cartazes e *folders* com informações, inclusive sobre qualidade, porém destaca-se que a natureza era informativa e não voltada estritamente à divulgação. A qualidade nesse contexto é vista como uma oportunidade de melhorias, uma política institucional, prezando sempre no paciente e em sua segurança.

Constituintes-dependência é caracterizado como um preditor institucional ambiental que predomina quando a organização depende de um ou mais *stakeholders*. Nesse tipo de relação é muito provável que a organização cumpra as exigências de quem a está pressionando, visto que o contrário poderia incorrer em perda de parceria, benefícios ou recursos. Em relação ao hospital analisado, a principal relação de dependência ocorre com a Itaipu Binacional, uma vez que essa fundou o hospital e posteriormente criou uma fundação, que atualmente administra-o, conforme entrevistas e análise documental do estatuto. Sendo assim, os diretores, conselho e curadores são compostos por profissionais vinculados à usina, fatos que instituem uma relação de dependência administrativa, estatutária e de recursos, informações por sua vez também trianguladas com documentos institucionais e observações. Outras possíveis fontes de dependência citadas em menor escala foram as de financiamento (Planos de saúde, como a Unimed, e SUS), fornecedores (por contratos de comodato/fornecedor de carnes) e laboratório de análises clínicas externas. Nas análises dos documentos também se constatou grande relação com empresas terceirizadas como serviços de lavanderia, limpeza, coleta de lixo e manutenção, entretanto, nas entrevistas tais atores externos não foram citados como relações de dependência, mesmo diante do alto impacto que alguns causam no hospital.

Sujeito 2:

Itaipu Binacional, que daí é até uma questão do administrativo e de recurso também (2016).

Sujeito 4:

Pela Constituição da Fundação, os diretores eles são funcionários da Itaipu. Então a Itaipu é que instituiu a Fundação. [...] Ela que pode destituir, passar pra outro ente ou continuar com a instituição. Então eu diria que a gente tem sim uma dependência. Diferente de uma ingerência. [...] Existe uma dependência em função que, todo esse patrimônio, toda essa estrutura, ela foi instituída pela Itaipu. E os diretores, no estatuto, é o seguinte, os quatro diretores eles são funcionários da Itaipu, então, os demais são funcionários da Fundação (2016).

Sobre a dependência em relação aos dirigentes da fundação destaca-se o Parágrafo II do Artigo 11 do estatuto:

Os conselheiros indicados pelo diretor geral da Itaipu e o conselheiro eleito pelos empregados da instituidora, bem como seus suplentes, deverão ser empregados da Itaipu há pelo menos quatro anos (2016).

Como a Itaipu foi quem originou o hospital, conforme explicitado no tópico que aborda o histórico do hospital, existem fortes relações que perduram até os dias de hoje, e isso está muito nítido para os gestores entrevistados, uma vez que reconhecem como dependência a relação do hospital com sua mantenedora, fato por sua vez triangulado com documentos contábeis, como a análise dos pontos fortes e fracos constante no Planejamento Estratégico, que aponta essa dependência como uma fraqueza e ameaça ao hospital. Outro fator, não muito citado, mas muito importante nesse contexto é a ligação com o governo, por meio do faturamento de serviços SUS, já que cerca de 60% dos atendimentos do hospital se referem a pacientes SUS. Quando há dificuldades de repasse de valores à organização o impacto no hospital é grande e isso já ocorreu, como citam, por exemplo, os sujeitos 1 e 6. Isso desencadeou redução de faturamento, necessidade de dispensa de corpo funcional (Sujeito 6) e aumento de custos fixos para o hospital (Sujeito 1), o que caracteriza, portanto, uma espécie de dependência do SUS. Quanto às fontes de financiamento privado provenientes de 45 convênios, isso não ocorre, por haver grande diluição.

Na construção de sentidos dos discursos, pode-se estabelecer relação dessa formação discursiva com a do Isomorfismo Coercitivo, que também foca nas fortes relações de atores externos e o hospital, mediante a propagação de normas e regras institucionais, incentivadas ou pressionadas formal ou informalmente à adoção, donde também se encontra a Itaipu Binacional.

Conteúdo-Consistência retorna ao alinhamento entre as pressões institucionais externas e os objetivos e decisões internas. Diante disso, quanto maior essa congruência, mais a organização tende a se conformar, pois a forma como ela está agindo caminha na mesma direção daquilo solicitado externamente pelas fontes de pressões externas. No que se refere à qualidade, o hospital iniciou a construção de uma filosofia que perdura há mais de 10 anos. Isso engloba mudança de processos, maior gestão de recursos e custos, formalização de rotinas e protocolos, dentre outros aspectos, que acabaram por facilitar o atendimento a outros atores externos, como a Vigilância Sanitária. Então, a filosofia de qualidade que predomina no hospital, hoje ainda mais

consistente devido ao tempo de maturação, fez do ambiente interno um campo equiparado, em essência, às exigências externas por qualidade, o que promoveu consistência e/ou facilidade no atendimento dessas exigências.

Sujeito 2:

Estão ligados à estratégia. [...] Na verdade a gente, não é algo que se via tão claro, a gente parece que via o hospital indo pra um lado e a qualidade indo pro outro, hoje tá bem alinhado. Então está claro lá. Tanto focando custo, quanto falando de sustentabilidade financeira, quanto falando de política de segurança, falando de processo, falando de aprendizagem. É, a mesma linguagem (2016).

A qualidade está presente hoje na estratégia do hospital, bem como em vários pontos do planejamento estratégico. Quando se volta ao ambiente externo, as exigências dessa natureza estão cada vez maiores e é aí que o preditor Consistência se manifesta. Vê-se que, hoje se fala uma mesma linguagem quando o assunto é qualidade e seus custos, conforme cita o Sujeito 2.

Essa relação de sentido dos discursos pode admitir ligação com o Contexto-Inteconectado e com o Isomorfismo Coercitivo, uma vez que quanto mais conectados e alinhados estiverem as fontes de pressões e o hospital, mais ele tende a se adequar.

A formação discursiva *Controle-Difusão* se volta a atitudes voluntárias, quando a força institucional tiver como base anseios culturais ou sociais. Quando a organização percebe tal demanda tende a se conformar de maneira consciente, por acreditar que é algo benéfico para o meio. Aqui não existe uma pressão, uma exigência clara como em outros preditores. É algo que ocorre naturalmente, quando a organização percebe que o melhor é se conformar e cumprir a necessidade enxergada. Esse preditor revela-se como algo que vai se difundindo aos poucos, pela percepção de que aquilo é benéfico. Com o hospital ocorreu exatamente isso. Os investimentos em qualidade não eram nem são hoje uma obrigação, tanto é que em muitos hospitais isso não existe. É assim, algo que aconteceu de modo natural, por notar ser o melhor para o paciente, em questão de redução de riscos e aumento de segurança.

Sujeito 2:

Natural. Sim, ela foi assim. Até por uma questão de sobrevivência no mercado. A gente tem que ser bem ajustado no caminho (2016).

Sujeito 4:

O próprio processo de acreditação, que foi onde o hospital se inseriu, é um processo voluntário. É... no Brasil nós temos aí, pela última relação que tinha, em torno de 6 mil hospitais e, se eu não me engano, não sei se a gente tinha 300 peças acreditadas. [...] Então, eu diria que não houve uma imposição legal, houve sim aquilo que eu falei, uma preocupação da instituição em melhorar seus processos e garantir a qualidade assistencial e a segurança do paciente e ser reconhecida pela comunidade (2016).

Sujeito 7:

[...] Foi acontecendo, não só em outras instituições, mas também na necessidade do cliente (2016).

As falas deixam transparente que essa filosofia de qualidade que permeia no hospital hoje não foi algo imposto, mais adotado rumo a contribuir com o ambiente em que a organização está inserida e em meio aos seus processos internos. Afirmam, ainda, que essa adoção foi algo que foi acontecendo, frente ao mercado e ao fato de outras organizações também estarem investindo.

Essa parte do processo de significação tem relação com outras formações discursivas. Primeiramente, percebe-se uma conexão com o Isomorfismo Mimético, uma vez que a difusão preza pela adoção da exigência institucional mediante a percepção da demanda do meio, o que inclui as ações de outras organizações concorrentes ou parceiras. Outro ponto de ligação entre as formações discursivas é o foco final pelo qual a qualidade caminha no hospital: o paciente. Esse ponto já foi abordado quando foi discutido sobre a Causa-Eficiência, o que revela relação próxima entre essas formações discursivas.

Encerrando as formações discursivas constatadas pelos preditores de Oliver (1991) tem-se o *Contexto-Interconectado*. Este fator preditivo se revela quando o hospital está imerso em um ambiente altamente conectado, provido de relacionamentos próximos entre atores externos, o que contribui para adoção de regras institucionalizadas, ou seja, para posturas mais conformistas. O hospital analisado, por existir desde a construção da Itaipu, que atua na região de Foz do Iguaçu há décadas, fato que acoplado com esse interesse em qualidade pode constituir com o tempo, relacionamentos duradouros com outras organizações tais como fornecedores, terceirizados e com o governo. Além disso, conforme citado por alguns respondentes, como o Sujeito 1, “o hospital é referência na região, o que facilita essa interconexão entre atores organizacionais externos”. O fato de ser filantrópico também contribui nesse contexto, visto que o relacionamento

com o município representa alta conexão, por conta dos atendimentos SUS e devido à prestação de contas, por ser uma fundação. Ainda vale lembrar da conexão efetiva com seus clientes, nesse caso realçada pelo trabalho dos *totens*, que visam captar informações importantes para a melhora do atendimento, conforme enfatizado nas análises documentais e informativos internos.

Sujeito 1:

A gente busca estar integrado. Nós, com as operadoras a gente tem uma relação muito boa e participamos dos projetos de avaliação. [...] E da mesma forma, os demais entes aí, fornecedores, enfim, nós temos os totens aí que fazem as pesquisas de satisfação do cliente e fazemos pesquisa com os médicos. Clima organizacional, então, assim, a gente busca estar trazendo esse tipo de informação não somente para constar de um indicador, mas pra realimentar, a própria gestão (2016).

Sujeito 4:

Eu vejo assim, difícil a instituição que não tenha [...] esse link aí com os *stakeholders*. Então, principalmente os usuários, nós temos aí, atendemos mais de 42 convênios aqui dentro do hospital... alguns tem um volume maior dentro da instituição, e a gente tá buscando sempre identificar quais são as insatisfações, avaliando como a gente pode fazer adequações, então, muito da melhoria dos processos teve também dessas informações que chegam pra gente (2016).

A conexão do hospital atinge desde fornecedores e provedores de recursos até os próprios clientes, conforme destacam as falas dos dois sujeitos. A atenção a essas conexões e as ações em prol de melhorá-las, tal como as medidas para satisfação do cliente, podem colaborar para, cada vez mais, realçar essas conexões.

Quanto a esse preditor, observa-se possíveis correspondências com outras formações discursivas como Constituintes-Dependência, que nada mais é do que uma forte ligação entre o hospital e um ator externo, e Controle-Difusão, visto que em ambientes interligados a difusão de normas institucionais, no caso voltadas a qualidade, são muito mais propensas a ocorrer facilmente.

A formação discursiva constituída por elementos do *Isomorfismo Coercitivo* resulta de pressões formais e informais de fontes externas, que acabam impulsionando o hospital a mudar. Em relação ao hospital analisado, os atores externos constatados que mais pressionam para o Isomorfismo Coercitivo são a Vigilância Sanitária, as pressões informais dos gestores quanto à

informação gerada, o IQG/ONA, e as Normativas concernentes ao setor. As pressões formais nesse contexto se dão pela Vigilância Sanitária e pelas Normativas, enquanto as informais, pelo IQG/ONA e pelas exigências dos gestores, pressões essas confirmadas pela análise documental. Além dessas, diversas outras fontes de pressão foram citadas, porém em menor escala, como a própria Itaipu Binacional e os Conselhos específicos das áreas. Ademais, outras pressões coercitivas percebidas nas observações diretas foram a do estado para implantação da UTI pediátrica e aquela trazida pela adoção do programa amigo da criança.

Sujeito 5:

O IQG tem influencia muito positiva nesse quesito. A Vigilância Sanitária, a visão sempre é positiva porque quando eles fazem a visita, eles vão obviamente apontar algo que está inadequado [...]. Então essa influencia ela vai existir, da Vigilância Sanitária vai vir e ah, vocês não estão adequados, e vocês tem tais dias para adequar [...]. Então sempre, a gente vai seguir legislação, conselhos, Vigilância Sanitária, IQG, mas sempre com essa visão assim ó, a gente precisa adequar (comunicação pessoal, 28 de outubro de 2016).

Sujeito 11:

A gente tem o próprio conselho [...], que determina as ações, e os protocolos, e o trabalho mínimo que você tem que desempenhar, focado em qualidade e consequente, gera economia ou serviço. A própria Vigilância Sanitária também, com as mesmas ações em acordo com a legislação também fazem esse trabalho. E agora a certificadora, o IQG, a ONA (2016).

Quanto às pressões informais os gestores, o Sujeito 12 comenta:

Existe. Na verdade, eles solicitam e se não está de acordo com o que é proposto, eles solicitam que a gente refaça [...] (2016).

Esse tipo de Isomorfismo é sempre muito presente dentre as relações institucionais. As pressões acabam por moldar, em vezes até de caráter obrigatório, o jeito como o hospital age e como é estruturado. Todavia, as falas enfatizam que a visão que se tem não é como algo regulador, mas em sentido construtivo de adequação e crescimento, como uma forma do hospital evoluir. Evidência disso é a presença de traços desses órgãos reguladores dentre a construção dos documentos internos do hospital como protocolos, conforme observado nas análises documentais, bem como os itens base dos *check-list* utilizados nas auditorias internas, que tiveram como fundamentação os quesitos da ONA, portanto fonte de pressão coercitiva. Essa formação discursiva possui forte correlação, por exemplo, com Constituintes-Dependência e Contexto-

Interconectado, em virtude que exploram quais são os atores externos e como ou de que forma eles exercem influência no hospital.

Quanto à formação discursiva que envolve o *Isomorfismo Mimético*, cabe destacar que está relacionada ao posicionamento de imitação defronte a situações de incertezas. Dimaggio e Powell (1983) citam ainda que não só em casos de incertezas, mas quando a organização busca melhorias procura identificar aqueles casos de sucesso em seu segmento, e dessa forma se modelar, tomando como base as práticas identificadas. Essa é exatamente a essência do hospital analisado, conforme mostram os dados coletados. A situação detectada não é de incertezas, fato demonstrado, por exemplo, pela não apuração do preditor “Contexto-Incerto”. A ênfase, assim, pela imitação deve-se ao desejo de melhoria e aprimoramento processual e gerencial. A prática maior citada, quase em totalidade pelos respondentes, se deve à prática de *Benchmarking*. O Sujeito 4 declara inclusive que isso “é algo muito comum no segmento hospitalar”. Outra questão buscava auferir se há espelhamento em organizações de sucesso, constatação confirmada também pela grande maioria dos gestores. E por fim, também foi explorado sobre a influência das consultorias externas, que também conquistou resultados positivos, muitas vezes representado pelo próprio IQG, que por ser uma instituição avaliadora da ONA, acaba por propagar modelos de gestão, práticas de sucesso ou destaques de qualquer natureza. Esse fato foi confirmado mediante documentação de várias visitas técnicas a outras instituições.

Sobre a prática de *Benchmarking*, pode-se observar:

Sujeito 3:

A gente faz muitas visitas a outras instituições. [...]. Semana que vem, na outra, daqui 15 dias mesmo estou indo para Curitiba visitar um laboratório de simulação de uma instituição para gente avaliar como a gente vai implantar aqui. [...] Semana passada, semana retrasada um grupo de três diretores foi a Belo Horizonte para ver como é a implantação de um sistema em um hospital lá em Belo Horizonte para trazer a implantação para cá (2016).

Sujeito 12:

[...] A gente foi visitar um serviço de neonatologia e obstetrícia que trabalhava da mesma maneira que a gente, para gente trazer melhorias. Dessa visita a gente acabou trazendo algumas ideias, algumas melhorias para o setor, mas existe sim (2016).

Quanto ao espelhamento em organizações de sucesso:

Sujeito 10:

Esse hospital (citado anteriormente) eu peguei como modelo porque eles tomaram algumas atitudes que eu achei muito bacana e acho que seria muito valido para nós (2016).

Sujeito 12:

São os grandes centros de São Paulo, inclusive o que eu fui visitar, que é um hospital público, mas que é um hospital que é administrado por uma empresa que dá super certo também. E aí tem os outros... Samaritano a gente já foi visitar, que também é de sucesso [...] mas existe sim e impulsiona a gente a melhorar (2016).

E por fim, quanto às consultorias externas destacou-se:

Sujeito 5:

O hospital ele, por ser acreditado, ele acompanha o que está sendo realizado nos outros hospitais acreditados, e quem nos dá esse apoio é o próprio IQG. [...] A gente começou a desenvolver no inicio do ano a linha de cuidado oncológico, perguntamos: Qual hospital que hoje já está avançado? Ó, o hospital tal! Vai lá e faz uma visita (2016).

Sujeito 6:

Consultor externo houve, à qualidade, e de Infecção Hospitalar teve também uma consultoria para ajudar no começo, que não estava se entendendo o que estava acontecendo (2016).

Destarte, percebe-se que as ações voltadas ao Isomorfismo Mimético incidem de maneira constante no hospital, porém o foco retorna sempre à melhoria da estrutura e dos processos. Além disso, tais ações são enxergadas como vantajosas na organização, visto que é uma das portas para seu desenvolvimento. Como formações discursivas relacionadas, destaca-se o Contexto-Interconectado, onde quanto mais unidas forem as organizações mais facilidade de praticar o mimetismo haverá, e também a Causa-Eficiência, já que a finalidade de tais ações é a melhoria interna, de processos e de gestão.

Enfim, a formação discursiva que encerra essa etapa é a do *Isomorfismo Normativo*, revelado principalmente pelos efeitos da profissionalização, quer dizer, os profissionais dentro de uma organização possuem características importantes que acabam influenciando-a. Isso inclui, de modo indireto, as instituições de ensino, a forma ou perfil buscados quando os funcionários são contratados e as redes profissionais, que acabam por propagar modelos de normas institucionais perante o mesmo segmento. No hospital analisado, uma das principais influências nesse sentido deve-se a um MBA em saúde e gestão oferecido pelo próprio hospital a quase totalidade dos

gestores em uma determinada instituição de ensino. Isso representa forte ação isomórfica normativa e acaba influenciando no modo de operação da instituição. Além disso, a participação dos gestores em sindicatos e associações da área como membros também contribui para a disseminação de Isomorfismo Normativo perante as práticas de qualidade do hospital.

Quanto ao MBA em gestão e saúde:

Sujeito 7:

A gente faz uma MBA que é só para os gestores, supervisores e que vem muito é, profissional de outras instituições, outros professores, que trazem a visão deles, e que são coisas que coloca na prática aqui também. [...] O hospital deu a pós-graduação para um grupo de funcionários (2016).

Sujeito 9:

[...] O MBA que a gente está fazendo em gestão e saúde, que a instituição está fornecendo para os gestores daqui, internos, então isso também vem trazendo, querendo ou não, uma troca de experiências com professores de outras instituições (2016).

Quanto à participação em sindicatos e associações da área:

Sujeito 2:

Eu sou filiada ao sindicato dos funcionários da saúde, e só como membro. [...]. Como eles são bem presentes, por exemplo, quando tem alguma assembleia, alguma reunião pra discutir essas, as questões que envolvem a nossa convenção, acordo coletivo, o sindicato vem aqui (2016).

Sujeito 4:

É... Conselho Regional de Administração. É... nós temos aqui a Associação Paranaense de administração... de Administradores Hospitalares, que eu participo (2016).

Sujeito 14:

Associação médica, e tem a parte de enfermagem também, que é brasileira. É vinculado. Tem os congressos, tem os informativos sempre [...] (comunicação pessoal, 27 de outubro de 2016).

Como o MBA atinge a grande maioria dos gestores do hospital, tal medida proporciona grande influência normativa, haja vista que predomina nessas aulas o modo de operar dos profissionais que as ministram, exemplos de outros hospitais e difusão de modelos de administração hospitalar, o que atinge a qualidade e seus custos, foco desse trabalho. Por outro

lado, a participação em sindicatos da área pode acarretar influência isomórfica normativa, pois esses órgãos também disseminam modelos e normas que contribuem na gestão, e esse ponto foi bem incidente dentre os participantes. Em relação às influências dessa formação discursiva na seleção de determinado perfil de profissional, a maioria dos respondentes negaram essa preocupação, já que a mão de obra qualificada é um ponto difícil para a organização, principalmente, por esse ser o único acreditado da região, conforme afirma o sujeito 4. Assim, como a capacitação de novos funcionários, que é feita somente a nível interno, através de integração, não havendo qualquer influência externa. Treinamentos de curta duração externos podem ocorrer em caráter ocasional, conforme necessidade, informação triangulada e confirmada por documentos e observações de murais de recado.

Também foi destacada nessa formação discursiva a capacitação dos diretores. Como dois são mestres e um doutorando, além do fato do outro ser professor da área de administração hospitalar, a disseminação de modelos inclusos na profissionalização do segmento torna-se constante e possibilita a influência no modo de gestão do hospital. Analisando esse ponto e frente à importância e relevância desse fator nesse tipo de Isomorfismo, incluiu-se como parte da respectiva formação discursiva. Esse ponto foi considerado relevante perante o conceito do método de análise proposto (análise do discurso) que retorna à relação de forças, ou seja, o lugar ou posição onde o sujeito fala pode influenciar na disseminação ou repúdio ao discurso, no Intradiscurso e no Interdiscurso.

No que fora supracitado, os diretores podem influenciar muito na forma como são construídas as formações discursivas e os discursos do hospital, visto que estão no topo da gestão e inclusos ativamente como seres contribuintes da profissionalização da área. É possível enxergar nesse ponto uma ligação com a formação discursiva Constituintes-Dependência, que traz a relação “dependente” à Itaipu, e como os diretores são funcionários dessa organização, essa relação de forças, mesmo que indiretamente, pode-se revelar, em termos de comparação, como da Itaipu para o hospital.

4.1.5.3 Terceira Etapa (processo discursivo e ideologia)

A análise do discurso possui como finalidade intrínseca revelar os sentidos dos discursos com base nas condições sócio-históricas e ideológicas que os originaram. Isso tudo tem nexos com

a exterioridade da língua, em nível de interpretação, com foco em sua materialidade, o que inclui aspectos verbais e não verbais (Fernandes, 2007).

É preciso que se entenda o contexto histórico no qual o discurso permeia, sendo isso a ideologia, uma análise mais ampla (Orlandi & Rodrigues, 2006). Como o discurso está inserido em um contexto social, é preciso que o pesquisador se dirija a outros espaços, sendo necessário que os discursos e o que está por trás deles sejam pensados em seus processos históricos de constituição (Fernandes, 2007).

Para essa etapa de análise, segundo o método abordado, foram tomados como diretrizes aspectos voltados à historicidade e efeitos metafóricos. Historicidade envolve as condições históricas pela qual foi originado o discurso, e efeito metafórico como deslize seguido de substituições de sentido (Orlandi & Rodrigues, 2006), ou seja, pode ser entendida como a tomada de uma palavra por outra (Orlandi, 2012). A base para essa análise se encontra basicamente no conjunto de formações discursivas identificadas na etapa 2 (Orlandi & Rodrigues, 2006).

Sendo assim, com foco no procedimento analítico, mediante a utilização das metáforas e historicidade, no que diz respeito à formação discursiva *Causa-Eficiência*, percebem-se os deslizes:

O risco de insegurança é absurdo mesmo. E a gente sempre olhou qualidade como uma forma de você colocar barreiras nesses erros (Sujeito 1, 2016).

Diminuição de risco ao paciente e redução de custo de assistência (Sujeito 6, 2016).

A eficiência de processos e a melhoria da qualidade assistencial e segurança do paciente foi o primeiro motivo (Sujeito 4, 2016).

O foco interno do hospital em apoiar e incentivar essa cultura de qualidade admite como principal, de acordo com as metáforas destacadas, a questão da segurança do paciente, com a utilização de artifícios voltados à eficiência interna. Tal finalidade perpassa a finalidade lucrativa ou de divulgação externa. Esse ápice voltado ao estado do paciente está interligado, de acordo com aspectos sócio-históricos, à natureza de filantropia e humanização do hospital, que se concentra em atender, até gratuitamente, quem não consegue pagar (Zanon, 2001). Então, sempre se espera que esse tipo de hospital opere de forma eficiente, como se fosse privado, porém, a essência é que o retorno se reverta à comunidade na qual este se insere (Vecina & Malik, 2014).

Para encontrar a ideologia referente foi necessário recorrer às finalidades do hospital em meio à história. Originalmente, era visto como o lugar de acúmulo das pessoas excluídas socialmente. Após, devido às transformações sociais, isso foi mudando e incorporando várias definições. No século XVII, iniciou-se uma mudança que admitia como foco o domínio do corpo e cura das pessoas. Todavia, para isso, o principal alvo não era o doente em si, mas o espaço que girava em torno deste, o chamado modelo hospitalocêntrico de cura. Após essa fase, inicia-se a era da Medicina Científica, com foco não mais no ambiente, mas no tratamento focado na imunização e na utilização de remédios (Vecina & Malik, 2014).

Além disso, é importante destacar também alguns aspectos sobre o risco, já que as falas persistem em abordá-lo como ponto central, além de ser citado várias vezes nos documentos analisados. O foco em combater o risco demonstra a relevância de tal fato no ambiente hospitalar, o que revela ao mesmo tempo uma das principais causas do investimento e gestão da qualidade. Isso se deve a própria realidade hospitalar, já que os serviços de saúde estão repletos de risco, desde agentes patogênicos, equipamentos elétricos e drogas de risco. Não há como eliminá-los, mas sim como reduzi-los (Vecina & Malik, 2014). Com a explanação dessa realidade destacado pelos referidos autores, é possível reconhecer o risco como preponderante nos hospitais, porém a percepção de combate constante a esse fator pode representar um diferencial.

Quanto à questão da *dependência* da Itaipu Binacional, revela-se os deslizos:

Os quatro diretores são funcionários da Itaipu, toda essa estrutura foi instituída pela Itaipu (Sujeito 4, 2016).

Por sairmos de um ambiente industrial, você acaba tendo uma *visão da própria instituidora*, de trabalhar movimentos de qualidade. Porque tu pega a indústria, a indústria está anos, décadas à frente de toda a gestão hospitalar (Sujeito 1, 2016).

O hospital ele tem uma mantenedora, a Itaipu, eu acho que pode ser considerado uma relação de dependência (Sujeito 7, 2016).

A relação do hospital com a Itaipu Binacional foi citada pela grande maioria dos entrevistados. Alguns veem isso com um olhar mais míope, de maneira mais estrita. Outros de modo mais amplo, considerando o contexto histórico em que tal situação foi originada.

Para entender essa relação foi preciso retomar o início de operações do hospital, que foi em 1979, com finalidade específica em atender os funcionários envolvidos na construção da usina. Essa essência voltada exclusivamente às necessidades da Itaipu por si só já instituiu um vínculo permanente. Após o término da construção, visando otimizar a organização, a usina criou uma fundação privada que até hoje administra o hospital.

A relação do hospital, diante a tais condições, tende a sempre ocorrer com respeito e certa subordinação, devido a uma relação, mesmo que indireta, de poder que a Usina detém desde sua criação. Isso inclusive já está institucionalizado na cultura do hospital. Os que começam a trabalhar já são inseridos nessa realidade, de união com a Usina, a grande instituidora.

Quando pesquisado sobre os aspectos voltados à historicidade, destaca-se que a liberdade conferida frente aos assuntos do hospital deve ser a principal responsabilidade dos dirigentes diante à autoridade administrativa superior predominante (Castelar, Mordelet & Grabois 1995). Quando se fala em ideologia, os mesmos autores abordam as formas como a autonomia é tratada em relações de dependência, como a existente no estudo. Tudo gira em torno das responsabilidades dos dirigentes. Existe a direção por objetivos (DPO), uma relação de menor autonomia onde a organização original dispõe do poder, porém fixa objetivos e combina meios para seu cumprimento; e Direção Participativa por Objetivos (DPPO), onde o dirigente da empresa administrada integra a construção e métodos de alcance dos objetivos e meios para alcançá-lo, ou seja, há maior autonomia (Castelar, Mordelet & Grabois 1995). Em relação à ideologia predominante, pode-se considerar que predomina a Direção Por Objetivos (DPO), já que a organização dominante é a usina, e assim, grande parte das decisões e construção de planos estratégicos e indicadores são direcionados pela usina, o que faz com que a liberdade seja menor. Uma evidência forte disso é o fato dos diretores e superintendente serem colaboradores da Itaipu.

Esse poder maior conferido aos diretores no hospital perante a Itaipu possui raízes históricas em 1958, época em que se reconheceu que o poder dos gestores nessas situações aumentava continuamente, o que revelou acréscimo de confiança, todavia, pode-se considerar que sua dependência e prestação de contas junto ao poder central também aumentou a partir desse período (Castelar, Mordelet & Grabois, 1995).

A *Consistência* entre o que o ambiente externo exige e o que o hospital preza designou alguns efeitos metafóricos, conforme destacados:

Estão ligados à estratégia, é a mesma linguagem (Sujeito 2, 2016).

Está dentro da missão, da visão e valores do hospital (Sujeito 6, 2016).

A gente tenta trabalhar de acordo com o Planejamento Estratégico (Sujeito 7, 2016).

Trabalho com o BSC aqui dentro da instituição. Está bem alinhado aí (Sujeito 4, 2016).

Essa consistência se volta à comparação entre o que o hospital preza e o que o meio externo exige quando se fala em qualidade. Percebe-se uma ênfase demasiada no Planejamento estratégico e no BSC, justificativa para a maioria dos respondentes e principal alvo do efeito metafórico explicitado. Porém, afirmam estar alinhados com o que está sendo exigido sobre qualidade pelas fontes de pressões institucionais externas, alinhamento esse traduzido por meio desses dois instrumentos gerenciais.

Em consonância com o que revela essa formação discursiva, Mezomo (2001) destaca que a melhoria de qualidade revela realmente uma fonte de pressão a nível externo e interno. Externo do ponto de vista do governo, concorrência e usuários dos serviços, e internamente dos próprios funcionários e administradores, que preveem a qualidade como uma iniciativa interna, não só como resultado às pressões externas. O nível de consistência entre essas duas esferas é que vai determinar a velocidade e a direção da mudança.

A dificuldade em padronizar e utilizar mecanismos voltados a qualidade hospitalar tem sido enxergado como um pesadelo para a cultura gerencial hegemônica (Vecina & Malik, 2014), isto é, o meio externo defende e prega a qualidade, mas reconhece o quão difícil é de operacionalizar isso. Tal visão é perceptível no hospital analisado, onde existe a dificuldade em implantar, entretanto a cultura gerencial que paira no meio externo se manifesta na qualidade do serviço e, assim, nota-se um alinhamento. Prova disso é a própria busca pela Acreditação Hospitalar, buscada voluntariamente pelo hospital.

A conexão entre como isso é feito, ou seja, sobre o BSC e o Planejamento Estratégico, e a consistência entre as exigências externas foi encontrada em Gauthier et. al. (1979), quando afirma que em qualquer empresa se torna necessário a medição do desempenho entre as demais, ao mesmo tempo em que se leva em consideração os objetivos internos e seus processos.

Conceitos como esses voltados à estratégia e planejamento, a um nível histórico, se difundiram na década de 1960, sendo de origem militar, quando o meio externo passava por período de instabilidade, o que incentivou a competição entre as empresas (Castelar, Mordelet &

Grabois 1995). Esse fato corrobora com a consistência entre as exigências de fora e o que é feito no hospital, haja vista que tais instrumentos gerenciais se revelaram mais fortemente em períodos de instabilidade, além do ponto inicial ser de origem militar, quer dizer, coube refletir, idealizar e agir defronte ao que vem daquilo que é externo, que está à frente, que no caso dessa formação discursiva se dá pelas exigências do ambiente externo.

A *difusão* dessa filosofia de qualidade, citada pela maioria dos respondentes, apresentou algumas metáforas, segundo as análises efetuadas:

Até por uma questão de *sobrevivência no mercado* (Sujeito 2, 2016).

A gente sempre, apesar de estar no interior, a gente sempre prezou, em *se destacar e ser referência no serviço*. (Então foi adotado de forma natural?). Sim, isso. A gente viu, a movimentação nos grandes centros por que a gente não traz isso pra cá? (Sujeito 4, 2016)

Foi acontecendo, não só em outras instituições, mas também *na necessidade do cliente* (Sujeito 7, 2016)

Se ele busca melhoria, é pelo que o mercado, não só *pelo que o mercado exige*, mas pela própria missão da empresa (Sujeito 14, 2016).

A Difusão das práticas de qualidade, mediante as metáforas destacadas, mostra que para o hospital é até mesmo uma questão de sobrevivência. O hospital se encontra em um período de grandes mudanças, onde informações e o conhecimento estão sendo disseminados em toda parte, inclusive no que diz respeito à qualidade, e assim as organizações precisam renovar sua filosofia de gestão a fim de responder de prontidão (Mezomo, 2001). Deste modo, percebe-se que essa difusão revela às necessidades do mercado e dos pacientes atendidos, e frente à transmissão desses preceitos de qualidade, o hospital tentou e tenta se atualizar, adequando às exigências não como imposição, mas como uma forma de melhorar a assistência (conforme apresentado nas metáforas da Causa-Eficiência) ao mesmo tempo em que atende aos anseios do mercado.

Quanto à historicidade, coube trazer o contexto externo no qual a qualidade predomina, visto que foi daí que a difusão atingiu o hospital analisado. A partir da década de 90 as empresas começaram a perceber as limitações que havia na utilização apenas de indicadores financeiros, e diante disso, uma das saídas foi o investimento e gestão da qualidade (Vecina & Malik, 2014). Tal percepção impulsionou a propagação da qualidade no meio externo, e tal efeito atingiu

mesmo aquelas que não praticavam essas ações. Isso ocorre até hoje, e como citado pelos respondentes, foi absorvido pelo hospital.

A necessidade por qualidade no mercado moderno relaciona-se a um ideal que nasce e vive no princípio da liberdade de mercado. No regime capitalista ninguém é obrigado a prestar um serviço com qualidade. Assim, pode-se concluir que essas iniciativas podem ser induzidas, quando em contato com a sociedade como um todo, e quando essa indução ocorre, primeiramente, por iniciativas relativas à instauração dessa filosofia em interesse de se difundir dentre as organizações do país em geral, Ishikawa considera que a herança que predomina é de natureza japonesa (Nogueira, 1994). No hospital analisado, admitindo que a difusão foi natural, a ideologia que predomina é a japonesa. Essa essência japonesa defende que os resultados nem sempre são imediatos, e o lucro nem sempre vem fácil, mas demanda um prazo mais longo e é adotado de modo voluntário (Nogueira, 1994).

A *alta Interconexão* do hospital com as outras organizações próximas desencadeou algumas metáforas:

A gente busca estar integrado [...]. A gente busca estar trazendo esse tipo de informação não somente para constar de um indicador, mas pra realimentar, a própria gestão (Sujeito 1, 2016).

É difícil a instituição que não tenha esse link com os stakeholders (Sujeito 4, 2016).

Bem conectado. Altamente acho que... falta um pouquinho ainda (Sujeito 3, 2016).

Com certeza, com toda a região (Sujeito 8, 2016).

A integração entre as organizações próximas facilita qualquer que seja a relação ou necessidade do hospital. Pelas metáforas expostas torna-se perceptível que essas ligações são enxergadas como necessárias e coloca o hospital como aberto frente a esses elos. O sujeito 4 acredita, inclusive que na maioria dos casos, as empresas possuem tal característica, julgando como algo natural e até meio automático.

É muito importante analisar as condições externas em que o hospital se encontra, o contexto em que esse atua, frente à percepção de um mundo totalmente globalizado e repleto de contradições, no qual tal visualização é indispensável para identificar e explorar as diferentes forças de atuação (Organização Pan-americana de Saúde, 2004).

Essa busca e apoio aos elos de ligação entre atores externos mostra a preocupação do hospital em caminhar coletivamente, em prol da qualidade, com uma visão aberta e ampla. O que permeia na exterioridade é a grande ligação que o hospital necessita com agentes externos, sendo capaz de possuir maior flexibilidade e espírito colaborativo, fator indispensável para o atendimento de seus objetivos, inclusive ao atendimento do cliente (Organização Pan-americana de Saúde, 2004). Nesse contexto, a interligação se exhibe como necessidade para que a organização consiga atingir seus objetivos.

É imprescindível a análise e integração ao ambiente externo, visando assegurar uma posição competitiva, além de convergir para sua continuidade, vendo as organizações que compõe esse ambiente não como rivais, mas como aliadas (Barreto, 2008), como ocorre no caso analisado, sendo uma evidência disso o próprio trabalho de *Benchmarking* usufruído e recebido pela organização, conforme destaca o Sujeito 3.

O *Isomorfismo Coercitivo* apresentou as metáforas:

Então sempre, *a gente vai seguir legislação, conselhos, Vigilância Sanitária, IQG*, mas sempre com essa visão assim ó, a gente precisa adequar (Sujeito 5, 2016).

Tanto o IQG quanto a ONA, em função de nós pertencermos, o hospital acreditado. *A comunidade*, porque existe uma cobrança. *Os convênios* também exercem pressão porque eles têm uma forma de direcionar os seus usuários em função da qualidade de um... que o serviço é prestado dentro da instituição (Sujeito 4, 2016).

Vigilância Sanitária, bastante. Mais a acreditação e Vigilância (Sujeito 10, 2016).

Até por uma própria competição de mercado. [...] *As próprias normativas, resoluções, legislação*, a gente deve trabalhar, então ela te impulsiona que se faça naquele formato (Sujeito 13, 2016).

Para qualquer empresa são vários os órgãos externos que, por exigências formais ou informais, pressionam para a adequação segundo preceitos restritos. No hospital foram identificados vários desses órgãos externos, conforme destaca o efeito metafórico. A postura do hospital diante disso revela a visão de algo que contribui para melhoria, tanto é que o IQG/ONA é algo voluntário voltado à qualidade, e que acabou sendo aderido pela organização. O desejo de

mudar, sentido às melhorias é o que está por trás dessa posição, o que mais uma vez retorna ao paciente e à sua segurança (conforme explorado na Causa-Eficiência).

Sobre esses agentes reguladores, sob um contexto histórico, destaca-se que o principal mecanismo de controle sempre se revela por meio da padronização orientada através de órgãos fiscalizadores externos (Vecina & Malik, 2014). Esses órgãos externos, portanto, são enxergados, desde tempos passados, como agentes modeladores das organizações. Essa padronização citada nada mais é do que o Isomorfismo de DiMaggio e Powell (1983), que tende a fazer com que as organizações fiquem cada vez mais parecidas. Assim, esse é um processo normal e sempre existente na realidade das organizações submetidas a um ambiente institucional.

Percebe-se ainda que a maioria dos respondentes cita a Vigilância Sanitária como principal órgão regulador. Esse órgão tem caráter normativo e baseia-se em normativas específicas, que possuem ligação direta com o Ministério da Saúde. Considera-se, assim, que o que está por trás dessa formação discursiva é exatamente o desejo de melhorar, haja vista que a grande maioria dos entrevistados relata sempre se adequar à Vigilância, e veem o IGQ como fonte de auxílio voluntário à essas exigências.

Quanto ao *Isomorfismo Mimético* foram detectadas as seguintes metáforas:

- *Benchmarking*:

A gente faz *muitas visitas a outras instituições* (Sujeito 3, 2016).

A gente acabou trazendo *algumas ideias, algumas melhorias* para o setor (Sujeito 12, 2016).

Diria que dentro da área hospitalar é *uma questão muito comum, você visitar outras instituições* e aí avaliar se você pode trazer isso pra sua realidade (Sujeito 4, 2016).

Mostra-se muito comum a prática de imitação no hospital, e o intuito disso, mais uma vez, volta-se ao oferecimento de desenvolvimento ou à introdução de novas práticas. A grande maioria dos respondentes afirmou já ter participado de ações voltadas a isso, o que leva à percepção de que isso está institucionalizado em boa parte do hospital. Algumas falas, porém, como a do Sujeito 9, ressaltam a não imitação simplesmente por fazer igual, mas a tomada dessa experiência a fim de desencadear a evolução das práticas e da forma como a qualidade age na organização.

Esse conceito, sob um contexto histórico, tornou-se popular na década de 70, com o propósito de fornecer aprendizagem organizacional, já que o desempenho dos concorrentes às vezes mostrava-se como superior e, assim, conhecer suas formas de operar poderia representar uma fonte de vantagens. Todavia, um dos problemas nesse contexto era a dificuldade em encontrar acesso em outras empresas (Corrêa & Caon, 2012), fato negado na atualidade pelo Sujeito 4 no hospital pesquisado.

Com a exploração do tema em meio à literatura, identificou-se três tipos de *Benchmarking*: o interno, o competitivo e o funcional (Corrêa & Caon, 2012). Em relação a essa ideologia, o que predomina no hospital analisado, segundo o efeito metafórico destacado, é o *Benchmarking* competitivo, que é aquele baseado continuamente na comparação do desempenho interno como o dos concorrentes, com foco no aperfeiçoamento de suas práticas internas (Corrêa & Caon, 2012).

Organizações de sucesso:

Esse hospital *eu peguei como modelo* porque eles tomaram algumas atitudes que eu achei muito bacana (Sujeito 10, 2016).

Existe sim e *impulsiona a gente a melhorar* (Sujeito 12, 2016).

A gente *tem as referencias de São Paulo*. [...] A gente faz sim um espelhamento (Sujeito 11, 2016).

O mesmo ocorre com o espelhamento em organizações de sucesso. Na verdade, o próprio *Benchmarking* conduz para a tomada de uma organização de sucesso como modelo, portanto são práticas miméticas muito próximas. Isso faz com que essa ação em relação à qualidade seja vista como algo que proporciona desenvolvimento e que também é algo comum, inclusa na cultura da organização.

Várias das organizações citadas como de sucesso se localizam em São Paulo, um grande centro econômico nacional, que concentra grande parte dos hospitais acreditados (ONA, 2016), e que recebeu com maior ênfase os hospitais associados a comunidades estrangeiras no início da história hospitalar nacional (Vecina & Malik, 2014). Assim, quando os gestores tomam os hospitais paulistanos como fonte de espelhamento, acabam adotando indiretamente práticas com influências estrangeiras, fato vantajoso se considerarmos que internacionalmente o desenvolvimento desse segmento era maior e mais precoce nessas áreas.

Consultorias externas:

O hospital ele, por ser acreditado, ele acompanha o que está sendo realizado nos outros hospitais acreditados, e *quem nos dá esse apoio é o próprio IQG* (Sujeito 5, 2016).

Fora o *IQG* foi tudo interno (Sujeito 1, 2016).

A última prática predominante dentro do Isomorfismo Mimético foram as Consultorias Externas, que nesse caso foram prestadas pelo próprio IQG, ao efetuar as avaliações para a certificação da ONA. Salvo esse órgão, outras formas de consultorias possuem ocorrência mínima, conforme evidenciam os documentos analisados mediante triangulação de dados. Alguns citaram que esse uso de consultores externos é muito ativo no hospital ao iniciar alguma mudança grande, pois no início o corpo funcional não sabe muito bem o que está ocorrendo e como deve fazer suas funções. Destarte, pode-se considerar que a utilização desse mecanismo é com intuito diretivo, quando uma mudança atinge a organização.

E por fim, quanto ao *Isomorfismo Normativo*, destacou-se os seguintes efeitos metafóricos, segundo o processo analítico abordado:

MBA em gestão e saúde:

A gente faz uma *MBA* que é só para os gestores, supervisores [...]. O *hospital deu a pós-graduação* para um grupo de funcionários (Sujeito 7, 2016).

O *MBA* que a gente está fazendo em gestão e saúde, que a *instituição está fornecendo* para os gestores daqui (Sujeito 9, 2016).

Inclusive ele nos apoia nisso. [...] Então *eles incentivam bastante*. Fora isso tem os cursos que a gente faz (Sujeito 12, 2016).

A profissionalização, nesse caso representada pelo MBA em gestão e saúde, mostra o interesse em conhecer novas realidades e modelos transmitidos pelas instituições de ensino. Como o oferecimento foi do hospital aos funcionários, isso demonstra a organização como uma incentivadora do conhecimento e aprimoramento pessoal. A profissionalização da área de saúde já não é mais uma vantagem ou diferencial, mas uma necessidade básica, porém, analisando a nível histórico isso caminha lentamente (Vecina & Malik, 2014).

O engajamento de todas as pessoas que trabalham na empresa, principalmente de seus gestores, é imprescindível para o sucesso da filosofia de qualidade, colocando todos a par do

plano estratégico e impulsionando para que tudo seja sanado, alinhado e de forma ágil (Barreto, 2008). Esse engajamento em prol da qualidade é buscado pelo hospital tanto pela iniciativa desse MBA quanto pelos demais cursos oferecidos interna e externamente, conforme respostas dos entrevistados, análise documental e observações. A essência está na ânsia em colocar a equipe em contato direto com novas realidades, novas experiências, imerso em um processo de aprimoramento contínuo de modo a possibilitar a progressão da qualidade.

Esses pressupostos têm fundamento nos estudos de Juran e Gryna (1991) quando discorrem sobre os círculos de qualidade, que nada mais são do que grupos de estudos voltados a qualidade com foco no aprendizado e aperfeiçoamento. O surgimento se deve a uma consequência natural educacional que atinge de níveis mais altos até os mais inferiores, ou seja, de cima para baixo.

Participação em sindicatos e associações da área:

Eu sou filiada ao *sindicato dos funcionários da saúde*, e só como membro (Sujeito 2, 2016).

Temos aqui a *Associação Paranaense [...] de Administradores Hospitalares*, que eu participo (Sujeito 4, 2016).

Associação médica, e tem a parte de enfermagem também, que é brasileira (Sujeito 14, 2016).

Somos membros. Dos *sindicatos das categorias*, como participante, ouvinte talvez (Sujeito 3, 2016).

A maioria dos gestores entrevistados participa de sindicatos e/ou associações da área de saúde, contudo todos como membros. Segundo Dimaggio e Powell (1983) essa participação pode funcionar como influência na transmissão de novos modelos e exigências, que contribuem para que as organizações fiquem parecidas entre si (Isomórficas). Vecina e Malik (2014) destacam que o saber nessas instituições é formalizado por meio, principalmente, de processos de formação profissional e por normas definidas por suas respectivas associações de classe. Essas normas acabam moldando as organizações segundo aquilo que pensa o sindicato. Por trás dessa participação pode-se considerar que existe uma preocupação mais uma vez em estar engajado em mecanismos normativos, a fim de acompanhar as mudanças e receber contribuições também.

Juran e Gryna (1991) comentam que a função do sindicato em conjunto com a organização é superar os relacionamentos tradicionais onde as funções hierárquicas são o foco.

Essa quebra de visão contribui para o incentivo à cooperação. A nível histórico os sindicatos, seguindo os preceitos citados, contribuem para o autocontrole das funções de seus membros, implícito em seus serviços, o que valoriza a função de cada profissional e isso se relaciona à qualidade no ponto em que essa valorização contribui para o correto desenvolvimento das atividades executadas.

Isso demonstra que o hospital é aberto a mudanças e observa isso como fonte de oportunidades e cooperação. O foco é no acompanhamento visto que todos são, no máximo, membros e, assim, não agem diretamente na construção dessas normas, a atenção é na absorção dessas e na visão da valorização de cada um, no cumprimento dos objetivos voltados à qualidade.

4.1.5.3.1 Síntese das Ideologias constatadas

Após todo o processo de análise, finalmente apurou-se as ideologias predominantes nas formações discursivas, que por sua vez determinam os discursos, e neste estudo estão representados pelas respostas organizacionais.

Essas ideologias, segundo Orlandi (2012), compõe a essência dos discursos, vislumbradas somente perante um mergulho profundo da interpretação e historicidade.

Desse modo, frente à relevância destacada pelo autor a esse aspecto, coube agrupá-las e apresentá-las na Tabela 37.

Tabela 37. Síntese das Ideologias identificadas – HMCC.

	Formação Discursiva	Ideologia Constatada
Fatores Institucionais Externos	Causa-Eficiência	Natureza Filantrópica e Humanizada / Suporte à comunidade / Modelo Hospitalocêntrico.
	Constituintes-Dependência	Relação Indireta de Poder / Presença da Direção Por Objetivos (DPO).
	Conteúdo-Consistência	Congruência com a cultura gerencial hegemônica / Influência de origem militar.
	Controle-Difusão	Saída em meio às exigências dos clientes / Liberdade de mercado / Influência da Filosofia Japonesa.
	Contexto-Interconectado	Análise das forças de atuação / Interesse na coletividade.
	Isomorfismo Coercitivo	Desejo de mudar e melhorar, não só por imposição.
	Isomorfismo Mimético	Aprendizagem organizacional / <i>Benchmarking</i> Competitivo / Influência indireta internacional.
	Isomorfismo Normativo	Incentivo aos Círculos de qualidade / Incentivo à cooperação organizacional.

Fonte: Elaborado pelo autor.

A discussão e exposição das ideologias contribuem na resposta à questão principal desse estudo: Como os fatores institucionais externos influenciam as respostas organizacionais estratégicas na gestão dos custos da qualidade em hospitais acreditados? Influenciam, à cunho interpretativo, por intermédio das formações discursivas resplandecidas nas ideologias destacadas na Tabela 37.

4.1.5.4 Análise do discurso adicional – Custos da Qualidade

Até agora, consoante o processo analítico em questão, as análises foram ao encontro exclusivamente aos fatores institucionais abordados pelos dois constructos teóricos da pesquisa, dos quais originaram as formações discursivas e as ideologias apresentadas.

Todavia, além desses fatores institucionais, foram coletadas informações sobre a mensuração da qualidade e a importância atribuída aos Custos da Qualidade. Como isso está totalmente associado à essência da pesquisa, mesmo não constituindo diretamente parte dos constructos utilizados, coube apresentá-los seguindo novamente as três etapas propostas no modelo de análise do discurso proposto por Orlandi (2012). Tais análises partiram, principalmente, das falas dos diretores e da gerente de qualidade, focos das respostas voltadas a essa natureza.

Como *corpus* destacam-se as respostas das questões do primeiro bloco dos roteiros das entrevistas, que se voltam à mensuração e controle de qualidade, bem como aos Custos da Qualidade. Diante análise inicial dessas respostas, rumo ao objeto discursivo, constatou-se o *Discurso da dificuldade em mensurar qualidade*, conforme expõe as citações:

Sujeito 1:

Se a gente focar assim, especificamente em custo de qualidade, a gente não chega a aprofundar nesse viés, não acho, vejo com dificuldade você mensurar isso (2016).

Sujeito 2:

Desconheço. Talvez, porque pode ser que mensure e eu não tenho acesso a essas informações, mas acredito que mensure (2016).

Sujeito 3:

É complexo Paulo. Tem coisa que você não [...] consegue mensurar. Um paciente ele interna aqui por pneumonia. Esse paciente em média ele deveria ficar três dias internado para tratar sua pneumonia, se ele tivesse 35 anos e não tivesse nenhuma comorbidade. Se esse paciente fica quatro dias. Como é que você mensura o custo de ele ter ficado um dia a mais? Como você atribui isso? Foi pela falta de qualidade? Foi pelo agravante dele? Como é que você mensura isso? (2016).

Sujeito 4:

Em termos práticos relacionados à qualidade, o hospital trabalha com isso. A gente começou a trabalhar de forma mais sistemática a qualidade a partir de 2007, onde o hospital se inseriu no programa de acreditação da ONA, então a gente trabalhar essa questão dos processos, da segurança do paciente e também dos indicadores. Mas a gente [...] não mensura ele (os Custos da Qualidade) (2016).

O custeio gerencial predomina no hospital, mas por unidade de negócio, com uso do método de Custeio Variável. Todos os gestores pesquisados reconhecem a dificuldade em mensurar qualidade e até o desconhecimento disso em meio a seus processos operacionais, inclusive informações sobre esses custos não são utilizadas em nenhuma decisão, conforme triangulação de dados. A análise é feita somente por um relatório de centro de custo, muito parecido com uma DRE, nas quais alguns itens de Custos da Qualidade, como as manutenções e perdas com medicamentos quebrados/vencidos, são evidenciados, porém sem muito detalhamento (conforme análise documental e observações efetuadas).

Contudo, destaca-se que como um relatório contábil, esse relatório não aborda os Custos da Qualidade ocultos, segundo aponta Feigenbaum (1994), somente os registrados contabilmente, como já abordado na parte descritiva dessa análise. Como o ambiente hospitalar é um meio muito dinâmico, além do fato de lidar com pessoas, cada qual com seus problemas e situações, essa prática de mensuração é mais complexa, conforme ressalta, principalmente, o sujeito 3.

Frente ao objeto discursivo procede-se com a busca pelas formações discursivas. Com a utilização, novamente, da paráfrase, de acordo com Orlandi (2012), identificou-se 3 formações discursivas:

Tabela 38. Formações discursivas e Metáforas – Análise do Discurso Adicional - HMCC

Formação discursiva	Evidências/ Metáforas
Falta de Comunicação	<p>Porque a gente [...] percebe que não foi compartilhado com quem fez, com quem está fazendo a atividade. [...] É mais a falta de comunicação. [...] Então às vezes é pelo <i>distanciamento que esse setor tem com aquele setor</i> lá (Sujeito 2, 2016).</p> <p><i>A grande questão é você conseguir trabalhar a comunicação em todo o hospital e, sobretudo, fazer com que as pessoas que tão na base entendam porque elas tão fazendo</i> (Sujeito 1, 2016).</p>
Falta de necessidade	<p>Não conheço quem faça isso (mensure qualidade no hospital). R: “Ah, vamos adotar práticas”. Isso vai mudar? Que impacto isso tem? Então, até isso a gente tem que mensurar. Quanto custa monitorar o custo? <i>Às vezes não vale a pena. [...] E o quê você vai utilizar, como você vai utilizar essa informação?</i> (Sujeito 3, 2016).</p> <p>De 2009 pra cá [...] a gente começou a trabalhar mais fortemente essa questão de processo, de melhorias, de investimento, mas assim, <i>não há algo voltado só pra qualidade</i> (Sujeito 2, 2016).</p> <p>Não despertamos ainda para isso. [...] Em função do ambiente hospitalar ele ter uma série de demandas, a gente <i>acaba muitas vezes focando naquilo que é mais específico da área, [...] a qualidade da assistência.</i> (Sujeito 4, 2016).</p> <p>[...] Eu acho que a contabilidade, ela consegue fornecer muitas informações, <i>só que nós é que não sabemos dizer o que nós queremos</i> (Sujeito 2, 2016).</p>
Carência Gerencial Contábil	<p><i>A gente trabalha aqui com pessoas muito técnicas e a formação é igual eu. Eu, por mais que sou administradora Paulo, eu fui totalmente voltada pra área da gestão da qualidade. Eu não trabalho com números, com resultados financeiros</i> (Sujeito 2, 2016).</p>

Fonte: Elaborado pelo autor.

Juntamente, com as evidências que mostram cada formação discursiva, coube destacar os trechos que compunham as metáforas, necessárias à compreensão da ideologia. Essa exposição conjunta foi feita com intuito de facilitar a última etapa dessa parte da análise, que inclusive foi realizada em conjunto a formação discursiva referente.

Quanto à formação discursiva “Falta de comunicação”, o hospital apresenta essa fragilidade, aliás, já explorada na formação discursiva “Causa-Eficiência”, quando foi revelado que o operacional nem sempre está por dentro das informações, e inclusive foi apontada no Planejamento estratégico do hospital como uma fraqueza, em análise documental. Exemplo disso

se dá quando a Coordenadora de Apoio Técnico relata não saber qual o valor e a quantidade de medicamentos vencidos, enquanto a gerente de farmácia atua em nível de subordinação e assim, se a transmissão e assimilação da informação ocorre de forma eficaz, as falhas de comunicação entre esse tipo de situação seria minimizada. Além disso, pela análise documental, percebe-se que os próprios resultados das auditorias internas realizadas comprovam isso: “Falta comunicação entre a equipe e serviços”; “Falta maior comunicação com pacientes e acompanhantes”.

A filosofia de qualidade em grande maioria predomina, mas a informação é prejudicada ao alcançar níveis mais baixos, uma vez que quem coleta os dados e registra as operações, em sua maioria é do operacional e em vista a isso, todo o esforço pode ser comprometido. Ademais, a comunicação entre setores também dificulta a mensuração e análise dos Custos da Qualidade, visto que predominam setores técnicos e administrativos, e com isso, muitas vezes a informação gerada pelo administrativo não é compreendida pelos gestores dos setores assistenciais. Essa incongruência inclusive tem relação com a formação discursiva “Carência Gerencial Contábil”. A natureza multiprofissional do hospital acaba construindo mecanismos de dominação e relações assimétricas que acabam por restringir a colaboração entre os profissionais (Vecina & Malik, 2014) e, conseqüentemente, a comunicação. Spiller et. al. (2009, p. 149) complementam que “o primeiro passo para o desenvolvimento de um bom processo de mensuração e análise é difundir a comunicação efetiva em toda a organização”, o que mantém relação direta com a formação discursiva em questão. A essência da falta de comunicação pode ser a grande complexidade da estrutura organizacional, os diversos tipos de profissionais que atuam na organização, bem como a falta do conhecimento e entendimento do operacional quanto à filosofia de qualidade’.

A formação discursiva “Falta de necessidade” vai ao encontro aos pressupostos de Deming (1990) quando afirma que os Custos da qualidade são uma consequência do aumento de qualidade e, assim, é desnecessário desdobrar atenção a esse aspecto. Isso fica muito claro nas falas destacadas. Na visão dos entrevistados, a utilização de indicadores assistenciais, dentre eles alguns voltados à qualidade, supre a necessidade informacional da organização, bem como a fundamentação para suas tomadas de decisões. O Sujeito 3 instaura várias perguntas, dentre elas: como você vai utilizar essa informação? Falta a visão voltada aos Custos da Qualidade e a inserção dessa temática de modo mais ativo. Porém, fica clara a percepção de que haveria um grande esforço para pouca contribuição, ou seja, no momento não se vê como necessário. O Sujeito 3 até reforça que muitos Custos da Qualidade, por serem ocultos, são de difícil

mensuração e, assim, tentar mensurar sem precisão também não é vantajoso. “Tem que ser algo preciso, senão não faz sentido. Se você tem uma diferença de 1%, 5%, não faz sentido você mensurar” (Sujeito 3). O Sujeito 4 ainda completa que não há um olhar específico aos Custos da Qualidade, e utiliza a expressão “não despertamos para isso ainda”. Assume um olhar voltado diretamente à qualidade da assistência e, o que importa a primeiro plano, são os indicadores assistenciais.

Destarte, em meio a aspectos históricos e presentes na literatura, pode-se considerar que tal formação discursiva baseia-se em origens americanas, na ideologia de Deming (1990), quando enxerga os Custos da Qualidade como consequência da melhoria da qualidade e, deste modo, é dispensável ou não essencial medi-los.

E por fim, a terceira formação discursiva “Carência gerencial contábil” aborda a posição da contabilidade nesse contexto. Será essa capaz de oferecer informações desse caráter aos setores técnicos? E a capacidade de “tradução” da informação de contábil para gerencial? Questões como essa vislumbraram tal formação discursiva e se voltam exatamente ao embate entre setores técnicos \times informação contábil. As falas destacam que a contabilidade tem como finalidade fornecer mais informações dessa temática, mas os gestores, geralmente com profissões direcionadas ao setor de saúde possuem muita dificuldade em compreender e analisar. Essa formação discursiva tem ligação com a anterior, “Falta de necessidade”, afinal do que adianta fornecer relatórios gerenciais sobre Custos da Qualidade se para quem está do outro lado não possui relevância nem serventia? A influência do fator formação técnica tem muita relevância nesse sentido.

A visão de insuficiência gerencial dada pela formação discursiva remete à ideologia de Shank e Govindarajan (1997) quando destacam que a contabilidade gerencial nos moldes tradicionais é insuficiente, muitas vezes, para a realidade das empresas, o que culmina, às vezes, na falta de geração de informações úteis e precisas sobre a realidade de custos e desempenho. Essa realidade é ainda maior em hospitais, onde atua um complexo de setores e funções com ideologias totalmente distintas, e cabe à contabilidade a adequação frente às mudanças do ambiente e em meio ao perfil dos gestores.

4.2 HOSPITAL 2

4.2.1 Apresentação da organização

As primeiras origens do Hospital 2 datam o final do século XIX, quando era alto o fluxo de imigração alemã, mais especificamente no sul do Brasil, no estado do Rio Grande do Sul. A sociedade da época decidiu entre si construir um hospital nos moldes europeus, que fosse capaz de atender os conterrâneos alemães e a sociedade em geral, resgatando rigidamente as tradições alemãs voltadas à limpeza e eficiência no atendimento. Desse modo, em 1912 inicia-se a arrecadação de fundos para a construção prevista. De início, uma associação de senhoras luteranas doou a quantia necessária para a aquisição do terreno. Demais autoridades e órgãos, inclusive da própria Alemanha, doaram quantias que juntas, possibilitaram o início da construção. Em 1914 iniciam-se as obras. Com a Primeira Guerra Mundial, as obras estagnaram, pois muitos dos materiais de construção vinham da Alemanha. Nesse período, as pessoas da região começaram então a plantar árvores, o que originou o bosque entre os blocos hoje existente. A inauguração do hospital ocorreu em dois de outubro de 1927, com 80 leitos, atendendo pacientes de todas as raças, religiões e nacionalidades, e preservando a risca a cultura alemã.



Figura 11. Hospital 2 -Inauguração
Fonte: Hospital 2 (2017)

No primeiro andar haviam quartos individuais, separados em masculinos e femininos. O segundo andar era composto por quartos coletivos com até 5 camas e também pela enfermaria. Por fim, no terceiro andar encontrava-se as salas de cirurgia, anestesia e a farmácia. Além disso, nesse último andar havia a ala das irmãs luteranas, que moravam no hospital e administravam o

atendimento e os recursos, compondo um total de 13 pessoas. Tais irmãs deixaram um legado de respeito e competência, até hoje presentes na cultura do hospital.

Em 1951, é alcançada autonomia financeira, o que fez com que o hospital deixasse de depender de doações, culminando no início da Primeira Fase de Expansão, com foco na estrutura e oferecimento de diferentes tipos de serviço.

Até 1980 foi inaugurado um novo e mais amplo centro cirúrgico, uma área de CTI, um processo de controle contínuo contra infecções e um centro clínico. Durante a década de 80 e 90 (Segunda Fase de Expansão) os projetos culminaram também em uma UTI neonatal, um novo CTI, um centro de diagnóstico por imagem, uma UTI pediátrica e o oferecimento dos serviços “*Lar Home Care*”, que envolvia o atendimento a domicílio.

Em 2004 ocorre um novo turbilhão de ampliações, de rápida propagação. Nesse contexto passa-se a oferecer a comunidade gaúcha um novo centro clínico, um centro de oncologia, um centro de cardiologia e ainda inaugura uma outra unidade do hospital, a Unidade Dois. Essa filial foca principalmente em Raios-X, vacinas e tratamentos odontológicos e um dos intuitos é “desafogar” a matriz do hospital.

Em 2011 um novo salto é dado na estrutura do hospital. Inaugura-se o centro de neurologia, centro de ortopedia, a nova maternidade, a nova UTI neonatal e um novo centro de endoscopia. Em 2013 são oferecidos um novo centro de diálise, um novo centro cirúrgico e a ampliação da emergência, hoje situada no prédio inicial do hospital, apresentado na Figura 11.

Em 2015 inaugura-se o centro de Transplante de Células Tronco e por fim, em 2016, inaugura-se o Centro de Oncologia, grandes avanços inclusive frente à situação de crise do país.

No que diz respeito aos principais fatos relacionados ao conhecimento e gestão, ressalta-se que o Hospital 2, em 2003, cria o IEP (Instituto de Ensino e Pesquisa) com o propósito de alinhar assistência, educação e pesquisa. Esse órgão planeja, coordena e realiza treinamentos internos, cursos, congressos e aulas no que se refere às funções existentes no hospital, principalmente àquelas voltadas à assistência. Em relação à disseminação do conhecimento, o hospital em 2008 foi selecionado pelo Ministério da Saúde como hospital de excelência e, assim, junto com nomes renomados como Hospital Israelita Albert Einstein e Hospital Alemão Oswaldo Cruz, o Hospital 2 passa a conduzir projetos de desenvolvimento do SUS, o que envolve treinamentos e assistência a hospitais públicos no país, admitindo como foco a gestão, educação, pesquisa e tecnologia.

Na área social, a atuação do Hospital também é notória. A organização conduz vários projetos sociais como a participação no atendimento dos postos de saúde do SUS, a responsabilidade de cuidado de praças e parques da cidade e a abertura de outro hospital em parceria com o governo, destinado a pessoas com menores condições, em 2014: a Unidade 3.

Esse último evento citado é fruto de uma parceria do Hospital 2 e o Governo, o PROADI (Programa de Apoio e Desenvolvimento Institucional do SUS). Para a abertura desse hospital em região menos favorecida, o hospital contribuiu oferecendo corpo funcional, instalações e pagamento de funcionários, e dessa forma, mesmo sendo fruto de parceria, esse outro hospital é considerado como parte do HOSP.2. Em 2016, o programa acorda um novo projeto com o HOSP.2: levar a 15 hospitais brasileiros a melhores práticas, com foco na redução de ocorrências de eventos adversos.

Atualmente, o hospital possui uma área construída de 83.577m² em um terreno de 33.133m². Conta com uma capacidade instalada de 380 leitos, sendo 278 leitos de internação e detém como nicho de mercado principal clientes classe A. As unidades de Terapia Intensiva somam 72 leitos e a Maternidade, 30 leitos. No centro cirúrgico existem 17 salas. Ademais, o próprio hospital realiza os serviços de imagem e hotelaria, o que contribui no montante total de 3.439 colaboradores e 3.258 médicos credenciados. Como o hospital é de natureza privada, as fontes de financiamento são oriundas, em grande maioria, por convênios que somam 116 tipos distintos, seguidos em menor escala de pacientes particulares. É importante citar que esses dados englobam a matriz e a Unidade 2.

Como planos futuros, em janeiro de 2017 foi firmado uma parceria com uma grande construtora do Rio Grande do Sul e a prefeitura, para a construção de grandes centros médicos em cinco pontos diferentes da cidade de Porto Alegre. Com a presença de consultórios privados e atendimentos do Hospital 2 (espécies de filiais), o objetivo é descentralizar as atividades hospitalares de pequena e média complexidade, além de aumentar a qualidade de atendimento e acessibilidade a áreas mais distantes da cidade.

O modelo de gestão admite como uma de suas diretrizes a qualidade, constatação que perdura em vários pontos do mapa estratégico da organização. Primeiramente, a base para o planejamento geral tinha como diretriz principal o BSC (*Balanced Scorecard*). Com o passar dos anos e mediante as evoluções do hospital as vertentes de controle passaram a não marcar tanta presença dentre as diretrizes estratégicas, culminando na adoção de um modelo diferenciado de

gestão, chamado Cocriação, que possui, dentre outras características, a de incluir *stakeholders* na construção do planejamento estratégico, com objetivo de considerar na estratégia suas necessidades e expectativas. Para a construção do atual Planejamento Estratégico participaram pacientes e familiares, corpo clínico, empresas, operadoras de saúde, fornecedores e colaboradores. Essa e outras iniciativas renovaram os processos da instituição, além de resultar em um sistema amplo de controle gerencial, formado por indicadores financeiros e não financeiros em todas as áreas. Mensalmente, todos os indicadores são analisados e as constatações necessárias são repassadas a equipe operacional, de modo que todos estejam alinhados e contribuam efetivamente para a melhoria dos serviços. Nesse contexto, é importante destacar a atual missão do hospital: “cuidar de vidas” afirmando nosso compromisso com a qualidade médico-assistencial e a segurança do paciente; e a visão: ser um hospital reconhecido internacionalmente pela excelência na prática médico-assistencial e pela geração do conhecimento e da inovação, integrado por uma equipe que trabalha com auto-desempenho e humanismo.

Em relação à estrutura funcional, apresenta-se a visão sintética na Figura 12.

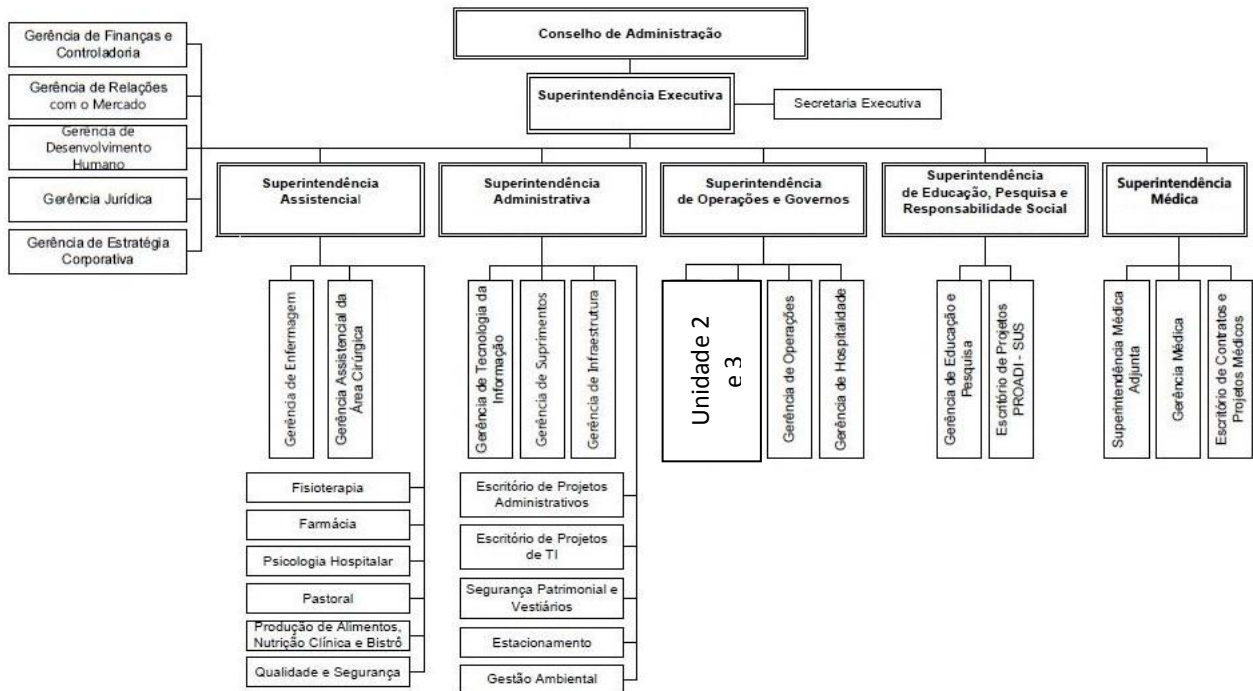


Figura 12. Organograma geral sintetizado – HOSP.2
Fonte: HOSP.2 (2017).

O hospital é dividido em cinco níveis hierárquicos, que em ordem decrescente são dispostos em: Conselho de Administração, Superintendência Executiva, demais Superintendências, Gerentes e Coordenadores. O Conselho de Administração são pessoas sem fins lucrativos, membros da sociedade que visam contribuir com as decisões no sentido de resultados à comunidade e ao mercado como um todo.

O departamento de qualidade aparece submisso à Superintendência Assistencial com a denominação “Qualidade e Segurança”, sendo responsável por várias funções, tais como o controle de todos os processos, auditorias internas e suporte total ao processo de acreditação e reacreditação JCI. É importante citar também que cada função no último nível exposto possui detalhamentos que, frente aos objetivos do estudo, não foram apresentados. As terceirizações ocorrem no hospital, principalmente, nos serviços e limpeza, lavanderia e laboratório.

Em cenário geral, trata-se de um hospital privado. Todavia, devido a relação a programas e parcerias com o SUS (como o PROADI), acaba sendo reconhecido como filantrópico para efeitos de isenção e imunidade tributária (benefícios concedidos a organizações do terceiro setor). Possui uma trajetória de práticas médicas, assistenciais e de gestão de excelência no Brasil, e com a filiação internacional (a ser apresentada nos tópicos seguintes) inicia um processo de reconhecimento internacional. Hodiernamente, a organização possui um alto controle gerencial que perdura a todos os níveis hierárquicos, bem como uma cultura forte baseada na busca pela melhoria assistencial, em uma tradição de 90 anos, fato que pode ser percebido pelo alto número de conquistas da organização, como o reconhecimento na revista Amanhã, na aba “Grandes e líderes”, com o prêmio de melhores empresas para trabalhar (2011), o reconhecimento dentre as 500 maiores empresas da região sul (2012), e o 6º lugar dentre os melhores hospitais da América Latina pela Revista América Economia (2013).

4.2.2 Certificação de Qualidade Hospitalar

Preocupação com qualidade sempre foi uma característica de destaque no hospital 2, desde a época das irmãs luteranas. Desse modo, há muitos anos, mesmo antes da acreditação, o hospital busca selos e ferramentas que reconheçam e contribuam para o aumento de qualidade. A primeira conquista nesse contexto foi à adesão ao programa PGQP (Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade) em 1994. Esse programa foi construído a fim de aumentar a

competitividade e aumentar a qualidade de vida no Rio Grande do Sul, onde o foco permeia na busca pela excelência de gestão e sustentabilidade em todos os segmentos empresariais. As melhores empresas que atendam os quesitos avaliados recebem prêmios de Qualidade e Inovação nas categorias bronze, prata, ouro e diamante. O hospital conquistou o prêmio bronze em 1997, o prata em 1998 e o ouro em 2007, porém, ao perceber que o foco principal era gestão e não assistência, acabou rescindindo relações com o programa gaúcho.

Em 2002, o hospital 2 é o primeiro da região sul e o segundo no Brasil a conseguir um selo JCI, o mais importante órgão certificador da área de saúde do mundo. Nessa época, o hospital teve um grande reconhecimento pelo fato de ser o primeiro na região a possuir um selo de reconhecimento internacional. Vale ressaltar ainda que na forma de avaliação da JCI foi encontrado o foco em assistência ao paciente, carência antes encontrada no PGQP. Depois de conquistar esse selo em 2002, o hospital foi reacreditado em 2005, 2008, 2011 e 2014.

Em 2013, uma instituição internacional que lidera um projeto de um dos melhores hospitais do mundo, propõe filiação do Hospital 2, que foi o primeiro no Brasil a conseguir tal espécie de filiação, dignos somente de hospitais de excelência e destaque, mais um fato que evidencia a qualidade do hospital e aprimoramento constante. O hospital JH (assim considerado com intuito de manter o sigilo requerido na pesquisa) foi fundado em 1889, estado de Maryland, nos Estados Unidos, e na década seguinte já se torna um dos mais inovadores do mundo, integrando hospital e universidade. A universidade JH, entre 1919 e 2011, auferiu 36 vencedores do prêmio Nobel, sendo 19 em medicina. O hospital já foi considerado o melhor dos EUA vinte e duas vezes.

A instituição JH, uma empresa com responsabilidade limitada, foi criada com intuito de trabalhar em conjunto com outros países disseminando as melhores práticas assistenciais no mundo por meio da excelência em educação, pesquisa e assistência. Ao todo são oito hospitais filiados no mundo, sendo o Hospital 2 um desse grupo seletivo, o que proporciona acesso total aos conhecimentos e experiências geradas, além de oferecer serviços e gestão, serviços educacionais e consultorias. Atualmente, alguns dos projetos que o Hospital mantém com a JH são: *Benchmarking* e indicadores, eventos técnico-científicos, desenvolvimento de especialidades, e o *Double Medical Care* (envio de pacientes para tratamento nos EUA).

4.2.3 Departamento de qualidade

O setor de qualidade e segurança foi originado no hospital 2 em meados de 2000, quando enfatizava-se ainda mais a importância de investir em qualidade reforçado por uma orientação institucional, além do que essa foi a época que antecedia a acreditação JCI, e assim, ter um setor específico para isso se torna uma exigência em destaque. Entretanto, como área recém-criada, ficou a cargo do setor, além das funções voltadas à qualidade, tudo o que se referia ao BSC e à implantação e controle de indicadores e, assim, de um modo geral, admitia-se como funções básicas as seguintes: responder pelo planejamento estratégico em todo seu alcance; implantar, acompanhar e controlar os indicadores; buscar certificações que comprovassem a excelência; e gerir todos os requisitos para a acreditação JCI. A equipe inicial contava com três enfermeiras.

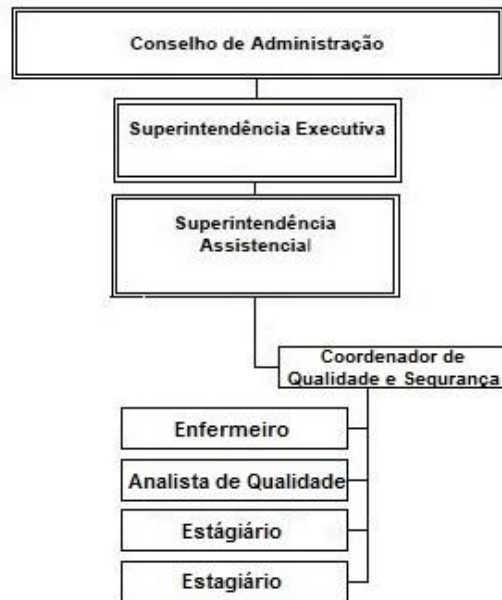


Figura 13. Organograma atual do departamento de qualidade - HOSP.2
Fonte: HOSP.2 (2017)

Durante os anos, em processo de consolidação de posição na organização, o setor tem o nome alterado para “GDO - Gerência de Inovação Organizacional”, e “GIP – Gerência de Inovação e processo”. Mais recentemente, em 2014 o nome é alterado para o que perdura atualmente: “Escritório da Qualidade”. Nessa mesma época da alteração de nome, as funções do setor também foram segregadas. Tudo o que se referia a Planejamento Estratégico passou a ser

gerido por outro setor, ligado diretamente às superintendências, enquanto no Escritório da “Qualidade” o foco passa a ser os selos de qualidade, sendo o de maior destaque a JCI e a segurança do paciente.

Nos dias atuais, o Escritório da Qualidade conta com duas enfermeiras, sendo uma delas coordenadora do setor, duas estagiárias na área de enfermagem, e uma engenheira de produção, todas subordinadas à Superintendência Assistencial, conforme apresenta a Figura 13.

As principais funções hoje se dão através de três grandes áreas:

- Acreditação Hospitalar: Envolve as reacreditações, visitas externas voltadas a qualidade, adequações em casos de ampliações da estrutura da organização;
- Gestão de documentos: POPs (Procedimento Operacional Padrão), Políticas, Regimentos e Programas. Em cada subcategoria é responsabilidade do setor a construção dos documentos e acompanhamentos pertinentes;
- Gerenciamento de riscos: Inclui todos os eventos do hospital, podendo ser reativo, quando o evento ocorre e necessita de acompanhamento e retorno ao setor, ou proativo, que envolve os esforços para que tal evento não volte a ocorrer.

4.2.4 Custos da qualidade

O tópico em questão contribui diretamente para o cumprimento do objetivo específico a, quando da parte descritiva dos custos da qualidade existentes e gerenciados no hospital na percepção dos gestores entrevistados.

Indiferentemente do Hospital Ministro Costa Cavalcanti, não há um foco restrito aos Custos da qualidade, tampouco relatórios específicos que abordem a gestão desses custos. A informação existe e é trabalhada, mas de modo adjacente, junto aos outros custos da organização, por meio de relatórios como a DRE setorial, relatório de não conformidades e eventos incongruentes, e desse modo pode-se inferir que a mensuração ocorre, na maioria das vezes, por meio de medidas não financeiras ou qualitativas. O registro fica centrado nos custos da qualidade de fácil mensuração como treinamentos e remédios vencidos. O registro dos custos mais intangíveis foi, em sua maioria, afirmado pelos respondentes, mas muitos dos documentos triangulados não apresentaram um registro estruturado e contínuo, o que acabou por revelar que

na verdade a aderência coletada nas respostas construía um cenário aparente na ocorrência e gestão dos Custos a Qualidade. O controle em grande parte é feito por intermédio de indicadores assistenciais e de gestão, bem como pela utilização de orçamento anual, e posterior comparação entre orçado e realizado.

Doravante, foram apresentados os resultados encontrados em cada categoria dos custos da qualidade segundo a percepção dos entrevistados, principalmente por análise de frequência, sendo essa a base principal para a compreensão posterior dos fatores institucionais e respostas estratégicas interpretadas no estudo.

4.2.4.1 Custos de Prevenção

Os custos ocorridos antes da execução do serviço possibilitam a prevenção de possíveis danos aos pacientes e prejuízos ao hospital, além de evitar, na maioria das vezes, custos maiores voltados a reparação de erros detectados posteriormente. Desse modo, para uma gestão eficaz de custos voltados à qualidade, é preferível que os Custos de Prevenção ocorram em maior montante, ou seja, devem ser gastos mais antes que o serviço seja executado (Feigenbaum, 1994). Os resultados, de acordo com a opinião dos gestores participantes, são apresentados em números e em forma visual na Tabela 39.

Tabela 39. Ocorrência dos Custos de Prevenção - HOSP.2

Custos de Prevenção	Intensidade de Ocorrência			
	Mínima	Média	Alta	Não se Aplica
1 Custos com treinamento de funcionários.	2	4	5	0
2 Manutenção preventiva dos equipamentos	0	4	6	1
3 Tecnologia (aqu. Softwares/novos equip.).	1	3	7	0
4 Revisões e atualizações de instruções e procedimentos.	0	7	4	0
5 Custos com Prevenções de infecções.	0	4	4	3
6 Custos com Prevenção contra quedas.	1	2	5	3
7 Custos com prod. limpeza e higienização específicos e de primeira linha	1	3	5	2
Total de respostas (7*11=77)	5	27	36	9
Percentual geral por nível	6%	35%	47%	12%

Intensidade de Ocorrência - Custos de Prevenção

Fonte: Elaborado pelo autor.

A maioria das percepções de ocorrência dos Custos de Prevenção foram alta, com 47% das respostas, demonstrando consonância aos preceitos expostos na literatura e preocupação

constante em prevenir erros antes que cheguem ao cliente, mesmo que para isso haja necessidade de gerar, na maioria vezes, em altos custos. As percepções dos gestores em intensidade mínima na opção “Não se aplica” revelam a consolidação dessa cultura e preocupação dentre os setores, uma vez que a filosofia de qualidade é presente dos planos estratégicos aos níveis operacionais, de acordo com os respondentes.

Em análise conjunta da tabela e gráfico, infere-se que a percepção de ocorrência alta se mostra principalmente no nível de investimento tecnológico (7) e posteriormente em manutenções preventivas (6), onde, de acordo com os respondentes, o gasto com novas tecnologias é constante no hospital, destaque dado recentemente ao Setor de Oncologia, com aquisição de novos equipamentos de ponta, como os relativos à imagem, e à Farmácia, pelo alto nível de automatização, identificado nas observações diretas efetuadas. Quanto às manutenções preventivas, a maioria dos entrevistados afirmou que em seu setor elas são constantes, inclusive com cronograma previsto e acompanhamento daquelas já executadas, informações confrontadas nas análises documentais; já as corretivas ocorrem em menor incidência de manutenções. Os custos com quedas não foram muito citados, porém, as análises documentais evidenciaram várias ocorrências, além da confrontação com o relatório de diagnóstico da JCI evidenciou que, de acordo com a última visita, as quedas têm aumentado, fato que requer atenção maior aos custos de prevenção, para que erros sejam reduzidos em consequência aos custos de falhas internas.

Quanto a percepção de ocorrência média, a maior frequência se deu no Custo com “Revisões e atualizações de procedimentos” com 7 gestores, o que envolve o tempo gasto e também o custo gasto com as adequações. A percepção de ocorrência média é pelo fato de que esses procedimentos ocorrem conforme necessidade do setor e das rotinas e também duas vezes por ano, onde todos são revisados, de acordo com a fala dos gestores. Nas percepções em nível mínimo não houve respostas significativas perante o total de respostas.

Após a visualização das percepções de ocorrência dos custos de prevenção buscou-se captar se tais custos são mensurados, registrados em sistemas de informações e controlados mediante acompanhamento em algum relatório, por dados orçados ou por meio de algum indicador, resultados apresentados na Tabela 40.

Quanto à mensuração, nota-se uma concentração clara de percepções afirmativas dentre os primeiros custos de prevenção, principalmente no que envolve os custos com treinamentos, manutenção preventiva dos equipamentos e aquisição de novas tecnologias, o que no total

contribuiu para um percentual de cerca de 80% das respostas nessa dimensão. Tal constatação reforça a concepção dos custos voluntários, e de que quanto mais tangíveis são os custos mais fáceis são de mensurar na organização. Os treinamentos foram triangulados com documentos, dentre eles relatórios de controle de treinamentos e passagens aéreas ou rodoviárias, inclusive as de outros países como Estados Unidos e Espanha. O custo com manutenções preventivas foi confrontado com o relatório por centro de custo por setor, também por planilhas de controle interno e etiquetas nos bens, e a aquisição de novas tecnologias foi analisada junto ao orçamento e realização, bem como por observações no setor de projetos e operações do hospital, que cuida desses investimentos.

Tabela 40. Mensuração, registro e controle dos Custos de Prevenção - HOSP.2.

Custos de Prevenção	Mensuração			Registro Contábil			Controle		
	Sim	Não	Não se Aplica	Sim	Não	Não se Aplica	Sim	Não	Não se Aplica
1 Custos com treinamento de funcionários.	11	0	0	11	0	0	10	1	0
2 Manutenção preventiva dos equipamentos	10	0	1	10	0	1	10	0	1
3 Tecnologia (aqu. Softwares/novos equip.).	11	0	0	11	0	0	7	4	0
4 Revisões e atualizações de instruções e procedimentos.	9	2	0	8	2	1	8	3	0
5 Custos com Prevenções de infecções.	6	2	3	5	2	4	8	0	3
6 Custos com Prevenção contra quedas.	7	1	3	6	2	3	8	0	3
7 Custos com prod. limpeza e higienização específicos e de primeira linha	9	0	2	9	0	2	6	3	2
Total de respostas ((7*11=77)*3)=231	63	5	9	60	6	11	57	11	9
Percentual geral por nível	82%	6%	12%	78%	8%	14%	74%	14%	12%
Total por etapa		77		77			77		

Gráfico de barras mostrando o total de respostas para Mensuração, Registro Contábil e Controle, dividido em Sim e Não.

Categoria	Sim	Não
Mensuração	63	5
Registro Contábil	60	6
Controle	57	11

Fonte: Elaborado pelo autor.

As percepções dos gestores quanto ao registro contábil revelam mais uma vez que custos mais tangíveis como treinamentos e aquisição de novas tecnologias são registrados no hospital enquanto aquilo que é mais intangível se torna difícil de medir e registrar, como ocorre com os custos com prevenções de infecções e prevenções contra quedas. Alguns afirmaram que esses custos ocorrem e por vezes são altos, porém de difícil mensuração e registro por falta de informações, por exemplo, a como alocar e acompanhar os gastos oriundos frente a um fato que ainda nem ocorreu. É importante citar também que um fator que contribui para o registro é a diversa gama de sistemas de informações e programas que o hospital possui para registro e acompanhamento, o que engloba desde sistemas contábeis até de gestão ou de desenvolvimento contínuo, como o PAMQ (Programa de Auditoria para melhoria da qualidade).

As afirmações quanto à realização do controle foi outro ponto muito citado dentre os respondentes (74%). Essa alta incidência pode ser justificada pelo desenvolvido processo de

planejamento estratégico e orçamentário que predomina no hospital, o que faz com que esse controle seja determinado ou por indicadores estratégicos ou por desvios orçamentários perante aquilo que se firmou em orçamento geral e setorial, inclusive no que envolve a qualidade e seus gastos. É importante citar que em maioria, esses indicadores são por níveis de ocorrência e não monetários, como por exemplo, os custos com prevenções de infecções e prevenções contra quedas. O foco em medidas financeiras perdura no orçamento, não de modo específico à qualidade de seus gastos, mas embutido em cada setor como, por exemplo, as novas tecnologias, o que limita decisões voltadas aos Custos da Qualidade em específico.

De modo geral, as percepções dos gestores quanto aos custos de prevenção revelam grande ocorrência no hospital 2, que busca por meio desse investimento reduzir o nível de eventos adversos aumentando, assim, a segurança do paciente. Porém, mesmo com essa filosofia de qualidade e grandes desdobramentos de recursos, além do alto nível de mensuração, registro e controle como claramente transmite o gráfico, percebe-se a apreensão em mensurar e registrar aqueles custos de mais fácil identificação, aquilo que é tangível. Custos explorados estritamente gerenciais e muitas vezes intangíveis como as revisões de procedimentos acabam não sendo mensurados em custo por hora gasta, por exemplo, fato constatado nas triangulações de dados. Tais carências ainda podem dificultar análises específicas à qualidade e sua gestão de custos, pois, conforme a literatura, quanto mais gerenciados os custos da qualidade e quanto mais concentração houver nos custos de prevenção e avaliação, mais o custo total reduzirá.

Em primeira impressão, frente às afirmações e negativas dos elementos de gestão dos custos de prevenção, observa-se uma alta aderência à temática. Todavia, em meio às triangulações de dados constatou-se que a ênfase em explorar e analisar os custos da qualidade já dispostos pela contabilidade fiscal predomina, enquanto a informação sobre a temática construída para fins gerenciais não foi encontrada em vários elementos de custos, o que permite afirmar que os índices aderentes na gestão desses custos é, em partes aparente, e revela-se em maioria apenas por aquilo que a contabilidade já produz.

4.2.4.2 Custos de Avaliação

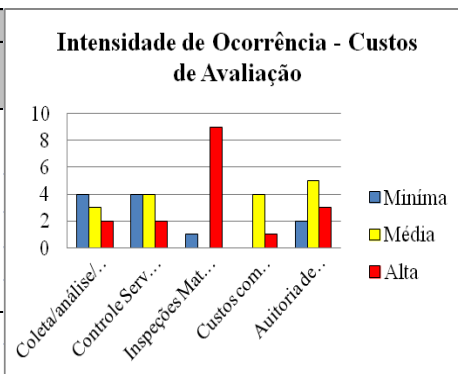
A literatura expõe que os custos de avaliação, centrados nas inspeções, tem predileção de ocorrência em gastos maiores quando há uma gestão da qualidade eficaz, evitando os custos com

falhas, principalmente quando o cliente já usufruiu do serviço prestado. Um percentual de 20% respondeu como “Não se aplica”, o que demonstra especificidades do setor ou desconhecimento sobre o tipo de custo perguntado. O campeão nas percepções de ocorrência pelos gestores nessa opção foi o “Custos com a estrutura da área de supervisão/inspeção”, uma função normalmente desempenhada pela área de qualidade, mas que gerencialmente poderia ser alocada aos setores dos quais as inspeções são aplicadas, o que proporcionaria um controle gerencial de custos por setor mais acurado, porém, hoje não é levado em conta no hospital, que via orçamento, apenas aloca os custos das inspeções em um centro de custos específico da qualidade, sendo visto como um setor de apoio no hospital. A Tabela 41 apresenta os achados nessa categoria de custos, em números e em forma gráfica.

As percepções de ocorrência mínima obtiveram percentual de 20%, o que evidencia que é visível no hospital uma ocorrência maior dos custos de avaliação, constatação que converge com a literatura sobre a temática. Ainda nessa intensidade de resposta, os itens que auferiram maior número e respostas se justificam pela ocorrência do custo se apresentar intrínseca às funções dos profissionais da empresa e, assim, não se percebe o custo claramente.

Tabela 41. Ocorrência dos Custos de Avaliação - HOSP.2

Custos de Avaliação	Intensidade de Ocorrência			
	Mínima	Média	Alta	Não se Aplica
1 Custos com a coleta/análise/relato dos dados de qualidade	4	3	2	2
2 Controle do processo e serviço prestado	4	4	2	1
3 Testes e Inspeções nos materiais comprados	1	0	9	1
4 Custos com estrutura/supervisão - inspeção	0	4	1	6
5 Custos com auditoria do sistema de qualidade.	2	5	3	1
Total de respostas (5*11=55)	11	16	17	11
Percentual geral por nível	20%	29%	31%	20%



Fonte: Elaborado pelo autor.

As percepções de ocorrência “Média” se apresentam com percentual equivalente a 29%, dado dentre outros custos pelo “custo com auditoria do sistema de qualidade”, todavia mais uma vez constatou-se pelas triangulações que isso é embutido em relatórios gerais dos setores, não tratados de modo específico.

As percepções de ocorrência “Máxima” obtiveram o maior percentual dentre as respostas (31%), onde o custo de maior destaque foi o custo que envolve “testes e inspeções nos materiais comprados”, o que pode ser justificado pela inspeção do que entra no hospital ser executado em

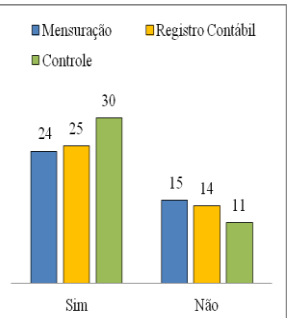
sua totalidade e até mais de uma vez (no setor origem e no setor destino), além da aquisição de sistemas específicos para conferência e fichas individuais de qualidade do material, como citado pela coordenadora de farmácia.

Perante as observações e análises documentais, observou-se que o hospital possui várias ferramentas de auditoria interna visando adequação aos quesitos de programas de qualidade como a JCI, além do que desenvolveu projetos internos de desenvolvimento da qualidade, como o PAMQ, citado anteriormente, e o trabalho de estagiários dentre os blocos assistenciais visando o controle e adequação do serviço prestado. Desse modo, a organização possui custos da qualidade voltados ao controle do serviço prestado e custos com a coleta, análise e relato dos dados de qualidade, mas o que ainda carece de evolução é a percepção de que isso é mensurável e controlável e que impacta diretamente nos resultados, tanto assistenciais, na redução de erros, quanto na redução de custos da qualidade.

Procedeu-se com a captação de informações sobre a percepção dos gestores quanto à mensuração, registro e controle dos custos de avaliação no hospital, que são apresentados pelos achados constantes na Tabela 42. Para uma gestão eficaz, as respostas mais preferíveis seriam as positivas, o que ocorreu de fato, evidenciando a consolidação da construção e alimentação dos indicadores estratégicos e orçamentários.

Tabela 42. Mensuração, registro e controle dos Custos de Avaliação - HOSP.2.

Custos de Avaliação	Mensuração			Registro Contábil			Controle		
	Sim	Não	Não se Aplica	Sim	Não	Não se Aplica	Sim	Não	Não se Aplica
1 Custos com a coleta/análise/retrato dos dados de qualidade	3	4	4	5	2	4	5	2	4
2 Controle do processo e serviço prestado	5	4	2	4	5	2	6	3	2
3 Testes e Inspeções nos materiais comprados	6	3	2	8	1	2	7	2	2
4 Custos com estrutura/supervisão - inspeção	3	3	5	2	4	5	3	3	5
5 Custos com auditoria do sistema de qualidade.	7	1	3	6	2	3	9	1	1
Total de respostas ((5*11=55)*3)=165	24	15	16	25	14	16	30	11	14
Percentual geral por nível	44%	27%	29%	45%	25%	29%	55%	20%	25%
Total por etapa	55			55			55		



Fonte: Elaborado pelo autor.

As percepções dos gestores oriundas na Mensuração mostram que o hospital calcula os custos de avaliação, com percentual equivalente a 44%. Dentre essas, os custos mais citados foram os testes e inspeções nos materiais comprados e os custos com auditoria do sistema de qualidade, porém quando se buscou fontes de documentos que evidenciassem essa mensuração não foi encontrado evidências em valores monetários, mas apenas em número de ocorrências, e nos casos da auditoria do sistema existem documentos, mas não que apresentem informações de

natureza monetária ou de modo específico. Perante o gráfico, nota-se que dentre as percepções afirmativas, a mensuração ainda foi a que ocupou menor patamar dentre as percepções dos gestores, o que pode ser justificado exatamente pela dificuldade em mensurar custos de efeitos apenas gerenciais, não voltados ao fisco e o predomínio ainda em mensurações por número de ocorrências apenas.

Quanto ao registro desses custos, predomina a maioria das respostas afirmativas, alcançando um percentual de 45%, justificados principalmente pelos custos com “testes e inspeções nos materiais comprados”. Por outro lado, nessa mesma categoria, percebe-se um alto percentual da resposta “Não se aplica”, com 29%, o que mostra ainda a falta de conhecimento ou de receio na exploração de custos em âmbito estritamente gerencial.

O controle alcançou o maior percentual afirmativo, com 55% das percepções dos gestores entrevistados. Os custos que mais contribuíram para esse percentual foram os relativos a auditoria do sistema de qualidade e às inspeções nos materiais comprados. Em triangulação de dados, via documentação, foi constatado que a forte atuação do planejamento estratégico e foco no controle dos desvios criaram uma forte cultura de indicadores, onde todos da equipe julgam realmente os resultados desses indicadores como melhoria de eficiência de suas próprias funções, tanto é que os principais indicadores do setor ficam expostos em um mural público. Isso facilita o controle e a alimentação mensal dos dados, geralmente em medidas não financeiras.

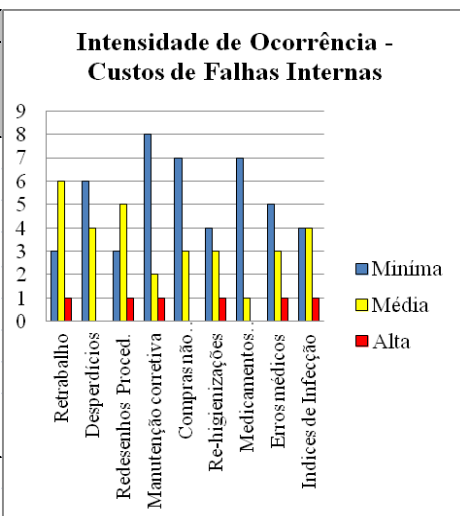
No geral, predomina uma forte mensuração e controle dos custos de avaliação, fato de clara visualização pelo gráfico. Ressalta-se, porém, a maioria desse controle via indicadores não financeiros e a pouca ênfase em conhecer e explorar os custos relativos à qualidade, tanto pelas falas dos respondentes, quanto pelas outras fontes de coleta de dados. Não que o hospital não se atente ao que gasta com qualidade ou que não se preocupe em melhorar, mas informações de gerenciamento de custos específicos da qualidade seriam possíveis e poderiam contribuir diretamente no aumento de eficácia organizacional, com um conhecimento de qual o impacto financeiro disso nos resultados, inclusive no campo estratégico. O cenário permite afirmar que a gestão estrita dos custos da qualidade, mesmo apresentada em grande aderência nas respostas, é aparente, pela ampla ligação ainda em aspectos contábeis, ou seja, nos custos voluntários.

4.2.4.3 Custos de Falhas Internas

Essa categoria de custos ocorre em contato com o cliente e, assim, quanto menor forem melhor será, tanto ao aspecto de consumo de recursos, quanto para imagem da organização (Barreto, 2008). Deste modo, frente à percepção dos entrevistados, apresenta-se a Tabela 43.

Tabela 43. Ocorrência dos Custos de Falhas Internas - HOSP.2

Custos de Falhas Internas	Intensidade de Ocorrência			
	Mínima	Média	Alta	Não se Aplica
1 Retrabalho	3	6	1	1
2 Desperdícios (cozinha e farmácia)	6	4	0	1
3 Redesenhos de Procedimentos	3	5	1	2
4 Manutenção Corretiva dos equipamentos	8	2	1	0
5 Compras não planejadas (Ex. medicamentos)	7	3	0	1
6 Re-higienizações ou dedetizações	4	3	1	3
7 Medicamentos Vencidos	7	1	0	3
8 Erros médicos	5	3	1	2
9 Índices de infecção ou mortes por incapacidade hospitalar	4	4	1	2
Total de respostas (9*11=99)	47	31	6	15
Percentual geral por nível	47%	31%	6%	15%



Fonte: Elaborado pelo autor.

Em consonância com a literatura, a percepção de ocorrência “Mínima” foi a que atingiu o maior número de respostas, com 47%. Dentre esses, os custos mais citados foram aqueles oriundos de manutenções corretivas, com 8 respostas, seguido das compras não planejadas e medicamentos vencidos. Em meio à triangulação de dados, observa-se que assim como as manutenções preventivas, as corretivas possuem um controle interno em planilhas e mediante sistema, entretanto, como aqui o equipamento já estragou, está parado e por ser uma organização de saúde, o atendimento é imediato, salvo em casos em que houver equipamentos substitutos. Contudo, quando comparado com as preventivas, a maioria dos respondentes cita que as corretivas ocorrem em nível menor. As compras não planejadas também foram citadas como raras e quando há esse tipo de necessidade, geralmente o hospital tem a opção de “emprestar” o medicamento de outros hospitais da região, localizado nos arredores. Essa situação foi confirmada por observações diretas, onde ocorreu contato com o concorrente para sanar tal necessidade durante a realização de uma entrevista. Nas triangulações, esses casos e também o de medicamentos vencidos foram confrontados com fichas de controle, que são preenchidas pelo funcionário, aprovado pela coordenadora e registrado no sistema.

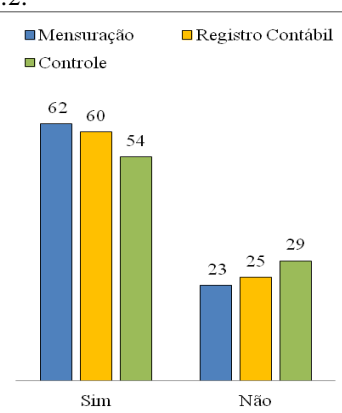
Dentre as percepções de ocorrência em nível “Médio” auferem-se percentual equivalente a 31%, representado principalmente pelos retrabalhos, com 6 respostas. Os gestores afirmam que ocorre retrabalho no hospital e quando ocorre, a situação é controlada pela instrução e acompanhamento, porém, quando questionados se é registrado ou apurado o custo, de alguma forma as respostas foram negativas, informação triangulada com análises documentais. O hospital sabe que ocorre, mas não tem informações que demonstrem o nível em que isso acontece, o que seria um custo estritamente gerencial, que reduz a capacidade produtiva disponibilizada pelo funcionário, além de possivelmente poder gerar danos ao cliente. Esse achado reforça a evidência de que a gestão estrita desses custos não é amplamente realizada pelo hospital.

As percepções de ocorrência “Alta” alcançam apenas 6%, com apenas algumas respostas dentre todos os respondentes, o que representa um forte indício de que tal categoria de custos da qualidade, mediante a percepção dos gestores, ocorre com pouca frequência no hospital.

Após essas constatações, buscou-se a opinião dos gestores quanto à mensuração, registro e controle desses custos. A Tabela 44 apresenta os achados em números e gráfico.

Tabela 44. Mensuração, registro e controle dos Custos de Falhas Internas - HOSP.2.

Custos de Falhas Internas	Mensuração			Registro Contábil			Controle		
	Sim	Não	Não se Aplica	Sim	Não	Não se Aplica	Sim	Não	Não se Aplica
1 Retrabalho	3	7	1	2	8	1	3	7	1
2 Desperdícios (cozinha e farmácia)	8	3	0	9	2	0	8	3	0
3 Redesenhos de Procedimentos	4	6	1	2	8	1	3	7	1
4 Manutenção Corretiva dos equipamentos	10	1	0	11	0	0	8	2	1
5 Compras não planejadas (Ex. medicamentos)	10	0	1	9	1	1	6	4	1
6 Re-higienizações ou dedetizações	6	2	3	6	2	3	5	3	3
7 Medicamentos Vencidos	8	0	3	8	0	3	6	1	4
8 Erros médicos	7	2	2	8	1	2	7	2	2
9 Índices de infecção ou mortes por incapacidade hospitalar	6	2	3	5	3	3	8	0	3
Total de respostas (9*11=99)*3=297	62	23	14	60	25	14	54	29	16
Percentual geral por nível	63%	23%	14%	61%	25%	14%	55%	29%	16%
Total por etapa		99			99			99	



Fonte: Elaborado pelo autor.

De modo geral, nas três vertentes analisadas, os gestores entrevistados percebem que a gestão desses custos é realizada, sendo o maior número de respostas afirmativas, o que demonstra grande atenção ao registro e acompanhamento de custos, mesmo que em grande parte mediante indicadores não financeiros.

Na mensuração, a percepção afirmativa na mensuração alcança percentual de 63%, o maior percentual dentre as 3 dimensões analisadas. Os principais tipos de custos que justificam esse achado foram a manutenção corretiva dos equipamentos e as compras não planejadas, que

ocorrem principalmente com medicamentos muito específicos a determinados pacientes. Nas triangulações, como já mencionado, foram encontradas planilhas de controle e programação das manutenções corretivas, e quanto às compras de remédios não planejadas foram analisadas as fichas de preenchimento, controle e o registro no sistema. Quanto aos custos mais intangíveis, nessa categoria é clara a falta de mensuração do custo com retrabalho (7 respostas) e redesenhos de procedimentos (6 respostas), devido a estar inclusa nas funções das pessoas e por haver dificuldades em encontrar bases precisas de mensuração, conforme citaram alguns entrevistados.

Em relação ao registro, as percepções conduziram às afirmações, com percentual de 61%, justificado principalmente pelos registros das manutenções corretivas, compras não planejadas e desperdícios (de remédios e comida). Durante o processo de triangulação de informações, as manutenções corretivas e compras não planejadas foram confrontadas com os registros no sistema, apurados como despesas com manutenções (sem separação de preventiva e corretiva na DRE), e perdas, também sem detalhamento, respectivamente. As percepções oriundas de natureza negativa foram encontradas mais nos itens retrabalhos e redesenhos de procedimentos, devido ao fato de não haver mensuração separadamente e nem indicadores de controle para isso, o que reforça, mais uma vez, que a gestão desses custos é estrita ao que a contabilidade oferece apenas.

Por fim, o controle desses custos auferiu percentual de 55%, segundo a percepção dos entrevistados, achado principalmente justificado pelos dois indicadores estratégicos e mediante utilização de planilhas de controle. Os principais itens que justificam o percentual nesse sentido foram os desperdícios e as manutenções corretivas, beneficiados mais uma vez pelo fato de serem tangíveis e possuírem bases de mensuração claras. Nas triangulações foram analisados os indicadores e ferramentas de controle, que se apresentavam mais voltados a dados qualitativos.

Por um panorama geral, o que se percebe, a primeiro plano, como na análise gráfica, é que existe na maioria dos elementos de custos pesquisados esforços voltados a mensuração, registro e controle. Todavia, mediante as triangulações de dados, nota-se que a essência é a mesma encontrada no hospital Ministro Costa Cavalcanti: os custos, em grande maioria, são geridos apenas mediante as informações oferecidas pela contabilidade, sem muitos esforços gerenciais. Tal constatação permite à percepção de que os altos índices positivos apresentados nas percepções dos gestores (em nível de ocorrência e em relação às dimensões de gestão) são, em parte, aparentes, sendo na verdade limitados em maioria, por informações de natureza fiscal.

4.2.4.4 Custos de Falhas Externas

Essa categoria de custos é oriunda posterior à prestação de serviço ao cliente, devido a algum erro ou falta de controle de fatores que podem conduzir ao erro. Desse modo, uma alta ocorrência de custos nessa categoria é considerado um grande fator de risco para a organização, uma vez que tende a ser cada vez mais alto, além de prejudicar muito a imagem da empresa pela prestação de um serviço ineficaz (Feigenbaum, 1994). Os achados nessa categoria, segundo a percepção dos gestores entrevistados, são apresentados na Tabela 45.

Tabela 45. Ocorrência dos Custos de Falhas Externas - HOSP.2

Custos de Falhas Externas	Intensidade de Ocorrência			
	Mínima	Média	Alta	Não se Aplica
1 Atitudes tomadas às reclamações	8	1	2	0
2 Pagamento de Indenizações/multas a clientes	6	2	2	3
3 Custos para manter a imagem externa	2	4	2	3
4 Assistência adicional ao cliente	8	2	0	1
5 Mensuração Prejuízo econômico/social /psicológico gerado	9	0	0	2
Total de respostas (5*11=55)	33	9	4	9
Percentual geral por nível	60%	16%	7%	16%

Intensidade de Ocorrência - Custos de Falhas Externas

Fonte: Elaborado pelo autor.

A percepção de ocorrência dos gestores nessa categoria de custos apresentou, em sua maioria, intensidade “Mínima”, com 60%, demonstrando alinhamento com a literatura quanto aos níveis preferíveis de gastos. Os principais elementos de custos nesse contexto foram a mensuração de prejuízo econômico/social/psicológico gerado ao cliente, as atitudes tomadas frente às reclamações dos clientes e a assistência adicional ao cliente. A ocorrência desses custos foi considerada pela maioria dos gestores como de intensidade mínima, visto que alguns nem ocorrem, segundo alguns entrevistados. Na busca pelas triangulações de dados foi localizado um relatório mensal que a ouvidoria manda ao gestor com as reclamações por setor. Cada gestor tem o dever de responder imediatamente a essas situações, salvo em casos onde demandar recursos ou algo específico. Em reunião mensal são apresentados o número de casos resolvidos e pendentes, informações confrontadas com a ata da reunião e slides com as informações em questão.

A percepção de ocorrência em nível médio foi pouco citada dentre os respondentes, com 16%, justificado principalmente pelos custos para manter a imagem externa da organização. Essa

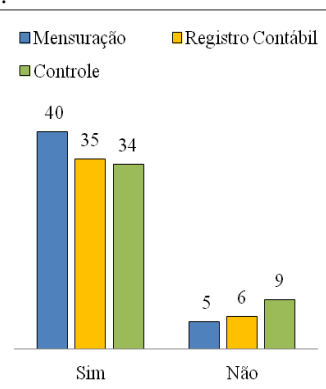
informação foi confrontada com a DRE e com o orçamento, porém, não há separação alguma dos gastos com propaganda relativos à divulgação no geral do hospital, e à parte que cabe a essa divulgação em decorrência de erros e insatisfações de clientes, o que caracterizaria um custo de falha externa, o que faz com que tal achado seja inconclusivo.

A percepção de ocorrência desses custos em intensidade alta foi mínima, com percentual apenas de 7%, demonstrando que esses custos possivelmente ocorrem de forma reduzida na organização, e quando ocorrem são logo sanados.

Em relação à mensuração, registro e controle, têm-se, de acordo com as percepções dos gestores, os resultados apresentados pela Tabela 46, inclusive em forma de gráfico.

Tabela 46. Mensuração, registro e controle dos Custos de Falhas Externas - HOSP.2.

Custos de Falhas Externas	Mensuração			Registro Contábil			Controle		
	Sim	Não	Não se Aplica	Sim	Não	Não se Aplica	Sim	Não	Não se Aplica
1 Atitudes tomadas às reclamações	11	0	0	9	1	1	9	2	0
2 Pagamento de Indenizações/multas a clientes	7	1	3	6	1	4	6	2	3
3 Custos para manter a imagem externa	7	0	4	7	0	4	6	1	4
4 Assistência adicional ao cliente	6	4	1	6	4	1	6	4	1
5 Mensuração Prejuízo econômico/social /psicológico gerado	9	0	2	7	0	4	7	0	4
Total de respostas ((5*11=55)*3)=165	40	5	10	35	6	14	34	9	12
Percentual geral por nível	73%	9%	18%	64%	11%	25%	62%	16%	22%
Total por etapa		55		55		55		55	



Fonte: Elaborado pelo autor.

Nas três categorias analisadas as respostas afirmativas obtiveram maiores percentuais, superiores a 60%, mostrando que por menores que sejam os custos de falhas estes são analisados a fim de que seja resolvido e minimizado.

A mensuração, de acordo com a percepção dos respondentes, é feita em 73% dos custos de falhas externas explorados no estudo, resultado principalmente alcançado pelo item “atitudes tomadas às reclamações”. Em busca da confrontação de dados, foram localizados relatórios de análise de casos e a mensuração em número de ocorrências, não o quanto isso consumiu de recursos. Foi questionado se em atitudes desse tipo há custos incorridos, e a resposta foi afirmativa, porém, não foram encontradas quaisquer evidências que mensurassem o impacto monetário.

O registro dos custos nessa categoria alcançou 64% das respostas, novamente justificado, principalmente, pelos custos relativos às atitudes tomadas frente às reclamações de clientes, todavia como já mencionado, não foi localizado evidência disso em valores, mas em número de

ocorrências, resoluções e pendências. A opção “Não se aplica” nessa categoria foi a mais citada, com 25%, demonstrando talvez pouco domínio sobre tais registros ou mesmo se há ocorrência e conhecimento sobre isso.

E por fim, o controle desses custos atingiu percentual de 62%, mais uma vez o custo em destaque foi aquele devido às atitudes tomadas frente às reclamações de clientes, com justificativas já explicitadas. Mais uma vez, um fator que pode justificar esse alto percentual de controle nos custos de falhas externas pode ser o fato de haver indicadores específicos para isso, o que cria a obrigação de controles adicionais, apuração de dados e alimentação do sistema.

Pela análise geral do gráfico, percebe-se o hospital detém controle, mensuração e registro da maioria desses custos e procura, mesmo que de rara ocorrência, combatê-los a fim de minimizá-los. Adicionalmente, mediante as triangulações de dados, constatou-se que muitos dos custos afirmados pelos entrevistados não foram confirmados, o que revela, em nível geral, que a gestão dos custos da qualidade no hospital 2 é, de certo modo, restrito ao que oferece a contabilidade, e ocasionalmente ao que possibilita dados gerenciais de apoio, o que indica uma alta aderência em partes aparente.

4.2.5 Análise do discurso

Os dados coletados no hospital 2 foram submetidos à vertente francesa de análise do discurso, priorizando os princípios de Michael Pêcheux. As interpretações foram fundamentadas pelo dispositivo analítico e teórico apresentados na Metodologia desse estudo em detalhes. Conforme orienta o método, as análises foram operacionalizadas principalmente pela identificação e exploração das paráfrases, metáforas e historicidade (Orlandi, 2012).

Essa identificação gira em torno do Interdiscurso (constituição do dizer), que nesse caso é representado pelas respostas organizacionais estratégicas, e pelo Intradiscurso (formulação do dizer) que no estudo é representado pelos fatores institucionais externos.

A apresentação dos resultados foi apresentada em três etapas, conforme orienta o método abordado de análise do discurso: a identificação dos discursos perante o *corpus* (intradiscurso); as formações discursivas (interdiscurso) e a (s) ideologias predominantes (interdiscurso).

4.2.5.1 Primeira etapa (Superfície Linguística e Identificação dos discursos)

No estudo, o corpus inclui parte dos dados coletados nas entrevistas, documentos analisados e observações diretas efetuadas no Hospital 2. Seguindo as orientações de Orlandi (2012), buscou-se selecionar as partes aptas às análises, admitindo como base para isso o dispositivo analítico e teórico em questão. Procedeu-se assim com a primeira escuta das entrevistas e leitura dos materiais coletados a fim de pré-identificar os discursos e, deste modo constatou-se, como no primeiro hospital analisado, que o *corpus* se origina das respostas organizacionais estratégicas.

Em segunda escuta das entrevistas e mapeamento das respostas dos entrevistados, foram identificadas as paráfrases, ou seja, os dizeres que mais se repetem, seguindo as instruções de Orlandi (2012). Identificou-se 11 discursos dentre os 16 possíveis, que juntos formam o Intradiscurso no hospital. O alto número de discursos identificados demonstra plena congruência dentre as respostas dos gestores, indicando alinhamento de pensamentos, o que corresponde à expressão “todos falando a mesma língua”, que contribui na redução de problemas voltados à comunicação interna. Assim como no outro hospital analisado, foram considerados como discurso aquelas respostas que atingiram 85% ou mais do total, afirmando ou negando. Os percentuais inferiores foram considerados como Polissemia (dizeres contrastantes), conforme orientações de Orlandi (2012), e assim, não foram analisados mais detalhadamente no estudo.

A Tabela 47 apresenta os achados dessa etapa de modo detalhado, com a variável em questão (resposta organizacional), número de respostas (afirmativas ou negativas), percentuais alcançados, natureza e finalmente, a descrição dos discursos.

Tabela 47. Identificação dos discursos ou respostas organizacionais - HOSP.2

Resposta Organizacional	Natureza do dizer		Predominância			Constatação
	Afirmativa	Negativa	Nulo	(%)	Natureza	
Aquiescência-Hábito	13	0	0	100%	Afirmativa	Discurso da conformidade via percepção habitual de adequação por todos
Aquiescência-Imitar	0	13	0	100%	Negativa	Discurso da conformidade sem influência externa de terceiros
Compromisso-Pacificar	0	13	0	100%	Negativa	Discurso da adequação acima do que é exigido pela fonte de pressão externa.
Esquivança-Ocultar	0	13	0	100%	Negativa	Discurso da transparência frente às pressões externas por qualidade
Manipulação-Cooptar	0	13	0	100%	Negativa	Discurso estritamente profissional com membros de fontes de pressões externas

Manipulação-Influenciar	0	13	0	100%	Negativa	Discurso da influência do hospital para a adoção externa de práticas de qualidade
Aquiescência-Aceder	12	1	0	92%	Afirmativa	Discurso da adequação consciente e alinhada à estratégia por qualidade
Esquivança-Escapar	1	12	0	92%	Negativa	Discurso da responsabilidade frente às demandas incumbidas sobre qualidade
Manipulação-Controlar	1	12	0	92%	Negativa	Discurso do não abuso de poder para manipulação da fonte de pressão institucional
Desafio-Atacar	0	12	1	92%	Negativa	Discurso do respeito e resguardo às exigências da fonte de pressão institucional
Compromisso-Barganhar	11	2	0	85%	Afirmativa	Discurso da negociação com as fontes de pressões externas por qualidade
Compromisso-Equilibrar	9	4	0	69%	Afirmativa	Polissemia
Esquivança-Amortecer	9	4	0	69%	Afirmativa	Polissemia
Desafio-Rejeitar	4	9	0	69%	Negativa	Polissemia
Desafio-Provocar	7	6	0	54%	Afirmativa	Polissemia
Decoupling1/2	5	7	1	54%	Negativa	Polissemia

Fonte: Elaborado pelo autor.

Conforme o exposto, os discursos constatados referem-se à confirmação das respostas organizacionais: Aquiescência-Hábito, Aquiescência-Aceder e Compromisso-Barganhar, e ao repúdio aos comportamentos: Aquiescência-Imitar, Compromisso-Pacificar, Esquivança-Ocultar, Manipulação-Cooptar, Manipulação-Influenciar, Esquivança-Escapar, Manipulação-Controlar, Desafio-Atacar. Respostas nulas incluem aquelas onde os respondentes não souberam responder ou em casos de ambiguidades ou algum fator que impossibilitasse a compreensão.

No que se refere ao *Decoupling*, a questão que buscava captar o modo como os custos da qualidade são apresentados, se em montante geral ou em categorias, auferiu que tais custos são apurados em montante geral, por meio principalmente do orçamento e DRE por centro de custos, segundo a fala da maioria dos respondentes (7).

4.2.5.1.1 Discurso da conformidade via percepção habitual de adequação por todos

O hospital possui uma história de 90 anos, alimentado por práticas de excelência inicialmente germânicas, e que depois transpassou o tempo até a atualidade. Essa origem, juntamente com a introdução de programas voltados à qualidade consolida tal filosofia, de modo

que, a todos que fazem parte ou aos que iniciam na organização, se adéqua pela percepção de que a equipe como um todo executa e contribui para a qualidade como parte plena de suas funções, criando a mentalidade de que aquilo tornara hábito inerente ao perfil de cada um.

A maioria dos respondentes afirma que isso é uma cultura que está na essência do hospital e que a equipe tem isso claro, contribui e se orgulha vendo os resultados e a evolução na execução do serviço. Enxergam como algo natural, automático quando adentram na organização.

Evidências da existência desse discurso podem ser percebidas nos trechos destacados de alguns gestores entrevistados.

Sujeito 4:

Eles (colaboradores) já entram com isso bem estruturado, os outros que estão aqui, mais antigos já tem isso como um..., eles se orgulham de saber que eles conseguem, que a gente é reconhecido e que a equipe participa junto (comunicação pessoal, 12 de abril de 2017).

Sujeito 7:

[...] Acredito que isso é pacífico para todas as pessoas que atuam aqui, ou para a grande maioria delas, que o investimento em qualidade, a preocupação com a qualidade é benéfico para instituição, tanto para dentro quanto para fora, e que isso é um caminho que o hospital já decidiu e optou por trabalhar assim e não existe outra opção hoje mais para o hospital 2 que não seja ser um hospital de excelência e de qualidade alta, e todas as pessoas ou a grande maioria tem isso bem claro (comunicação pessoal, 10 de abril de 2017).

Sujeito 8:

[...] Existe um pouco disso sim. Porque quando eles entram aqui eles (colaboradores) sabem que nós somos isso. Quando alguém vem para cá eles já sabem que tipo de instituição a gente é e qual é a nossa preocupação e como a gente trabalha. Sabem que nós somos um hospital que prima por isso, então acho que sim, e acho que a gente busca isso neles também (comunicação pessoal, 6 de abril de 2017).

Sujeito 10:

Eu acho que estamos em um corpo que se renova muito, e o hospital cresceu muito o número de funcionários, então as pessoas que estão entrando na instituição por aumento de quadro já entram com essa cultura assim como eu entrei aqui com essa cultura [...] (comunicação pessoal, 10 de abril de 2017).

As falas evidenciam claramente que quem começa a trabalhar no hospital já se depara com a conformidade à qualidade como um hábito inerente à equipe, obtendo a percepção de que ali as práticas são diferenciadas e devem ser seguidas como meio para alcance da excelência, como enfatiza diretamente as falas dos sujeitos 4 e 8. O sujeito 10 reforça que tal resposta organizacional ocorre com a equipe e inclusive ocorreu consigo, indícios que mostram a presença de um comportamento habitual quando se trata da conformidade às exigências de pressões externas em contato com o hospital 2.

4.2.5.1.2 Discurso da conformidade sem influência externa de terceiros

Esse discurso possui relação próxima ao mimetismo de DiMaggio e Powell (1983), abordando se a conformidade à adoção das pressões externas por qualidade no hospital ocorre pelo fato de outras organizações também estarem fazendo, o que resultou em respostas negativas, com o argumento de que é feito pelo fato disso fazer parte do hospital em contexto histórico e por estar incorporado dentre as práticas executadas como fonte para obtenção de segurança do paciente. Não que hoje não há mimetismo, mas, segundo os respondentes, isso ocorre como forma de busca da melhoria contínua, não como justificativa para a conformidade organizacional predominante na organização, que caracterizaria a resposta organizacional em análise.

A principal razão pelo qual o hospital busca a conformidade provém da cultura construída e alimentada a cada ano, e não exatamente pelo fato de outras organizações estarem também fazendo. Sobre tal discurso, destaca-se algumas evidências, conforme apresentado abaixo.

Sujeito 1:

Eu acredito que não. Eu acho que a justificativa é pela necessidade realmente do nosso negócio. A visão é essa, que precisamos ter enquanto uma entidade referência, enquanto uma entidade de 90 anos, enquanto uma entidade que está dentro de um mercado privado, que precisa ser diferente, que precisa agregar uma diferencial, mas eu não vejo como: Ah, a concorrência está fazendo eu vou fazer também. Não, a gente tem que fazer porque é parte inerente ao nosso negócio (comunicação pessoal, 13 de abril de 2017).

Sujeito 3:

Acho que não, porque na verdade, no nosso caso aqui a gente protagonizou, a gente puxou isso, não porque a maioria dos outros hospitais fez. A gente fez ninguém tinha feito ainda, os outros

foram fazendo e agora todo mundo faz, então eu acho que a justificativa é porque a gente entende como importante e eu quero trabalhar no melhor lugar possível. Então para trabalhar no melhor lugar possível utiliza-se as melhores práticas possíveis (comunicação pessoal, 12 de abril de 2017).

Sujeito 11:

Não, eu acho que é porque realmente eles acreditam que isso é para um bem do paciente, tanto é que, eu tenho equipe médica que atuam em outros hospitais, mas o desfecho lá é diferente do daqui. Então aqui a enfermagem ela tem muito isso empoleirado, é o nosso jeito, é muito Hosp. 2 (comunicação pessoal, 12 de abril de 2017).

O sujeito 1 defende que a busca pela conformidade pelas práticas e gestão dos custos da qualidade não se deve ao fato de ver as outras organizações, mas como um requisito embutido no próprio negócio enquanto prestador de serviços de saúde. O Sujeito 3 reforça e complementa que não houve tal comportamento organizacional, visto que na época em que o hospital começou a busca e adequação por qualidade isso era raro no contexto regional e mesmo nacional e, assim, defende uma atitude consciente, que inclusive é exposta também pelo sujeito 11, quando cita que fazem “pelo bem do paciente”, analisando esse olhar como uma posição priorizada pela organização e customizada segundo a sua cultura, como o explicito no trecho “é muito Hosp. 2”.

4.2.5.1.3 Discurso da adequação acima do que é exigido pela fonte de pressão externa

A preocupação e atenção frente às mudanças para melhoria de qualidade é vista, segundo muitos dos gestores entrevistados, não como uma pressão externa, mas como ferramenta para melhoria, e desse modo, a imagem que se cria não é de mecanismo regulador, mas de uma oportunidade de crescimento. A partir dessa visão e defronte à filosofia de décadas voltadas à qualidade, o hospital não busca uma atitude pacificadora, voltada a atender, pelo menos em nível mínimo, a fonte de pressão institucional externa. Todas as respostas atribuíram a presença de auditorias externas como degrau para melhoria contínua. O mesmo ocorre com órgãos reguladores, como a ANVISA. Alguns citaram que veem os apontamentos e não conformidades como oportunidades de melhoria e, deste modo, uma atitude pacificadora não predomina em ambiente aberto visando melhorar e prestar um melhor serviço, como o existente no hospital 2.

Sobre tal resposta comportamental, apresenta-se as seguintes evidências:

Sujeito 1:

De maneira alguma. Eu acho que JCI e todos os norteadores de qualidade, eles são realmente um norteador. A gente trabalha sempre com a cereja do bolo, a gente quer sempre algo mais. Então a gente procura sempre exceder a expectativa daquilo que nos é orientado. JCI tem sido assim, ISO 9001 mesma coisa. [...] A partir desse mínimo construir algo muito maior e realmente que seja mais adequado a nossa estratégia (2017).

Sujeito 5:

Não. [...]. Nós não vamos pelo certificado, nós vamos pelo método. Muitas vezes a JCI nos sinaliza coisas que a gente não enxergou, mas muitas vezes nós fazemos práticas que eles nem imaginaram e a gente faz porque a gente enxerga que aquilo é a melhor maneira (comunicação pessoal, 12 de abril de 2017).

Sujeito 12:

Não, a gente vai além em vários processos. É o que eu disse, vai se criando uma cultura, e a gente vai desenvolvendo um olhar e acaba querendo sempre mais e fazer um pouco mais. (comunicação pessoal, 11 de abril de 2017).

Evidência forte da negativa desse tipo de comportamento é de fácil percepção na fala do sujeito um, que enfatiza os órgãos externos (de caráter obrigatório ou voluntário) como norteadores, ou bases para a melhoria da qualidade, além da necessidade de ir além e fazer algo a mais. A fala seguinte reforça com o argumento de ênfase no método como sinal ou panorama de como as coisas estão e o sujeito 12 complementa caracterizando exatamente o resultado negativo do comportamento organizacional em análise. Como um exemplo, o controle de temperatura de geladeiras é feito hoje no hospital muito além do exigido pela legislação ou instituições acreditadoras, e os custos relativos são considerados investimentos para melhoria da qualidade e segurança. Na literatura, tal investimento se caracterizaria como um custo de prevenção.

4.2.5.1.4 Discurso da transparência frente às fontes de pressões externas por qualidade

A resposta organizacional estratégica que permeia nesse discurso é o “ocultar”. Como uma resposta proveniente da esquiva se refere a casos em que a organização tem em mente a busca pela conformidade, porém por alguns motivos como incongruência frente a seus objetivos internos ou incapacidade em se adequar, acaba, em algumas ocasiões, a ocultar procedimentos e

quando auditada por membros da fonte de pressão, tenta mostrar que faz, que adota, para transmitir a imagem de conformidade, mesmo quando não a tem. Esse comportamento também é chamado “de fachada” ou “maquiagem”. No hospital 2, em totalidade as respostas foram negativas, e os argumentos permearam em citações voltadas à transparência e “jogo limpo”. Por conta da consolidação da cultura de qualidade do hospital, foi argumentado que essa prática não ocorre, até mesmo porque, atualmente, não há essa preocupação, pelo fato do hospital possuir vários reconhecimentos de qualidade por ser reacreditado várias vezes pela JCI. Todavia, em casos pontuais onde isso ocorreu, mesmo que no passado, todos afirmaram que não houve esforços para esconder ou mostrar algo que na verdade não era. Como anteriormente citado, o hospital enxerga os órgãos de pressões externas formais e informais como degraus para o crescimento e, assim, uma atitude como a de ocultar seria uma estratégia de enganação para a própria organização.

Na busca por evidências claras sobre a existência desse discurso negativamente, foram selecionados alguns trechos de falas de alguns gestores.

Sujeito 2:

Não, com certeza. Não porque isso vai contra todos os princípios e valores [...]. Ética, respeito e transparência, então se eu não estou correto, vou admitir e vou buscar acertar, melhorar. Mas não faz parte omissão, isso é demissão sumária (comunicação pessoal, 11 de abril de 2017).

Sujeito 4:

Não. O que acontece, acontece mesmo. Isso é uma preocupação muito forte nossa assim, de que o funcionário não tenha que dizer nada do que ele não faz de verdade. Fala o que de fato está fazendo. [...] (2017).

Sujeito 5:

Não vejo na casa. [...]. Eu diria que não é uma política, é uma política de muita transparência, não se mente de ocultar, não se mente. Quando a gente não faz a gente diz: Não fiz porque não tive recurso para fazer, não fiz mas está no meu plano para fazer ali na frente ou não fiz porque não acredito e não acredito por isso, por isso e por isso. Justifico (2017).

Sujeito 9;

Não. [...]. Se a gente diz é porque a gente faz (comunicação pessoal, 7 de abril de 2017).

A primeira citação, referente a um superintendente, deixa claro a ligação feita a aspectos de respeito e ética, que são infringidos quando atitudes como a ocultação ocorrem, casos em que o combate sucede até mesmo com a demissão do funcionário. A transparência ainda é defendida fortemente pelo sujeito 4, que completa dizendo que além de não praticarem tal comportamento orientam toda a equipe ao mesmo tipo de ação, sempre preocupados com as melhorias no atendimento e melhorias na qualidade. Já na fala do sujeito 5 fica evidente o interesse em justificar o porquê não se faz (em casos em que isso acontecer), sem, entretanto, fugir na transparência e da realidade vivida.

4.2.5.1.5 Discurso estritamente profissional com membros de fontes de pressões

Cooptar é a resposta organizacional comportamental que predomina quando a organização mantém relações amigáveis e de cumplicidade com membros das fontes de pressões institucionais visando tê-los como parceiros no momento das avaliações, ou seja, quando busca aliados nas fontes de pressões que contribuam para atitudes manipuladoras de inconformidades.

Em relação ao hospital 2, tal resposta estratégica foi dada como negativa e apontada por alguns como uma atitude antiética e injusta perante o mercado. Além disso, segundo algumas respostas, os avaliadores não mantêm maiores vínculos com os gestores do hospital, até porque a proibição a esse tipo de atitude é firmada em contrato da parte da organização, proibindo almoços ou passeios entre gestor e avaliador, por exemplo, e da parte das fontes de pressão, onde um termo é assinado pelos avaliadores, atestando o não vínculo a instituição de quaisquer espécies.

Visando reforçar essas evidências, apresentam-se as citações de alguns entrevistados.

Sujeito 2:

Não. [...]. De novo volta-se para questão de ética. É muito claro que nós não podemos ter na equipe de avaliadores pessoas ou que tenham trabalhado aqui e que tenham algum conflito. E da mesma forma as pessoas entendem isso. Tem avaliadores que já trabalharam aqui, então isso fica declarado e o próprio órgão, a própria JCI, tem um documento onde você avaliador declara que não tem conflito e a instituição tem que declarar e tem aceitar os avaliadores que vem, então isso é muito claro (2017).

Sujeito 3:

[...] Não. A gente tem uma política de *compliance* bastante clara que não recomenda, então... para manter idoneidade. [...]. Tem que ser bastante sério, para ser verdadeiro, para não ser uma enganação (2017).

Sujeito 13:

Não. Não tem conflitos de interesses. São relações profissionais, tanto que quando tem algum avaliador, por exemplo da JCI, porque a gente recebe os nomes das pessoas que vem nos avaliar, quando tem algum avaliador que já foi nosso funcionário a gente [...] é mudado porque tem relação de conflito (comunicação pessoal, 11 de abril de 2017).

Outra vez fica evidente a preocupação do hospital com questões éticas e transparentes, propícias em modelos de gestão mais consolidados e propagados em todos os níveis da organização. A fala do Sujeito 2 reforça a questão desse não comportamento, inclusive através de contratos firmados entre as partes que atestam o não vínculo. Outros exemplos de não vínculo dessa natureza foi dado pelo Sujeito 12, em relação aos farmacêuticos, que estão proibidos de receber presentes ou sair para almoçar com fornecedores de medicamentos, comportamento inclusive ditado por *compliance* ativo dentre as atividades desenvolvidas, evidência também firmada pelo Sujeito 3, que completa que atitudes contrárias a essa distorceriam o real sentido da avaliação, não passando de uma enganação.

Para finalizar as evidências de existência do discurso, o Sujeito 13 expõe um exemplo que já ocorreu no hospital, de um avaliador da JCI ser ex-funcionário do hospital, o que ocasionou imediatamente o pedido de substituição do avaliador, priorizando relações estritamente profissionais, o que exclui quaisquer conflitos.

4.2.5.1.6 Discurso da influência para a adoção externa de práticas de qualidade

A resposta organizacional “Influenciar” se caracteriza como um comportamento manipulador, além do desejo de não conformidade às mudanças organizacionais, existe ainda a ação de influenciar o meio no qual se insere ou a fonte de pressão para a não conformidade, que no caso do estudo estão voltadas à qualidade e seus custos.

Como outrora em discursos anteriores, a resposta nesse tipo de comportamento foi negativa no hospital 2 e, inclusive, os entrevistados afirmaram, de um modo geral, que o hospital

exerce influência, mas de modo contrário, visto ser considerado nacionalmente como de excelência e assim, busca contribuir, na medida do possível, para a adoção e mudanças organizacionais voltadas à qualidade. Um exemplo citado dentre as falas é a plena permissão para a vinda de outros hospitais para a prática de *benchmarking*, bem como palestras e cursos ministrados por pessoas do hospital em outras organizações a fim de contribuir no desenvolvimento do segmento, sendo ainda um grande exemplo a parceria com o ministério da saúde para desenvolvimento do SUS, o PROADI, como comentado anteriormente.

Visando firmar a existência do discurso no hospital e a ênfase dada pelos gestores entrevistados, destaca-se algumas falas das entrevistas.

Sujeito 1:

Não, de maneira alguma. Pelo contrário. Eu acho que o Hospital 2 assume uma posição de vanguarda realmente, de inspiração para as demais, mas não de dizer ou de influenciar para não praticar determinado tipo de evolução no aspecto de qualidade [...] (2017).

Sujeito 3:

Não. Bem pelo contrário. O hospital tenta influenciar positivamente fazendo fóruns, fóruns de segurança vinculado ao SUS. Tenta engajar positivamente, não para que isso não seja uma bandeira (2017).

Sujeito 11:

Não, pelo contrário. Eu acho que ele é um exemplo de adoção de qualidade. Ao contrário, [...] e é por isso que ele é até reconhecido (2017).

Como a filosofia de qualidade do hospital é antiga existindo há décadas e como reconhecimento pelo ministério da saúde como uma organização de excelência, o hospital é pioneiro em qualidade e influência positiva para o desenvolvimento do setor, o que inclusive inclui qualidade, argumento reforçado pelo Sujeito 1. O Sujeito 3 complementa diretamente citando a participação em fóruns e órgãos governamentais para a adoção de mudança voltada à qualidade, o que incorpora na organização o espírito transmissor. Por fim, o Sujeito 11 conclui com a mesma visão de exemplo, de modelo para o crescimento das outras organizações e atribui até uma ligação disso com o grande reconhecimento no setor e em relação à segurança e cuidado ao paciente, a nível nacional e até mesmo internacional.

4.2.5.1.7 Discurso da adequação consciente e alinhada à estratégia por qualidade

Com a coleta de dados percebeu-se que a qualidade está presente desde o início do modelo de gestão, na missão, visão e valores, até as rotinas mais operacionais, em cada setor. Foi observado também que todo setor possui um painel com os principais indicadores e resultados alcançados pela equipe, que acaba por representar um tipo de incentivo à melhoria contínua e redução de inconformidades, além de ser um *link* entre nível estratégico e demais níveis.

Aliado a esse contexto consolidado sobre o conceito de qualidade, encontra-se a resposta estratégica “aceder”, que envolve um comportamento conformista, mas consciente, ou seja, “faço porque enxergo ser bom e por compor a estrutura de gestão da organização”. Essa espécie de pensamento foi citada como afirmativa na maioria dos respondentes, que afirmam que todos os níveis hierárquicos possuem conhecimento e contribuem com a cultura de qualidade por estar alinhada à estrutura do hospital e por realmente acreditar que isso resulta em benefícios ao paciente, com um melhor atendimento e o mínimo número de erros possíveis.

Essa atitude consciente foi citada nas entrevistas em diversos momentos e, sendo assim, são apresentados alguns trechos de entrevistas que firmam a existência desse discurso no hospital.

Sujeito 1:

Exatamente essa visão. [...] A gente vai fazer porque está dentro do DNA da casa. [...] A gente faz qualidade porque é uma estratégia da casa (2017).

Sujeito 6:

[...] É uma questão institucional, baseada na nossa missão, na nossa visão, nos nossos valores. É dentro dessa cultura que a gente..., e da estratégia do hospital, a gente trabalha em cima disso e em cima da nossa formação [...] (comunicação pessoal, 13 de abril de 2017).

Sujeito 7:

Eu acho que essa é a minha percepção. Eu vejo como algo de dentro para fora, algo que está dentro da missão e da visão do hospital, de entregar excelência e qualidade [...]. Eu acho que todos contribuem porque enxergam que isso está no topo, que essa é a estratégia do hospital [...] (2017).

Percebe-se que a qualidade está na essência da organização e, deste modo, é algo intrínseco dentre as funções desenvolvidas. A presença a nível estratégico é reforçada pelos trechos destacados e, inclusive, triangulados com documentação pertinente como o mapa estratégico geral e setorial. Os Sujeitos 6 e 7 reforçam o papel desse conceito de qualidade abordado na estratégia com a formação de cultura da organização e complementam que atualmente a justificativa por todos ou a grande maioria contribuir com essa filosofia é por observarem e praticarem essa cultura, até mesmo nos menores níveis, o que retrata um grau satisfatório de institucionalização na qualidade por intermédio do conhecimento e prática da estratégia, uma atitude consciente.

4.2.5.1.8 Discurso da responsabilidade frente às demandas incumbidas sobre qualidade

Outro tipo de comportamento que a organização pode assumir frente a uma pressão institucional é o “escapar”, que envolve um comportamento de tentar repassar a responsabilidade e execução da mudança para outro órgão, setor ou pessoal. Tal atitude caracteriza uma tentativa de se esquivar da mudança exigida, já rumo a atitudes inconformistas mais fortes, de resistência organizacional voltada à qualidade.

Quando explorado tal comportamento no hospital, as respostas indicam, em maioria, para plena negativa da ação, por não enxergarem sequer uma forma de fazer isso, uma vez que todos afirmam receber abertamente as mudanças e de serem responsáveis por aquilo que os compete. Além disso, ocorre em algumas situações relativas à mudança, do novo processo ser divulgado via e-mail, implantado em uma área teste visando comprovar eficácia, e após esse período de transição ser implantado definitivamente, e para tal processo, várias partes participam da formulação, tais como gestores, órgãos externos e o próprio nível operacional, o que reduz as chances de haver esse repasse de responsabilidades para não ter que fazer, como cita o Sujeito 13.

Também foram coletadas informações que demonstram uma estrutura clara e dividida de atribuições entre setores e pessoas, o que organiza e permite um controle efetivo das áreas, do cumprimento de exigência e de que forma isso é realizado.

Frente à negativa apresentada em relação a essa resposta organizacional, destaca-se os seguintes trechos de fala dentre os gestores entrevistados:

Sujeito 1:

Isso é o que eu não vejo como algo incidente aqui dentro da casa. Eu vejo as áreas muito responsáveis pelos seus afazeres e pelas suas obrigações e como nós temos uma área também de qualidade bem estruturada ela serve realmente como regulador disso [...] (2017).

Sujeito 5:

[...] A qualidade tem que estar em todos os setores. Não tem como “isso aqui é um outro que faz”, cada um tem que fazer a sua parte. Fica claro isso (2017).

Sujeito 6:

Cada um é responsável pelo seu. Até porque fica muito difícil, porque como nós somos várias empresas dentro de uma grande empresa, cada um tem um ramo e é difícil dar a responsabilidade para outro, se tu é responsável por aquilo. A tua profissão exige ser responsável (2017).

O Sujeito 1 afirma a pouca ocorrência desse comportamento na organização e enfatiza o papel do setor de qualidade como regulador interno do cumprimento dos procedimentos e mudanças exigidas por fonte de pressões externas, o que visa minimizar as ocorrências desse tipo de atitude. Na fala do sujeito 5 predomina a amplitude da visão sobre o conceito de qualidade no hospital, cabendo a todos contribuir para a melhoria das práticas e atendimento das exigências institucionais, isto é, todos devem “jogar no mesmo time”, só assim as possibilidades de atingir os objetivos serão reais, e tal tipo de atitude em escapar contrariaria essa consecução. E por fim, o Sujeito 6 enfatiza a complexidade dos hospitais enquanto agrupado de empresas em consonância com o que traz a literatura, e afirma que esse repasse de responsabilidades seria até muito difícil visto a distinção grande entre as áreas e a ligação até com a própria formação dos profissionais, o que dificultaria abertura a esse tipo de comportamento.

4.2.5.1.9 Discurso do não abuso de poder para manipulação da fonte de pressão

A manipulação envolve as respostas organizacionais de mais resistência, quando a organização procura não se adequar às exigências externas. Um dos comportamentos possíveis nessas situações é tentar controlar a fonte de pressão, mudando a forma como é avaliada ou os resultados atingidos. Geralmente, conforme Oliver (1991), a representatividade na região e o

poder da organização podem contribuir para esse tipo de resposta organizacional, quanto maior esses fatores forem.

Dessa forma, sendo o hospital uma organização de impacto na região, considerada de excelência e destaque no país, buscou-se identificar evidências que poderiam caracterizar tal comportamento manipulador, principalmente relacionados com aquelas fontes de pressões relativas à qualidade, foco do estudo.

A constatação foi que a grande maioria nega esse tipo de atitude, afirmando que isso nunca ocorreu e que, pelo contrário, o hospital é aberto a correções e resultados que o possibilitam evoluir. Afirmam ainda que as fontes de pressões externas institucionais são vistas como entes que trazem crescimento e, assim, além de não ter muitas chances de assumir esse comportamento, por condições regulatórias ou formais, não há essa necessidade.

Visando ilustrar esse discurso no hospital em análise, são apresentados alguns trechos de entrevistas dos gestores.

Sujeito 3:

Não tenho nem se eu quisesse essa força. Se eu fosse uma rede hospitalar, talvez mas não, não é nossa intenção. [...]. Não existe esse tipo de articulação, nem tem força para isso (2017).

Sujeito 4:

Não. A gente discute com os avaliadores, quando a gente acha, dialoga, discute no sentido positivo, de botar o teu ponto de vista, eu exponho meu ponto de vista e defendo e sapateio. Ou eu te convenço ou tu me convence (2017).

Sujeito 6:

Não. Nunca vi isso, de tentar mudar... não, não tem isso, de forma alguma. O que é, é. É totalmente transparente (2017).

Sujeito 12:

Não. Que eu tenho conhecimento. Acredito que não, porque não é a cultura que a gente preconiza (2017).

As falas demonstram que não há sequer artifícios para assumir tal atitude, sendo a força da organização incapaz de possibilitar comportamentos manipuladores dessa espécie. A intenção em não tentar alterar algum resultado ou avaliação e tratar tudo com transparência, também é

citada na fala do Sujeito 3 e do Sujeito 6. O Sujeito 12 acrescenta a questão da cultura, como anteriormente citado em outras falas. Juntamente com a qualidade, o respeito e transparência para com as fontes e pressão incorporaram a cultura e, desta maneira, hoje é muito natural o tratamento oriundo desse tipo de organizações como um meio de melhoria. O Sujeito 4 levanta uma reflexão importante e que acaba de firmar a existência do discurso. Coloca em foco a existência da discussão com os avaliadores, o diálogo em sentido positivo, o que caracteriza não a passividade plena, mas uma atitude consciente, alinhadas àquilo que o hospital acredita enquanto organização preconizadora de qualidade. Conclui que ao fim existe um trabalho de convencimento, segundo argumentos e reflexões fundamentadas das partes quando pertinente. Isso conduz mais uma vez ao desejo de adequação da organização frente às pressões institucionais. Não existe adequação inconsciente, mas predomina a vontade de mudar, segundo pensamento acoplado à sua estratégia.

4.2.5.1.10 Discurso do respeito e resguardo às exigências da fonte de pressão

A relação do hospital com as fontes de exigências institucionais externas e em relação aos critérios de análise se apresentou como natural e tranquila, o que contraria a resposta organizacional “atacar”, encontrada na categoria desafio, em análise no discurso em questão. Atitudes como essa, quando ocorrem, demonstram um nível alto de resistência organizacional e a mudanças, porém no hospital analisado as evidências apontam para a negativa desse comportamento.

As respostas se concentraram em um pensamento aberto a mudanças, pensamento esse consolidado na estrutura de gestão e na própria forma de trabalhar das equipes, fazendo com que a organização responda às pressões institucionais externas com respeito e não observando como um mecanismo que busca infringir seu modo de operar atual.

As evidências que firmam a existência do discurso, segundo os gestores, são apresentadas nos trechos destacados.

Sujeito 3:

Eu entendo que não. A gente é muito respeitoso e eu acho que isso que deixou também a cultura da qualidade tão forte assim, todos se sentem integrantes. Não tem uma impositividade a ponto de fazer porque o órgão tal exigiu! Porque sim!. A gente respeita, faz, mas é tudo bastante negociado [...] (2017).

Sujeito 11:

Não. Nós estamos abertos e às vezes vêm contestações. Nós podemos ver se nós fizemos algo diferente à gente pode até contestar, mas [...] Nós já mudamos várias rotinas nossas para cumprir alguma determinação externa que nós entendemos que realmente tinha que ser e era por qualidade (2017).

Sujeito 12:

Não, eu acho que menosprezando não. [...] Se virar lei virou lei e isso aqui é muito claro assim no hospital, a gente vai, de alguma forma, achar uma maneira de se adequar (2017).

A atitude do hospital frente às situações de mudança organizacional é voltada ao respeito e resguardo, além das análises e apontamentos oferecidos pela fonte de pressão externa institucional, até porque, muitas exigências não são por imposição, mas como incremento aos padrões de qualidade exigidos, sendo um exemplo, a JCI. O Sujeito 11 complementa que contestações existem, mas caracterizando um espírito crítico do hospital em se conformar àquilo que acredita e não como forma de rebaixar os critérios ou a forma de avaliação ou os parâmetros estipulados. Nesse sentido, existe alta aderência às mudanças, o que dificulta a ocorrência do comportamento atacar, menosprezando as exigências e formas de construção e avaliação dispostas por essas. Por fim, o Sujeito 12 encerra ressaltando o respeito e desejo de conformidade perante uma exigência legal, o que faz com que o hospital busque formas de se adequar, sem ações visando atacar a fonte de pressão.

4.2.5.1.11 Discurso da negociação com as fontes de pressões externas por qualidade

O comportamento barganhar representa uma resposta estratégica forte nas empresas, onde predomina a vontade de se conformar, mas por outro lado, a organização também tem seus objetivos, prioridades e condições econômicas e financeiras. Nesses casos existe uma negociação entre as partes e o estabelecimento de um consenso, que seja satisfatório a ambas.

As pressões organizacionais, como bem articulado por Dimaggio e Powell (1983), são construídas por aquilo que o mercado dita e enxerga como correto e, assim, as organizações inseridas nesse mercado tendem cada vez mais a se tornarem parecidas. Porém, ao mesmo tempo

em que esse processo ocorre, cada empresa possui um perfil, um modelo de gestão, e prioridades e, deste jeito, o comportamento de barganhar pode ser uma boa forma de tentar adequar as forças que perduram nas duas partes.

No hospital analisado, essa resposta perdurou na fala de muitos gestores, que reconhecem tal resposta estratégica como presente nas rotinas da organização, tanto no que envolve pressões externas regulatórias, como a ANVISA, quanto voluntárias, como a JCI. Alguns reconhecem o comportamento até muito comum e natural, como cita, por exemplo, o Sujeito 1.

A existência desse discurso com a atitude e barganhar é apresentado em algumas das falas dos gestores entrevistados, conforme segue.

Sujeito 6:

Sim, acontece. [...]. A ANVISA, a gente..., Vigilância Sanitária no caso, a gente tem um tempo, um prazo que a gente negocia com eles. Eles são flexíveis nisso. A gente apresenta rotinas que a gente as vezes não consegue adequar em cima daquilo que eles entendem que seria o ideal, [...], então a gente tem condições de negociar sim com a ANVISA (2017).

Sujeito 7:

[...] Existe uma negociação com a Vigilância, por exemplo, que o hospital tem já uma relação de muito tempo, atuando aqui [...]. Então dentro do possível existe um diálogo, que seja feito. Já vi coisas sendo feitas em etapas ou ah, a gente vai entregar daqui a tanto tempo, que não tem como fazer isso agora (2017).

Sujeito 9:

Tem, tem que ter uma barganha, isso com todos, com convênios... [...]. A gente discute. Negociar como que vamos atender melhor o paciente e poder continuar usando aquele material (por exemplo) (2017).

As evidências mostram claramente que ocorre uma relação de barganha entre a fonte de pressão institucional externa e o hospital. O Sujeito 6 e 7 destacam a ANVISA, com diálogos relativos a prazos ou estrutura a serem cumpridos. O Sujeito 9 complementa a relação com os convênios, desde preços até quais materiais utilizar nos pacientes, tudo, na medida do possível, é posto em relação de negociação, sempre visando o melhor atendimento ao cliente. Quanto a JCI, essa relação ocorre, mas em menor escala. O Sujeito 8 acrescenta que isso ocorre geralmente quando os padrões de avaliações do órgão são alterados. Nesses casos há um tempo para o hospital implementar tais mudanças.

4.2.5.2 Segunda Etapa (objeto e formação discursiva)

A identificação e exploração das formações discursivas buscam a compreensão do Intradiscurso (discursos apresentados) e podem ser identificadas, de acordo com Foucault (1995) e Orlandi (2012), quando o mesmo dizer reincide, ou seja, quando predomina a paráfrase dentre as respostas em cada variável ambiental externa abordada.

Desse modo, como exposto na apresentação do dispositivo analítico e teórico, as formações discursivas ou os fatores que explicam a existência dos discursos destacados na etapa 1 são os possíveis fatores ambientais de Oliver (1991), os preditores e as pressões isomórficas de Dimaggio e Powell (1983). O constructo principal do estudo defende que as respostas organizacionais estratégicas são moldadas segundo os fatores ambientais ou preditores organizacionais (Oliver, 1991), o que converge exatamente ao conceito de Interdiscurso explicando o Intradiscurso, proposto por Orlandi (2012) no decorrer da análise do discurso. Essa explicação se dá, segundo a autora, pela abordagem às perguntas: Por quê? Quem? O que? Quais meios? E onde?, por sua vez consideradas como as possíveis razões pela qual se originaram os 11 discursos existentes.

Frente ao conhecimento de como identificar as formações discursivas e junto ao objeto de estudo destacado nessa etapa (o Interdiscurso), procedeu-se em ouvir as entrevistas novamente, de modo a identificar os dizeres que se repetiam sobre os preditores e isomorfismos, isto é, quais respostas eram mais homogêneas perante as 13 variáveis ambientais em questão.

Após a tabulação desses dados e em convergência às respostas e conceitos defendidos por Oliver (1991) e Orlandi (2012) apresenta-se as principais formações discursivas, identificadas na Tabela 48.

Tabela 48. Identificação dos Preditores Ambientais – Oliver (1991)- HOSP.2

Questão	Dimensão Preditiva	Fator Preditivo	Paráfrase (%)	Natureza
Por quê?	Causa	Eficiência	85%	Positiva
Quem?	Constituintes	Dependência	69%	Positiva
O que?	Conteúdo	Consistência	100%	Positiva
Quais meios?	Controle	Difusão	85%	Positiva
Onde?	Contexto	Interconectado	100%	Positiva

Fonte: Elaborado pelo autor.

Como foi no primeiro hospital em análise, para a apresentação desses preditores, dentre o Interdiscurso do hospital, não se utilizou o mesmo modo abordado na primeira etapa (somente os valores acima de 85%) devido ao fato de que Oliver (1991) afirma que os 5 preditores são os que possibilitam a compreensão dos fatores que preveem as respostas organizacionais. Frente à afirmação de que por meio dos cinco decorre a análise, não foi fixado um percentual limite para a classificação, mas considerado o que auferiu maior percentual positivo em cada dimensão. Além disso, é importante citar que algumas respostas, por possuírem caráter provido de dualidade ou quaisquer outras dificuldades de compreensão foram anuladas.

Após identificar as formações discursivas predominantes na realidade do hospital, segundo o constructo principal, em consonância com o terceiro objetivo específico, buscou-se cruzar as respostas organizacionais estratégicas (encontradas na etapa 1) com os preditores ambientais reais em comparação com as previsões apresentadas por Oliver (1991). A autora atribui à existência de cada preditor uma previsão de intensidade (baixa, média ou alta) de cada resposta organizacional estratégica. Admitindo tal constructo como um padrão firmado em argumentos científicos, análises em relação à situação real encontrada no hospital pode contribuir para análises estratégicas voltadas aos fatores institucionais externos de impacto na organização e à forma como o hospital lida ou responde a tais fontes de pressão.

Para essa comparação foi necessário classificar, perante as respostas organizacionais constatadas no hospital (os discursos identificados na etapa 1), a intensidade predominante que foi desvendada segundo a maioria das respostas dos gestores entrevistados. Os resultados são evidenciados de modo detalhado na Tabela 49.

Tabela 49. Identificação dos níveis de intensidade das Respostas Organizacionais - HOSP.2

Resposta Organizacional	Natureza	Principais Respostas	Intensidade Constatada	Justificativas
Aquiescência-Hábito	Afirmativa	Acho que sim, buscamos isso neles também; Totalmente essa percepção; Todos já entram com essa cultura; Com certeza [...], você acaba fazendo como se fosse natural; Com certeza, vem da cultura do hospital; Eles já entram com essa visão; [...] Claro, e o hospital também procura aumentar isso nos colaboradores.	Alta	O hábito é caracterizado quando a organização busca se conformar devido a uma atitude inconsciente, pelo fato dos outros estarem executando, não havendo uma reflexão do porque aquilo é feito. Como no hospital as respostas foram todas afirmativas, a intensidade considerada foi alta.
Aquiescência-	Negativa	Não, é ao contrário; Não, acho que o Hospital 2 faz porque é dele; Vejo	Baixa	A tática imitar se refere a quando o hospital busca

Imitar		como algo de dentro para fora; A maior motivação é interna; Não teve essa influência, até porque ninguém fazia isso; A justificativa é pela necessidade do nosso negócio; De forma alguma, é mais pela questão institucional.		ser conforme visualizando que as outras empresas também estão se conformando no meio externo. Como no hospital a totalidade das respostas negou tal comportamento a intensidade foi Baixa.
Compromisso-Pacificar	Negativa	Não, fazemos porque enxergamos que é importante; [...] o resultado para o paciente, esse é o foco; Em alguns aspectos fazemos muito mais do que é exigido; Nós não vamos pelo certificado, vamos pelo método; Buscamos sempre algo a mais; Não, de forma alguma.	Baixa	A tática pacificar é caracterizada quando a organização busca se conformar pelo ou menos aos níveis mínimos exigidos pela fonte de pressão. Como no hospital a totalidade as respostas afirma fazer mais do que isso, a intensidade foi considerada Baixa.
Esquivança-Ocultar	Negativa	Não, se a gente diz que faz é porque a gente faz; Acredito que isso não acontece; Com certeza não, pois isso vai contra os princípios e valores do hospital; Não, essa cultura já não existe mais aqui; É crescimento não pressão; Nós trabalhamos com algo de ser muito claros e transparentes; O que acontece, acontece mesmo; Não é uma política do hospital; Não, isso eu falo com bastante segurança.	Baixa	A tática ocultar envolve o disfarçar ou a adoção de fachada em relação às exigências externas por qualidade. A totalidade das respostas foi negativa e assim, tal comportamento foi considerado baixo.
Manipulação-Cooptar	Negativa	Existe uma relação de respeito, mas não para tirar proveito; Não, isso não é ético; Não, até porque isso é bem documentado, em relação a conflitos de interesses; Não tem conflitos de interesses; Não recomendamos para manter nossa idoneidade; Não, muito pelo contrário; Não aceitamos isso, é uma questão ética; Não é o perfil do hospital; Não, até porque eles são muito distantes da gente.	Baixa	Cooptar é o envolver de algum avaliador ou porta voz da fonte de pressão a fim de auferir ou mostrar que está se conformando. Como as respostas em totalidade afirmaram que o conflito de interesses não predomina e que as relações são profissionais apenas, a intensidade considerada foi Baixa.
Manipulação-Influenciar	Negativa	Somos abertos e influenciados para a adoção; Não, de jeito nenhum; Não, muito pelo contrário, o hospital tenta engajar positivamente; [...] É um exemplo de adoção de qualidade; Pelo contrário, influenciados para a adoção; Não, de maneira alguma; [...] Pelo contrário, para adotar.	Baixa	O Influenciar é considerada uma tática de alta resistência organizacional, quando, além do hospital não concordar e não se conformar, ainda busca propagar a não adoção de práticas no meio, ou seja, a influencia negativa à adoção. Como no hospital todas as respostas negaram o

				comportamento, a intensidade foi considerada Baixa.
Aquiescência-Aceder	Afirmativa	Existe isso na maioria; hoje a gente faz muito esse link; Acho que é isso, todos contribuem pois enxergam que isso é o que está no topo; Sim, o hospital também traz benefícios para as pessoas que contribuam com a estratégia; Exatamente; Todos conseguem compreender essa visão; Minha percepção é essa; Exatamente, essa é a resposta; Não é somente isso; Não só por isso mas também.	Alta	Aceder significa a aceitação das exigências externas de forma consciente, por acreditar e enxergar que aquilo se alinha ao plano estratégico e traz benefícios reais. A maioria dos respondentes afirmou tal comportamento e assim, a resposta foi considerada alta.
Esquivança-Escapar	Negativa	Não ocorre; Na minha visão não acontece; Eu não sinto isso; Não, pois isso iria contra os princípios e valores do hospital; Não, é bem justificado e treinado; Sim podem buscar refúgios para não aderir; Não é incidente, as áreas são muito responsáveis; Cada um é responsável pelo seu.	Baixa	Escapar é uma tática de resistência alta e se refere em situações onde, quando de frente às exigências externas, o hospital busca passar a responsabilidade a outros órgãos ou pessoal para não se adequar. Como a grande maioria das respostas negou, a intensidade foi considerada Baixa.
Manipulação-Controlar	Negativa	Sim, algumas vezes; Até onde eu sei isso não acontece; Não, de jeito nenhum; Não, [...], pois não é a cultura que a gente preconiza; Não, é muito transparente; Não, nem se eu quisesse; Não, nesse sentido não; A gente discute apenas, no sentido positivo; Não, isso não faz parte do nosso DNA; É totalmente transparente.	Baixa	Controlar é um dos comportamentos de maior resistência organizacional, quando a organização busca controlar a fonte de pressão, mudando resultados ou critérios de análise. A maioria das respostas foi negativa e assim, o comportamento foi considerado de intensidade Baixa.
Desafio-Atacar	Negativa	Não, o hospital vai se posicionar sempre, de acordo com a legislação, sempre prezamos pelo amparo legal; Não, tentamos mudar pelas consultas públicas, [...] no sentido construtivo; Não, menosprezar não, só contestar, opinar; Não, somos muito respeitosos; Estamos abertos sempre; Não, dessa forma não; Jamais menosprezar; Não há negativas nesse sentido;	Baixa	Atacar é um comportamento voltado a atacar ou contrariar as exigências externas de modo a menosprezá-la, No hospital a maioria das respostas foi negativa e assim, a intensidade foi considerada Baixa.
Compromisso-Barganhar	Afirmativa	Existe essa conversa; Tem que ter uma barganha, isso com todos; Sim, [...] dentro do possível; Não, na	Média	Barganhar é um comportamento provido de pouca resistência

minha opinião; Isso faz parte do dia a dia do hospital; Sim, cabe negociação; Sim, pode acontecer sim; Sim, existe uma negociação; Acho que sim; Não, não é nossa prática, a orientação é lei [...];

organizacional, quando a organização busca negociar com a fonte de pressão o cumprimento das mudanças exigidas. Como houve respostas afirmativas e negativas, coube considerar a intensidade como Média.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Após a identificação das intensidades das respostas organizacionais estratégicas encontradas no hospital, apresenta-se a matriz de Oliver (1991) comparando o previsto e o que foi encontrado no hospital.

Tabela 50. Matriz teórica de Oliver (1991) – Comparação Previsto x Real - HOSP.2

Fator Preditivo	Respostas Estratégicas				
	Aquiescência	Compromisso	Esquivança	Desafio	Manipulação
Causa					
Eficiência (Previsto)	Alta	Baixa	Baixa	Baixa	Baixa
Eficiência (Real)	Alta	Média	Baixa	Baixa	Baixa
Constituintes					
Dependência (Previsto)	Alta	Alta	Médio	Baixa	Baixa
Dependência (Real)	Alta	Média	Baixa	Baixa	Baixa
Conteúdo					
Consistência (Previsto)	Alta	Médio	Médio	Baixa	Baixa
Consistência (Real)	Alta	Média	Baixa	Baixa	Baixa
Controle					
Difusão (Previsto)	Alta	Alta	Médio	Baixa	Baixa
Difusão (Real)	Alta	Média	Baixa	Baixa	Baixa
Contexto					
Interconectado (Previsto)	Alta	Alta	Médio	Baixa	Baixa
Interconectado (Real)	Alta	Média	Baixa	Baixa	Baixa

Fonte: Elaborado pelo autor.

Devido ao fato de que nas previsões comportamentais de Oliver (1991) não foram apresentadas as intensidades detalhadas por tática, mas somente por categoria, foi necessário o alinhamento em cada categoria frente aos discursos encontrados. Na categoria Aquiescência, como o Hábito e o Aceder obtiveram intensidade alta e frente à negativa do Imitar, predomina a intensidade Alta. Na categoria Compromisso, como o Barganhar obteve intensidade média e o Pacificar foi negado pelos respondentes, permanece a intensidade Média. Quanto a Esquivança, o Ocultar e o Escapar foram negados perante os respondentes e, assim, a intensidade permaneceu Baixa. A categoria Desafio só incluiu um discurso, de Atacar, deste modo a intensidade única é a que permanece: Baixa. E por fim, a categoria referente à Manipulação obteve discursos formados

nas três táticas (cooptar, influenciar e controlar), todas com intensidade Baixa, sendo essa a que permaneceu na matriz teórica, em contexto real.

A visualização entre previsto e real permite alguns apontamentos. As respostas organizacionais “Aquiescência”, “Desafio” e “Manipulação” foram satisfeitas em sua totalidade, o que confirma as previsões de Oliver (1991) e mostra que essas respostas estratégicas foram originadas pelos preditores identificados nas formações discursivas. Por outro lado, na tática “Compromisso”, Oliver (1991) prevê, em maioria, que as respostas estratégicas seriam de intensidade alta, mas o contexto real aponta para uma intensidade Média, demonstrando que o hospital se adéqua mais do que previsto, uma vez que intensidade alta na categoria “Compromisso” voltaria para um aumento de resistência organizacional. Em relação à categoria “Esquivaça”, destaca-se que a maioria das previsões indica intensidade Média, mas na realidade do hospital pesquisado a intensidade que predominou foi a Baixa, evidenciando, mais uma vez, o desejo da organização em se conformar, já que a intensidade Média se voltaria mais próxima ao aumento de resistência organizacional.

As análises levantadas podem contribuir de modo estratégico, uma vez que aquelas intensidades que coincidiram entre orçado e real indicam, segundo a autora, que tais comportamentos assumidos pela organização são originados ou justificados segundo os preditores em questão. Diante desse conhecimento, o hospital pode observar oportunidades ou agentes externos do qual deve manter relações estratégicas, visto o grande impacto ambiental. Ao mesmo tempo, essas constatações também podem contribuir a nível interno, já que através dos comportamentos assumidos, pode inferir importantes evidências de como o corpo funcional responde às pressões por qualidade, contribuindo para a consolidação do modelo de gestão da organização, bem como o controle efetivo desses aspectos.

As intensidades não convergentes com as previsões expostas encontradas nas respostas “Compromisso” e “Esquivaça” requerem análises adicionais, uma vez que os preditores de Oliver (1991) não justificaram o comportamento real, mas de certo modo, isso se mostra vantajoso para a organização, em virtude que vislumbra que as atitudes das equipes são mais conformistas do que o apresentado na Matriz Teórica indicando uma cultura consolidada de qualidade.

Em vistas a essa necessidade em identificar possíveis fatores ambientais externos adicionais que contribuíssem para compreensão dos comportamentos assumidos pelo hospital,

procedeu-se com a exploração do constructo adicional, proposto por Dimaggio e Powell (1983). Do mesmo modo, as variáveis se encontram no Interdiscurso e, assim, foram identificadas as formações discursivas e seus elementos, mediante utilização de paráfrases, orientação em conformidade com o método de análise do discurso. Os achados são expostos na Tabela 51.

Tabela 51. Identificação das Pressões Isomórficas de Dimaggio e Powell (1987)- HOSP.2

Tipo de Isomorfismo	Constatação	Número de Respostas	(%) de Paráfrase
Isomorfismo Coercitivo	Vigilância Sanitária (RDCs)	15	30%
	Pressões Informais dos gestores para as informações geradas	7	14%
	Normativas (Legislação)	6	12%
	JCI	5	10%
	Respostas Negativas (Ausência de Isomorfismo Coercitivo)	3	6%
	Concorrentes/Mercado	3	6%
	Conselho específico/Órgãos de classe (COREN/ANAHP)	2	4%
	Clientes	2	4%
	Corpo de Bombeiros/Secretaria do meio ambiente	2	4%
	Operadoras de Planos de Saúde	1	2%
	Ministério Público	1	2%
	Autoridades locais	1	2%
	Ministério da Saúde	1	2%
	IHI (Institute for Healthcare Improvement)	1	2%
	Total		50
Isomorfismo Mimético	Se espelhar em Organizações Sucesso	12	32%
	<i>Benchmarking</i>	11	30%
	Presença de Consultoria Externa (JCI/JH)	10	27%
	Respostas Negativas (Ausência de Isomorfismo Mimético)	4	11%
	Total		37
Isomorfismo Normativo	Respostas Negativas (Ausência de Isomorfismo Normativo)	17	36%
	Participação em Sindicatos e/ou Associações	12	26%
	Ênfase em treinamentos externos	10	21%
	Influência da Instituição de Ensino	4	9%
	Preocupação em recrutar pessoal com determinado perfil	4	9%
Total		47	100%

Fonte: Elaborado pelo autor.

O item “Respostas Negativas” agrupou as respostas negativas ou referentes àquelas questões cujos respondentes não souberam retorquir. Ainda se destaca que cada respondente não tinha limites para opinar em algumas questões, como na que se refere a quais organizações do meio externo exerciam influência sobre a forma do hospital gerenciar a qualidade e seus custos.

De acordo com todos os respondentes, os três tipos de isomorfismos constituem formações discursivas, assim sendo, contribuem na interpretação dos 11 discursos identificados.

A formação discursiva do Isomorfismo Coercitivo se mostrou de modo amplo no hospital. Muitas fontes de pressão institucional externa foram citadas, porém reincidiram as exigências por qualidade da Vigilância Sanitária com 30% das respostas, as pressões informais dos gestores para

as informações geradas com 14%, as normativas (legislação) em geral, com 12%, e por fim a JCI, com 10% de respostas. A forte incidência das exigências por qualidade pela Vigilância Sanitária juntamente à legislação pode ter contribuído para a intensidade baixa de comportamentos providos de maior resistência organizacional, que demandaram anteriormente mais análises frente à exposição da Matriz Teórica de Oliver (1991).

A formação discursiva que envolve o Isomorfismo Mimético foi a mais presente nas falas dos gestores entrevistados. Todos, de um modo ou outro, citaram que fazem muito uso de *Benchmarking*, com 30% das respostas, o que envolve várias outras organizações de saúde, inclusive a nível internacional. A atenção e espelhamento em organizações de sucesso auferiram percentual de 32%, envolvendo outros hospitais como o Hospital Israelita Albert Einstein e o Hospital Alemão Sírio Libanês, e também organizações de outros ramos, como a GERDAU, operante na região onde o hospital em análise atua. Por fim, as consultorias externas foram citadas em 27% das respostas, mais incidentes em casos de mudanças como novos procedimentos, e também em decorrência da parceria com a JH, nos Estados Unidos. Essas atitudes voltadas à busca por melhorias podem indicar que o hospital não vê as exigências por qualidade como exigências impostas, mas como oportunidade de desenvolvimento e, assim, há redução de incidência de resistência organizacional, evidência que contribui na explicação da incidência de comportamentos mais conformistas em confronto com os mais resistentes.

Na formação discursiva do Isomorfismo Normativo os fatores de destaque circundaram as participações dos gestores em sindicatos e associações da área com 26%, sendo voltado desde sindicatos das áreas como o COREN, até órgãos nacionais, como a ANAHP. Além disso, os treinamentos externos foram citados em 21% das respostas, sendo mais comuns, de acordo com os entrevistados, em implantações de novos projetos ou voltados à capacitação do corpo funcional em todos os níveis. Destaca-se também que, dentre os gestores, tem-se mestres e doutores, que inclusive ministram aulas e palestras, deste modo pode-se admitir a tendência isomórfica normativa na organização voltada à profissionalização.

Tendo em vista a apresentação da totalidade das formações discursivas segundo o método de análise em utilização nessa pesquisa, procedeu-se com uma discussão detalhada de cada uma, aliás, destacando evidências que comprovam sua existência.

4.2.5.2.1 Discussão das formações discursivas

A discussão teve como objeto de análise das 8 formações discursivas identificadas dentre os fatores preditivos de Oliver (1991) e perante as pressões isomórficas de Dimaggio e Powell (1983), que foram apresentadas norteadas pelo dispositivo teórico da análise do discurso. A fim de oferecer um panorama dos resultados encontrados até essa etapa, apresenta-se a Figura 14.

O foco da figura é apresentar a relação entre Intradiscurso e Interdiscurso no hospital apresentado, ou seja, a relação entre as respostas organizacionais estratégicas e os fatores ambientais externos (preditores e isomorfismos). Admitindo como objeto principal de análise os 11 discursos encontrados na etapa 1, buscou-se interpretá-los, por meio da análise do que estaria por trás ou quais são as origens dos dizeres, e assim foram identificadas 8 formações discursivas.

Não foi abordado na pesquisa qual formação discursiva justifica um discurso em específico, mas considera-se que as 8 encontradas representam as origens dos 11 comportamentos predominantes no hospital.

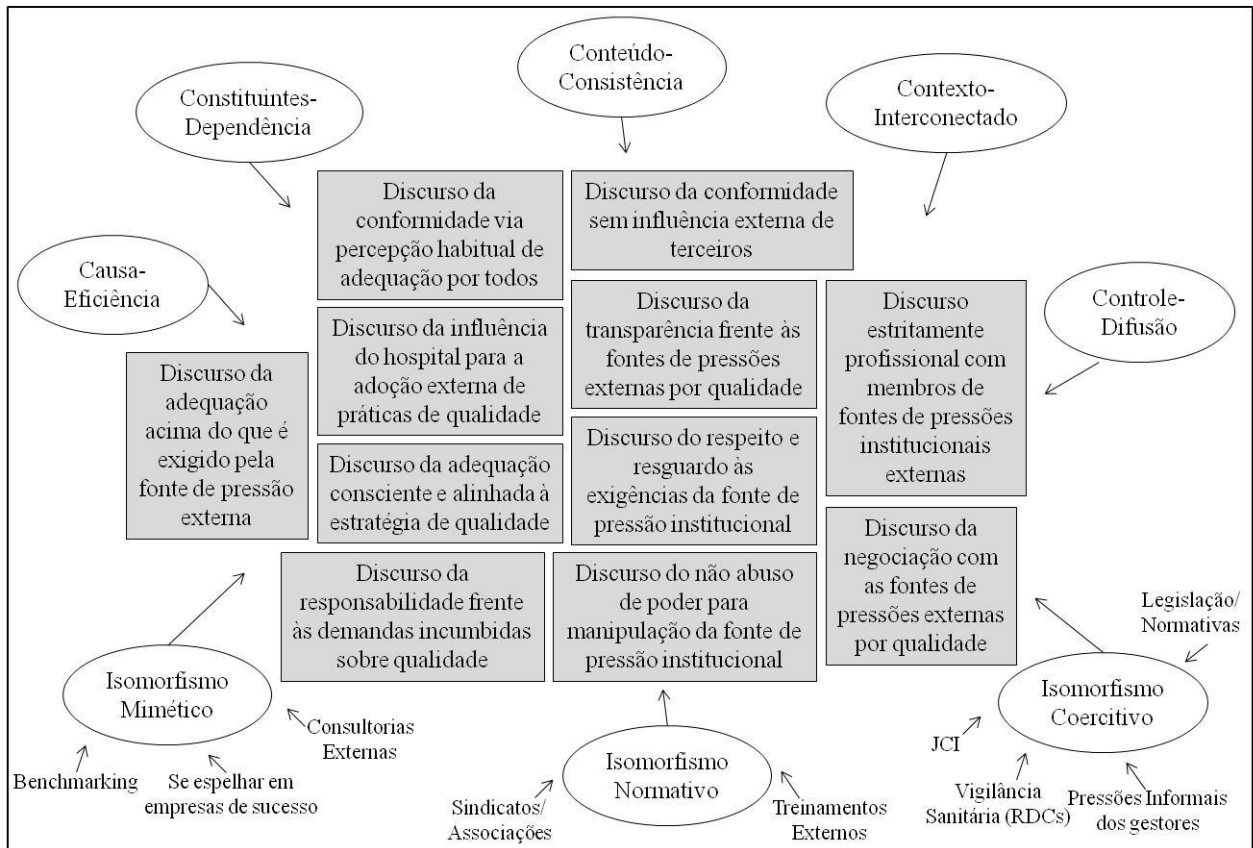


Figura 14. Relação dos discursos e respectivas formações discursivas – HOSP. 2
 Fonte: Elaborado pelo Autor

A formação discursiva *Causa-eficiência* caracteriza-se quando a justificativa para as respostas comportamentais vai ao encontro da utilidade econômica ou à atitude racional da organização em mudar e melhorar. Nesses casos, o foco é na melhoria de processos, redução de custos e aumento dos resultados para o hospital, a fim de que se torne eficiente perante o mercado, exigência que, nessas situações, são prezadas pelo ambiente. No hospital em análise, a grande maioria dos gestores entrevistados defendem que predomina tal preditor, visto o foco ser o cuidado e a segurança do paciente, o que chamam de desfecho final. Enxergam que a relevância maior se encontra na prestação de serviço de excelência, ultrapassando os quesitos investimentos ou tempo em termos de prioridade. Quanto ao componente custos, alguns respondentes, tal como o Sujeito 10, afirma ser de difícil mensuração o quanto se gasta ou o quanto se tem de retorno no custo total final, mas afirma a preocupação racional e social quanto ao zelo pela vida.

Sujeito 2:

Totalmente voltada para eficiência interna porque eu preciso cuidar, já que meu produto aqui é o cuidado ao paciente, o principal produto, então eu tenho que ter estruturas e processos para ter o desfecho. Então eu desenho todos os meus processos para ter uma excelente estrutura, tanto aí passando por equipamentos, pessoas treinadas, capacitadas, ter processos e aí entram rotinas, políticas enfim, também estruturadas de acordo, para que eu tenha um desfecho (2017).

Sujeito 9:

Acho que sim, processos adequados na beira do leito, cuidado correto com custo correto. Não adianta eu querer também ter um horror da coisa mais cara e não ser efetivo, então ele tem que estar junto. Mais a visão de processos e custos (2017).

Sujeito 12:

[...] Eu acho que o hospital tem uma preocupação muito grande não só pela imagem, mas um cuidado com o paciente, com a vida. [...] O foco primário eu acho que é esse. [...] Quando tu agregas qualidade, tu tornas os processos mais sólidos, e a consequência disso é tu ter um menor tempo de permanência na internação, tu ter uma rotatividade maior de leitos, tu ter talvez uma remuneração diferenciada por parte das fontes pagadoras (2017).

O primeiro sentido que visa contribuir na explicação do Intradiscurso, este se revela por intermédio de algumas falas, na qual a preocupação primordial é o desfecho, o que inclui uma questão fortemente social e pensada de maneira racional em relação ao ambiente enquanto

sociedade e enquanto mercado, visão inclusive presente nos planos estratégicos. E para alcançar tal função de cuidar de vidas, como trata a própria missão, foi e é necessário o investimento em qualidade sob diversos aspectos, dentre eles estrutura e processos, afirmativas fortes na citação do Sujeito 2 e 9. O Sujeito 12 complementa o reflexo desse tipo de ação perante o meio com as vantagens possíveis, como um menor tempo de permanência na internação, o que consequentemente gera um custo menor provido pelo aumento de qualidade. A visão de imagem, como aborda a “Legitimidade”, admite o foco na divulgação externa e em mostrar que tem qualidade. No hospital identificou-se que há a divulgação em níveis altos, mas com foco em reconhecimento pelo aumento de qualidade efetivo, informações essas trianguladas nas análises documentais, pelas contas da DRE e entrevistas informais, além da observação de cartazes ou similares dentro e aos arredores da organização, constatando o pequeno volume de tais instrumentos de divulgação.

A formação de sentido *Constituintes-dependência*, de acordo com Oliver (1991), é um preditor que influencia a organização através da dependência em alguma extensão de outra empresa do meio externo. Desse modo, quanto maior é a dependência mais a organização tende a assumir comportamentos conformistas, visando manter a relação e garantir seus benefícios. No hospital analisado, a principal relação de dependência citada na maioria das respostas se refere a uma fonte pagadora, a operadora de planos de saúde UNIMED, uma vez que mantém domínio de mercado na região e, assim, provê grande parte dos recursos da organização, informação triangulada via análises documentais (relatórios e gráficos). Além disso, em nível bem menor, foi citado pelos respondentes possível relação de dependência com fornecedores chave, de remédios ou materiais. O hospital também mantém alguns de seus serviços de modo terceirizado, sendo parte dos serviços de limpeza, lavanderia, serviços vasculares e de laboratórios, porém nenhum desses foram citados como dependência pelos gestores entrevistados. Em conversas informais com o departamento de qualidade, foi revelado que nunca houve problemas relativos à qualidade e à relação com essas empresas, e que não há dependência, já que outras possíveis opções existem na região onde o hospital atua.

Sujeito 3:

A dependência de hospitais do Rio Grande do Sul é de uma fonte pagadora especificamente, que aqui é a cooperativa UNIMED, então ela é realmente muito forte no estado, os convênios nacionais aqui não têm tanta penetração, então essa é uma dependência econômica financeira que eu tenho e que a gente monitora de uma forma bem próxima (2017).

Sujeito 5:

Nós temos hoje uma fonte pagadora que tem metade da nossa receita, então isso é, mas isso eu estou falando para o hospital, hoje nós temos metade da nossa clientela é a UNIMED, isso é ruim, a gente tem uma dependência muito forte de uma fonte pagadora. Isso te dá “n” problemas de negociação, é difícil de negociar com alguém que tem metade do seu negócio (2017).

Sujeito 7:

[...] É sabido assim que a principal dependência que o hospital tem, [...] digamos que é uma influencia grande, é da UNIMED Porto Alegre porque ela responde por quase 50% do faturamento do hospital, então no momento que tu tem um cliente na tua carteira que responde por 50% do teu pagamento, é muito sensível e delicada essa relação, e qualquer mudança nessa relação pode acabar afetando muito tua estrutura de receitas, custos, enfim (2017).

Sujeito 13:

Acho que a nossa dependência hoje está sim, em torno de 50% dos nossos clientes, dos nossos pacientes, eles têm planos de saúde UNIMED (2017).

Como muito bem enfatizado nas falas destacadas, a participação da fonte pagadora UNIMED é muito alta dentre as receitas da organização, o que torna as relações comerciais mais sensíveis, como reforça os Sujeitos 5 e 7. Esse domínio de mercado no estado pela cooperativa torna o preditor “dependência” evidente no hospital e conduz a um acompanhamento constante e minucioso de informações e projeções. Como o hospital é considerado filantrópico, mas possui várias características de hospital privado, essa necessidade é ainda maior.

Em relação às ligações entre os sentidos, destaca-se a presença desse *stakeholder* também na formação discursiva “Isomorfismo Coercitivo”, já que a UNIMED também foi citada como influenciadora do modo como o hospital lida com a gestão da qualidade e seus custos, e, de certa forma, as exigências sobre qualidade ou à mudanças em geral são analisadas com cautela e, sempre que possível, são cumpridas ou justificadas, conforme cita o Sujeito 8 e confirma as observações relativas a uma avaliação da seguradora no hospital, a fim de avaliar sua estrutura.

Conteúdo-consistência é o preditor existente quando as exigências institucionais externas estão alinhadas aos objetivos e estratégias do hospital, assim sendo, quanto mais alinhados forem os interesses das partes, mais chances de assumir posições conformistas o hospital possuirá, visto que estará aberto e com os mesmos anseios do ambiente externo. No hospital pesquisado, quando questionados em relação às exigências por qualidade, todos os gestores afirmaram haver esse alinhamento entre as forças mercado-hospital, ou seja, as exigências e avaliações por fontes externas são muitas, de caráter regulatório e voluntário, mas por outro lado o hospital preza pelo aumento de qualidade e, desta maneira as exigências são em maioria adequadas e inclusive presentes nos planos estratégicos da organização, conforme triangulados com as análises documentais. Como a história da organização possui 90 anos, essa cultura foi aos poucos se instalando, antes mesmo de representar uma exigência de fontes externas, fato que contribuiu quando o ambiente começou a exigir tais mudanças para melhoria.

Sujeito 3:

Sem dúvida. Um dos valores do hospital é qualidade e segurança. Isso é bastante forte. Os projetos estratégicos, conforme a função dos ciclos, mas em todos os últimos 3 ciclos estratégicos eu posso te afirmar que tinham projetos vinculados a segurança. [...] Então, tem valores e tem ações que puxam isso (2017).

Sujeito 4:

Sim, eu acho que sempre estive muito alinhado e é uma das premissas (2017).

Sujeito 12:

Com certeza. Sim, eu acho que um dos principais objetivos do hospital é esse. A gente vem buscando e o trabalho é muito árduo com relação a isso. A gente se reúne, a gente impõe metas, desafios e isso é cobrado muito forte pela alta direção (2017).

Os trechos do mapa estratégico também evidenciam traços desse alinhamento:

Queremos ser assistidos por equipe qualificada. [...] Assegurar qualidade e inovar processos. [...] integrar corpo clínico às diretrizes institucionais (2017).

A qualidade exigida hoje por diversos agentes externos e mostrada como destaque dentre os anseios do mercado adentram no hospital, que por sua vez já eferuava desde sua origem práticas voltadas à excelência de origem germânica, e isso faz com que haja um constante

alinhamento entre o que vem de fora e o que é praticado pela organização. Evidências da existência dessa formação discursiva pode ser identificada claramente na fala do Sujeito 3, que inclusive exemplifica a presença da qualidade tanto no modelo de gestão do hospital, quanto em ações praticas estratégicas de investimentos e novos projetos, fato que reforça a sintonia do hospital com o mercado e que inclusive foi triangulado nas análises documentais. O sujeito 4 complementa que essa exigência de fora é uma premissa para as funções exercidas dentro da organização e, ademais, conforme o Sujeito 12, isso é trabalhado de modo estratégico, característica também enfatizada pelo Sujeito 2 quando menciona a qualidade na missão institucional, fato que ainda é complementado por trechos do mapa estratégico destacados.

As relações de sentido enfatizam essa formação discursiva em contato com o controle-difusão, uma vez que essas práticas e melhorias de qualidade são sempre observadas em consonância com o que o mercado vem priorizando, as suas tendências. Também pode-se citar a formação discursiva Contexto-interconectado, onde quanto mais conectado e disposto a melhorar o hospital estiver perante seu mercado, mais alinhado tende a se tornar, uma vez que as exigências entre as partes são comuns.

Como já previamente citado, outra formação discursiva que contribui na formação de sentidos em análise é o *Controle-difusão*, caracterizado quando é criada pelo mercado uma força institucional natural provida de tendências, logo o ambiente aos poucos vai se propagando nas organizações. As organizações frente à tendência externa enxergam e adotam de modo consciente a mudança, por acreditar ser vantajoso e importante atender a necessidade do meio. Como esse preditor envolve algo construído aos poucos pelo mercado, e adotado conscientemente pela organização, percebe-se que não há uma exigência formal e clara, mas a ação natural de percepção e adoção. No hospital pesquisado, mesmo com a forte contribuição de práticas de excelência pela sociedade alemã desde a inauguração, a maioria dos gestores entrevistados veem que a difusão no meio influenciou a forma como a qualidade é vista e posta em prática. Além disso, altos investimentos em qualidade como os existentes no hospital não vieram de forma imposta, assim como o selo JCI. Os hospitais em geral não tem nada nesse sentido que os impessam de operar, salvo aspectos regulatórios. Assim, a própria conquista do selo JCI já representa um indício de difusão.

Sujeito 1:

[...] É quase uma necessidade que o mercado te estabelece. E tu, muito consciente e muito sensível a isso tu acaba estabelecendo processos de conexão a essa necessidade. Então é uma linha de percepção interna [...] fechando com aquilo que vem de necessidade externa (2017).

Sujeito 7:

Com certeza o hospital seguiu uma tendência, um comportamento, mas eu hoje conhecendo mais de perto o pioneirismo do hospital, em algumas práticas eu imagino que tenha sido seguindo uma tendência, mas uma tendência muito mais internacional (2017).

Sujeito 10:

[...] Foi uma questão do próprio mercado mesmo, que foi crescendo, foi mudando, os clientes foram mudando sua percepção, o cenário exatamente. Hoje o cliente chega aqui e ele sabe o que que ele quer e o que ele tem direito, diferente de tempos atrás (2017).

Os trechos destacados deixam claro que a ênfase à qualidade no hospital foi algo observado como necessidade no mercado e que, conscientemente, foi sendo adotado pelo hospital em consonância com esse movimento, conforme enfatiza o Sujeito 1. A exposição da opinião do Sujeito 7 caracteriza muito bem o preditor em questão, atribuindo maior destaque a uma tendência cultivada no mercado por qualidade, até mesmo a nível internacional, opinião compartilhada também pelo Sujeito 5. Por fim, o Sujeito 10 complementa o sentido voluntário em que a qualidade foi adotada frente a um movimento do mercado e mudanças de perfis de alguns dos principais *stakeholders*. As falas deixam claro o caráter natural com que a qualidade foi sendo aceita na organização em detrimento da necessidade criada aos poucos no mercado mediante uma tendência.

É possível destacar uma relação de sentido forte dessa formação discursiva com o Isomorfismo Mimético, já que a adoção, analisadas sob esse contexto, foi adotada por influência das necessidades do mercado, de acordo com o que os outros estavam aderindo. Outras formações discursivas cabíveis na relação de sentidos seriam o Contexto-interconectado e Conteúdo-consistência, já que quanto maior são as ligações e contato com outros agentes mais efetiva é a aderência da organização e o alinhamento com o mercado.

Quanto à formação discursiva *Contexto-interconectado*, tem-se incidência em ambientes onde a organização em análise está muito próxima de seus *stakeholders*, o que facilita a transmissão e adoção de mudanças institucionais alimentadas pelo mercado. No hospital

pesquisado, como são 90 anos de história a organização acabou sendo conhecida e bem posicionada junto a seus usuários em uma relação duradoura, além do que, frente à cultura de qualidade empregada e alimentada, a relação é ainda mais facilitada, por exemplo no alto investimento tecnológico, que possibilita inclusive uma maior atenção e retorno rápido as ouvidorias, fato confrontado com documentos tais como dados mensais e gráficos. Além disso, evidências como a adoção de uma metodologia participativa na construção do planejamento estratégico e os eventos junto à fornecedores e clientes fortalecem essas conexões, conforme enfatiza o Sujeito 13.

Sujeito 2:

Considero [...]. Então, por exemplo, o mapa estratégico da casa ele foi construído com a metodologia da Co-criação. Então eu tive pacientes e familiares participando, dizendo o que é importante, corpo clínico, as empresas [...], as próprias operadoras e os fornecedores, todos eles, então tem o que nós e o que eles desejam representados no meu mapa, então a gente realmente envolve todos (2017).

Sujeito 7:

Com certeza. Acredito que sim, na minha percepção existe uma conexão bem grande do hospital com seus *stakeholders* e aí passando pelos clientes, passando pelos convênios, passando por alguns fornecedores chave do hospital (2017).

Sujeito 8:

Então, hoje nosso hospital tem pesquisa de marca mais lembrada no Rio Grande do Sul. É três vezes mais do que qualquer outro concorrente, então hoje a gente percebe sim que existe uma procura dos clientes pelo hospital, uma conexão dessas pessoas com a instituição [...] (2017).

A alta conexão inicia desde o nível estratégico, quando os principais *stakeholders* do hospital contribuem na construção dos mapas estratégicos da instituição. Isso possibilita um contato maior e mais alinhado àquilo percebido por quem usufrui do serviço, conforme reforça o Sujeito 2. O Sujeito 7 amplia um pouco mais o leque e acrescenta a conexão também junto a convênios e fornecedores, em relações próximas e de fácil contato. E por fim, o Sujeito 7 expõe os resultados de uma pesquisa de campo que reconhece o hospital como o mais lembrado do Rio Grande do Sul. Tais fatos são evidências claras que caracterizam o preditor em análise e contribuem no sentido de que todos estão de forma integrada no mercado, em uma relação próxima de parceria e cooperativismo.

Quanto às relações de sentido, ressalta-se ligação próxima com constituintes-dependência, onde a UNIMED anteriormente foi citada como principal fonte pagadora e, assim, uma alta conexão contribui e traz benefícios. Também a formação discursiva do Isomorfismo Coercitivo pode ser relacionada, uma vez que evidencia agentes externos que pressionam o hospital à mudança, de modo formal e informal, agentes esses que o hospital mantém automaticamente interconexões constantes, que incluem aquelas voltadas a melhoria de qualidade.

A formação discursiva composta por elementos do *Isomorfismo Coercitivo* envolve, segundo Dimaggio e Powell (1983), pressões formais e informais de agentes externos, que influenciam a mudança por qualidade no hospital, fazendo com que esse se torne mais homogêneo em relação a outras organizações do mesmo segmento, informação inclusive citada pelo Sujeito 4. Nas análises efetuadas os resultados apontam que as principais fontes desse tipo de pressão são a Vigilância Sanitária, as pressões informais dos gestores quanto à informação gerada, as normativas (Legislação), e a JCI. Dessas, as exigências da Vigilância Sanitária e as normativas são pressões formais regulatórias, enquanto as pressões dos gestores e o selo JCI se caracterizam como informais ou voluntárias, informações essas trianguladas com evidências nas análises documentais, aliás, evidenciaram que vários documentos internos como os do PAMC tiveram como base os padrões JCI, evidência clara desse tipo de isomorfismo. Além dessas, muitas outras fontes isomórficas coercitivas foram citadas, mas em escala menor, como os conselhos de classe, o Ministério Público e os próprios clientes.

Sujeito 2:

Hoje a ANVISA, a própria JCI sim, e órgãos de classe, todos eles sempre que necessitam [...].
Legislação, e a própria ANVISA [...] (2017).

Sujeito 6:

Sim, com certeza. A gente tem RDCs, que regulamentam a área cirúrgica [...]. A gente tem que seguir normas que atendam toda a legislação (2017).

Sujeito 12:

Sim, a JCI, a própria ANVISA, Vigilância Sanitária, então, de uma forma geral todos os órgãos, os regulatórios, que são oficiais, e os contratados por nós vamos dizer assim, exercem influência. [...] Nossa legislação que rege a Farmácia, ela é bem antiga (2017).

Quanto às pressões informais dos gestores, destaca-se:

Sujeito 4:

Sim, para mim, eu preciso desse investimento constante. Eu estou sempre brigando, esse é o meu papel, mostrar para o nosso... as minhas demandas, porque que elas são importantes e o que que isso vai trazer de benefício e qual é o investimento ele precisa fazer e em qual área isso está mais necessário nesse momento [...] (2017).

Sujeito 8:

Sem dúvida, se espera que a gente tenha um padrão de reporte, um padrão de informação, mas é um padrão institucional para todas as coisas que existem aqui, não é só para qualidade [...] (2017).

São comuns as pressões oriundas de Isomorfismo Coercitivo no hospital, principalmente no que tange a aspectos regulatórios da Vigilância Sanitária e RDCs, que acabam moldando a forma como a organização deve operar e quais os níveis preferíveis de qualidade no ato da prestação de serviço aspectos vistos até como naturais na atualidade pelas equipes. Os Sujeitos 6 e 12 defendem que tudo o que é regulatório é seguido como um dever, porém nunca houve grandes mudanças ou inconsistências. A análise documental sobre o último diagnóstico da JCI todavia, evidenciou que não era seguida a Portaria 344 da ANVISA de 1998 sobre armazenamento de medicamentos corretamente, casos sanados pelo líder de setor e que ocorre pontualmente, segundo os respondentes. O sujeito 12 reforça aquelas fontes de pressões voluntárias, como a JCI, e reconhece como fortes influenciadoras coercitivas frente às mudanças organizacionais. No que se refere às pressões informais dos gestores quanto às informações geradas, o Sujeito 4 enxerga como uma função inclusive intrínseca à função de um gestor perante sua unidade de negócios e que a ação em prol disso é constante, e o Sujeito 8 reconhece o padrão da informação gerada e o quanto isso contribui, sendo um requisito inclusive à nível institucional, o que ratifica o quão relevante e prático é isso no ambiente organizacional.

Como relações de sentidos, destaca-se *link* dessa formação discursiva com Contexto-Interconectado, já que o alto relacionamento pode contribuir para o caráter avaliativo, de modo a representar uma parceria, e também com a Causa-Eficiência, no que diz respeito aos padrões de relatórios e na geração de informações voltadas à melhorias na prestação de serviço.

A formação discursiva *Isomorfismo Mimético* aparece principalmente em situações onde as organizações prezam por desenvolvimento, aprimoramento de práticas e implementação de melhorias, buscando organizações destaque no mercado e efetuando a imitação com base nesses

modelos. No hospital analisado, como perdura uma cultura forte de qualidade, disseminada dentre todos os níveis organizacionais, além de praticada e controlada constantemente, busca-se um constante aprimoramento das atividades. A própria adoção da JCI foi com esse intuito, como citado por vários entrevistados, tais como os Sujeitos 2, 5 e 6.

Diante dessa busca, as práticas isomórficas miméticas são muito comuns no hospital, e até mesmo considerada saudável pelo Sujeito 1, a fim de efetuar melhorias contínuas nas estruturas e procedimentos, buscando como modelos organizações de destaque, até mesmo internacionalmente. Os principais indícios miméticos se revelam na utilização do *Benchmarking*, citado pela grande maioria dos respondentes. O espelhamento em organizações de sucesso também são muito comuns pelo hospital, admitindo como principais destaques a nível nacional o Hospital Israelita Albert Einstein e o Hospital Alemão Sírio Libanês. Além disso, foi declarada a utilização de consultorias externas, principalmente no que se refere a JCI, que além de realizar a avaliação para a obtenção e manutenção do selo, ainda contribui com treinamentos e cursos, representando assim um mimetismo de modelos institucionais, conforme destacou o Sujeito 4.

Quanto ao *Benchmarking*, destaca-se alguns trechos.

Sujeito 6:

Sim. Existe. A gente [...] se compara bastante com hospitais de ponta, Sírio Libanês, Albert Einstein, são nossos hospitais de referência, em alguns indicadores (2017).

Sujeito 8:

A gente faz bastante *Benchmarking* na verdade. Algumas práticas são nossas de muito tempo, outras sim, a gente é afiliada a JH, então a gente tem várias oportunidades que a gente teve contato com eles para fazer trocas de experiências, a gente tem um excelente contato com o Sírio, [...], a gente está com alguma coisa com o Einstein mas menos, [...], tem alguns indicadores que nós compartilhamos, então sim, a gente troca práticas (2017).

Sujeito 11:

Sim, existe bastante. Einstein, Sírio, JH, pediatria aqui em Porto Alegre Santo Antônio, Hospital de Clínicas... (2017).

Como firmado por alguns respondentes, a prática de *Benchmarking* é forte no hospital em análise que busca, por meio de comparação e parcerias no compartilhamento de informações, um desenvolvimento integrado, fato confrontado com vários documentos formais e gerenciais. Fica

claro que as principais referências se voltam ao estado de São Paulo, a nível nacional, e aos Estados Unidos, a nível internacional, conforme destaca o Sujeito 6 e 7 principalmente. Além disso foram citadas nas entrevistas outras fontes de *Benchmarking*, tais como fornecedores de materiais (Sujeito 11) ou organizações de serviços de RH (Sujeito 4).

Quanto ao espelhamento específico em empresas de sucesso destaca-se:

Sujeito 1:

A BUNGE estabelece um padrão de qualidade muito elevado nas suas plantas, no seu produto final, na sua distribuição, na sua imagem, então eu estabeleço a partir daí. A GE, por exemplo, que é uma gigante mundial, que nós temos muitos ativos da GE, principalmente na área de imagem (2017).

Sujeito 3:

[...] Um dos nossos conselheiros é vinculado ao grupo GERDAU, é aço, é outra indústria, mas de qualquer forma foram os protagonistas também em fazer o prêmio gaúcho de qualidade [...], e a gente trabalha muito alinhado assim, tanto que é instituição em termos de qualidade e segurança apesar de ser outra indústria. Acho que é uma referência importante (2017).

Admitir como modelos empresas consideradas de destaque e sucesso no ambiente externo também pode representar uma fonte de isomorfismo mimético e, assim, no hospital foram destacadas tal visão em relação à BUNGE e G.E., uma empresa de máquinas (Sujeito 1), e também da GERDAU, que representa segundo o Sujeito 3 e 5, uma empresa referência em qualidade, com a história marcada inclusive pela construção e pioneirismo do prêmio de qualidade gaúcho e a presença no conselho do hospital.

Em relação à utilização de consultorias externas, ressalta-se:

Sujeito 1:

Eu entendo que sim. Nesse momento, por exemplo, a gente está vivendo um projeto, [...] que é a Certificação ISO 9001, [...] e estamos com a consultoria externa nos apoiando nesse sentido. [...] Então, eu acho que as consultorias são importantes e vejo com muito bons olhos trazer especialistas de determinada área para dentro da casa para nos emprestar conhecimento e aplicar inovações (2017).

Sujeito 5:

[...] Não foram uma nem duas, foram inúmeras vezes que o hospital buscou empresas de fora para auditar ou para qualificar mesmo (2017).

Sujeito 9:

Sim, na verdade dependendo dos projetos tem avaliação e tem consultor. Então a JCI a gente tem consultores que vem [...], a própria JH é um contrato, é uma filiação, e eles seguidamente a gente tem consultores dentro, em projetos, para poder apoiar [...] (2017).

As consultorias externas são consideradas por Dimaggio e Powell (1983) uma fonte de pressão isomórfica mimética forte, pelo fato dos consultores tentarem, automaticamente, propagar modelos institucionais mais solidificados no mercado e que mostram vantagens, o que tende a tornar as organizações que utilizam mais homogêneas. No hospital essa prática é comum, utilizadas inúmeras vezes, segundo o Sujeito 5, principalmente em casos de novas práticas ou melhorias específicas, como cita o Sujeito 3. O Sujeito 1 exemplifica com a implementação da ISO 9001 que está utilizando as consultorias atualmente em um processo de implementação. E por fim, o Sujeito 9 acrescenta que a JCI e a JH também contribuem com consultorias externas para apoio e capacitação.

No tocante às relações de sentido, destaca-se forte ligação com Controle-difusão, já que envolve a adoção de práticas por aquilo que o mercado está utilizando e que é observado como mais vantajoso, e também com o Contexto-interconectado que facilita a ocorrência de comportamentos providos de mimetismo.

A última formação discursiva analisada envolve aspectos do *Isomorfismo Normativo*, quando a profissionalização, de modo direto ou indireto, influencia o corpo funcional da organização a aderir características de modelos institucionalizados pelo ambiente externo ou pela literatura. Isso inclui conceitos voltados às faculdades e universidades como transmissores do ensino, palestras recebidas, aspectos relativos a formação do profissional, cursos em centros externos de ensino ou influência de associações ou sindicatos da área. No hospital objeto de estudo, as pressões mais incidentes nesse sentido se dá principalmente pelo contato dos profissionais da organização com sindicatos e associações da área, como membros ou palestrantes, e pela ênfase em treinamentos externos, no ato da contratação ou após, durante a implantação de novas práticas. Desse modo, a profissionalização se torna uma mecanismo isomórfico normativo presente e fortalecido a cada relação com esses agentes externos rumo a proliferação de modelos ou regras institucionalizadas no mercado.

Quanto à influência de sindicatos e associações da área, coube destacar:

Sujeito 2:

Sim, Sindicato dos Enfermeiros do Rio Grande do Sul, Conselho de Enfermagem e Associação Brasileira de Enfermagem, [...] e Associação Nacional dos Hospitais Privados, eu participo também do grupo de gestão assistencial, a ANAHP (2017).

Sujeito 10:

Eu particularmente participo da REBRAENSP, que é a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente, temos outras quatro colegas que participam dessa mesma rede, [...] Eu sou membro. [...] E a gente tem eventualmente participações assim, isoladas, em fóruns de discussão do COREN, sindicato, mas daí não é uma participação: ah é do grupo (2017).

Sujeito 13:

Sim, eu sou, como eu sou enfermeira, eu participo do COREN e eu participo da rede, que se chama REMBRAESP, que é uma rede de segurança para o paciente [...] (2017).

É ampla a gama de engajamento dos gestores entrevistados em sindicatos e associações da área, exceção apenas ao Sujeito 9. O Sujeito 2 atua em elementos regionais e nacionais, inclusive da ANAHP, um órgão de destaque dentre os hospitais privados brasileiros e desse modo, muitas das tendências institucionais do ambiente é acompanhado e captado pelo profissional ao mesmo tempo em que, por meio deste, as chances de adentrar na organização é alta, tornando-a mais homogênea frente a seu campo organizacional. O Sujeito 10 acrescenta seu envolvimento e de parte de sua equipe também em órgãos de classe, além de envolvimento em discussões mais amplas, de órgãos como o COREN, Conselho Regional de Enfermagem.

Os treinamentos externos se mostraram presentes e crescentes no hospital, conforme destaca as citações.

Sujeito 2:

Existe muito. A gente tem uma parceria super importante com a própria Universidade Federal, e o Hospital de Clínicas [...], e a nossa equipe foi treinar no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. [...] Eu já fui duas vezes na JH, fiz treinamento, fiz cursos, desenvolvimento (2017).

Sujeito 12:

Sim, existe. Alguns, a gente como tem essa parceria com a JH, a gente tem bastante coisa em termos de cursos online, de videoconferências, que acaba sendo uma qualificação externa porque é um funcionamento daquele hospital (2017).

Declara-se a ênfase nos treinamentos e as parcerias com instituições de ensino, tal como a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, grandes propulsoras de práticas isomórficas normativas no meio através, principalmente, da profissionalização (Sujeito 2). O sujeito 2 ainda complementa exemplificando a própria experiência, evidenciando prática efetiva na organização. O Sujeito 12 afirma que isso ocorre, singularmente pela parceria com a JH, que desencadeou muitas trocas de conhecimentos e uma qualificação ampla, por serem uma grande referência mundial na área. Quanto à formação destaca-se que todos os entrevistados possuem especializações, e alguns, mestrado e doutorado, principalmente na área da saúde, e assim, atuam como professores na escola corporativa existente no hospital. Esse fator frente ao método de análise do discurso utilizado releva a importância dessa atuação dos gestores, que mediante o papel ou posição em que ocupam, a propagação e aceitação de suas falas no discurso são maiores.

Quanto às relações de sentido destaca-se o contato com a Causa-eficiência, visto que a forma como a eficiência interna é auferida depende muito da influência da profissionalização e de modelos apresentados e replicados dentro das organizações de um mesmo campo organizacional.

4.2.5.3 Terceira Etapa (processo discursivo e ideologia)

A terceira e última etapa do método de análise do discurso utilizado busca identificar e explorar as ideologias existentes no Interdiscurso, por intermédio de uma busca mais profunda de significados dentro dos dizeres do Interdiscurso, o que possibilita compreender os discursos (Intradiscurso) em sua essência. Esse é considerado o objetivo final desse método de análise, a revelação dos sentidos pelas condições que os originaram e pela forma como foram ditos (Fernandes, 2007).

Orlandi e Rodrigues (2006) afirmam que a forma de se alcançar esse nível de interpretação se dá sobretudo pela exploração dos fatores históricos e sociais que originaram os dizeres, ou seja, pela historicidade. Ainda complementam que a identificação dos efeitos metafóricos pode contribuir na compreensão dos discursos, conceito revelado quando a mesma ideia é dita de diferentes formas pelos entrevistados, juntamente com os desvios de sentido (Orlandi & Rodrigues, 2006). Assim, frente à forma de como realizar tal etapa de análise e admitindo como diretriz o dispositivo analítico de pesquisa, toma-se como objeto de análise as 8

formações discursivas apresentadas e detalhadas na etapa 2, e procede-se com a busca de suas ideologias.

Na formação discursiva *Causa-eficiência* destaca-se as seguintes metáforas:

Aqui eu vejo que a gente investe muito em *qualidade pensando em desfecho*, pensando em cuidado do paciente (Sujeito 1, 2017).

[...] A gente faz porque realmente significa alguma coisa, *faz diferença, para minha qualidade, para o meu paciente, corpo clínico, para minha equipe* (Sujeito 8, 2017).

O foco é a segurança e respeito ao cliente. [...] *Tem mais qualidade, diminui custo*, é uma cadeia (Sujeito 11, 2017).

As metáforas destacadas evidenciam a filosofia construída pelo hospital por décadas em relação à finalidade dos custos e investimentos em qualidade enxergado pelas equipes. O foco principal é desfecho, isto é, é resultado final assistencial e, assim, quanto menor os riscos e erros, melhores serão. A caracterização principal desse preditor por meio do efeito metafórico se revela na aceitação do investimento em qualidade com foco no “fazer a diferença”, na visão de que isso contribui, inclusive em processos e em custo final. Destarte, a obtenção de selos de qualidade não é o foco, de acordo com os entrevistados, mas representam um reconhecimento por aquilo que o hospital já fazia quando se fala em qualidade.

É importante citar que os resultados encontrados na parte descritiva dos custos da qualidade voltados a pouca mensuração, registro e controle efetivo podem ter relação forte com os deslizes evidenciados, uma vez que como o foco é assistencial e primordialmente no desfecho assistencial e aumento de segurança ao paciente, controles administrativos e contábeis mais específicos como aquilo que trata essa pesquisa, não representaria prioridade.

Em relação à historicidade, destaca-se uma cultura de qualidade madura e que foi construída aos poucos, pelos 90 anos de história do hospital, desde quando a organização foi inaugurada (1927) e administrada pelas irmãs luteranas e imigrantes alemães. Diante disso, recorreu-se à época próxima à origem, mais precisamente na idade moderna, século XVII, onde as principais organizações de saúde na Europa eram compostas a grupo de pessoas destinadas à caridade e ao cuidado assistencial de origem religiosa alemã e inglesa, sendo garantido nesses locais um padrão de atendimento mais elevado, provido de limpeza, disciplina e ética, um modelo de administração de destaque na sociedade da época (Antunes, 1991; Zanon, 2001).

Em meados do século XVIII, sobrepõe ao segmento hospitalar a imagem de um ambiente de cura, já que até então ainda permeava a imagem de que era um local de isolamento social. Nesse contexto, emerge o modelo hospitalocêntrico, que foca as atenções não especificamente no doente, mas no meio que o circunda, o que cria automaticamente um controle efetivo de tudo o que envolve o paciente (Vecina & Malik, 2014), realidade alinhada aos achados no hospital e ao foco em eficiência interna. Esse modelo é chamado por Antunes (1991) de hospital contemporâneo, por possuir uma nova estrutura, um novo foco e também por marcar o início da prática dos primeiros regulamentos como controle do ar, regime alimentar, dentre outros, ou seja, o controle do meio sobre o doente como instrumento de cura (Antunes, 1991).

Além desses aspectos na construção dessa ideologia, cabe destacar que mesmo possuindo característica de organização privada, o hospital é considerado como filantrópico devido à ligação com o SUS. Esse fato aliado à natureza histórica de filantropia alemã pode contribuir na identificação da ideologia nessa formação discursiva. Desse modo, permeiam características originárias voltadas ao humanismo, corporativismo, e atendimento à sociedade, onde a prioridade não é somente o lucro em si, mas a qualidade do atendimento assistencial. O que é posto em maior patamar são os aspectos éticos, o respeito e a eficiência (Zanon, 2001). Ademais, nessas ocasiões, todo trabalho pela assistência tem como essência a contribuição no suporte social (Vecina & Malik, 2014).

Em relação à formação discursiva *Constituintes-dependência*, com foco na relação forte com a fonte pagadora UNIMED, destaca-se algumas metáforas:

[...] Hoje, por exemplo, as *seguradoras*, eu não vivo sem elas (Sujeito 2, 2017).

Tem uma dependência de uma fonte pagadora do Rio Grande do Sul, que é a UNIMED, existe na realidade *domínio de mercado da UNIMED* no Rio Grande do Sul (Sujeito 8, 2017).

A gente tem sim, *a gente tem dependência das fontes pagadoras*, se os convênios não vêm o hospital não se mantém (Sujeito 10, 2017).

A visualização dos deslizes nessa metáfora evidencia de forma clara a dependência do hospital de uma fonte pagadora, um fator para sobrevivência do hospital, visto que, como já citado, a organização possui características de empresa privada, mas se classifica na realidade como filantrópica devido às relações com o Ministério da Saúde. É clara também a interpretação do cenário em Porto Alegre: dependência de organizações de saúde com a cooperativa UNIMED,

já que o agente externo possui domínio de mercado. Isso representa um fator de alta modelagem organizacional, por um lado em meio às relações hospital-cooperativa, e por outro, hospital-mercado, já que a cooperativa molda também a outros concorrentes e, assim, limitam-se as oscilações de preços e condições gerais de operação das organizações de saúde na região.

Percebe-se que os deslizes são pequenos dentre as falas, e que a visão dessa dependência é clara, deste modo pode-se inferir que um dos fatores que originou os resultados na parte descritiva desse estudo referente à ocorrência, mensuração, registro e controle dos custos da qualidade, está intimamente interligada com as exigências da UNIMED para com o hospital. Como a prioridade são os aspectos assistenciais, aspectos voltados à gestão não são prioridade direta nas exigências da cooperativa, já que em meio à alta relação de dependência, se assim fosse, o hospital certamente se conformaria em totalidade sob pena de perder ou reduzir seu volume de receitas.

A análise sobre historicidade vai de encontro à essência real privada do hospital, já que não atende usuários do SUS, o que acaba conduzindo uma relação estreita com uma fonte pagadora. Vecina e Malik (2014) exploram o nível de autonomia gerencial dos hospitais, citando que no Brasil hospitais privados e filantrópicos geralmente dependem de financiamento das operadoras de planos de saúde e quanto menor a flexibilidade na carteira de clientes maior a dependência de recursos, exatamente o que ocorre no hospital analisado.

Castelar, Mordelet e Grabois (1995) contribuem na formação dessa ideologia quando afirmam que um dos principais aspectos a ser atentado é o grau de autonomia na gestão, que acaba envolvendo até mesmo definição dos objetivos e metas estratégicas da organização. Quando se relaciona esse fator com os resultados encontrados no hospital percebe-se que predomina o modelo DPPO (Direção Participativa por Objetivos) em relação ao *stakeholder* que mantém dependência, a UNIMED, sendo esse um modelo tradicional, principalmente em organizações de natureza privada, que dispõe de maior autonomia do hospital. Nesse modelo os dirigentes dispõem do poder e fixam os objetivos e meios para alcançá-los, sem que a organização que mantém dependência participe da formulação de modo direto (Castelar, Mordelet & Grabois, 1995).

Porter (1980) contribui com os possíveis comportamentos frente a tais situações, o que ajuda na compreensão na ideologia. O autor afirma que uma das causas da redução do poder de

barganha citada no hospital se revela pela alta participação nas vendas da empresa fornecedora, o que induz o hospital a minimizar tal fato pelas relações de cooperação entre os envolvidos.

Na formação discursiva *Conteúdo-consistência* destaca-se os seguintes efeitos metafóricos sobre o alinhamento revelado entre hospital e mercado quanto à qualidade:

Sem dúvida. *Um dos valores do hospital é qualidade e segurança*, isso vem bastante forte (Sujeito 3, 2017).

[...] Acho que *sempre teve muito alinhado* e é uma das premissas (Sujeito 4, 2017).

Com certeza. Eu acho que *um dos principais objetivos do hospital é esse* e a gente vem buscando e o trabalho é muito árduo com relação a isso (Sujeito 12, 2017).

Na interpretação do nível de congruência entre as exigências por qualidade vindas do ambiente e os objetivos internos por qualidade no hospital percebe-se um alto alinhamento. Isso foi defendido pela totalidade dos respondentes, que revelaram a qualidade como destaque dentre os aspectos do modelo de gestão no que diz respeito à missão, valores e objetivos estratégicos. Na compreensão desse preditor em relação ao mercado destaca-se que, como disse o Sujeito 8, o hospital prioriza qualidade mesmo antes do meio externo prezar por tal aspecto. Voltando a aspectos de historicidade, o hospital desde a inauguração preza por práticas assistenciais de qualidade de origem germânica e, assim, os selos e a vinda das exigências do ambiente voltadas a isso só impulsionaram para que a organização fosse reconhecida por tais práticas já exercidas.

Mais uma vez, destaca-se que os resultados auferidos na parte descritiva desse estudo sobre os custos da qualidade em específico se relacionam com esse preditor ambiental na medida em que o hospital busca a excelência assistencial, em termos de processos, principalmente, não controles administrativos e contábeis. Como, por outro lado, o mercado também exige qualidade com foco em assistência, a gestão dos custos da qualidade fica em segundo plano, recebendo nível mínimo de exigência dentre as pressões externas, o que leva o hospital a não gerir esses gastos em totalidade ou possuir informações insuficientes e não presentes na rotina de decisões.

A ideologia dessa formação discursiva desde a historicidade remete a aspectos do hospital moderno na Europa, a partir meados do século XVI, onde as organizações caminhavam junto ao ambiente externo absorvendo os doentes e pobres, e posteriormente aderindo às mudanças propostas na estrutura, no combate a incêndios e organização funcional (Antunes, 1991), ou seja, sempre houve forças divergentes de fora e de dentro, mas se alinhar às necessidades do meio

social compõe a própria essência do hospital (Vecina & Malik, 2014). Desde essa época já se enxergavam os hospitais como organizações que buscavam se alinhar com o mercado, fato encontrado no hospital analisado quanto à qualidade. O ambiente cada vez exige mais e apresenta mais instabilidade e cabe essa adequação em nível jurídico, regulatório e em relação às políticas, que acabam modelando a organização (Castelar, Mordelet & Grabois, 1995).

É preciso encontrar a combinação perfeita de exigências e capacidades, para que se chegue a uma “combinação ótima”, já que o outro lado necessita de desfechos satisfatórios (Castelar, Mordelet & Grabois, 1995), quando se fala em qualidade. Ainda se destaca a cultura gerencial hegemônica apresentada por Vecina e Malik (2014) que impulsiona mecanismos voltados à qualidade em hospitais. Assim, pela análise dos dados do hospital analisado, pode-se considerar que tal cultura está alinhada a seus objetivos estratégicos e práticas assistenciais.

Em relação à formação discursiva *Controle-difusão*, apresenta-se as seguintes metáforas que mostram uma disseminação natural das exigências por qualidade no ambiente.

[...] É quase uma *necessidade que o mercado te estabelece* e tu muito consciente e muito sensível a isso tu acaba estabelecendo um *processo de conexão a essa necessidade* (Sujeito 1, 2017).

[...] *Foi uma necessidade em função do mercado*, que começou a se movimentar com os programas de qualidade (Sujeito 6, 2017).

[...] Com certeza *o hospital seguiu uma tendência, seguiu um comportamento* (Sujeito 7, 2017).

O efeito metafórico presente nas falas sobre o preditor Difusão leva à evidenciação de que o mercado se movimentou aos poucos para o aumento de ênfase nas exigências por qualidade, o que acabou constituindo uma necessidade nas organizações na região. Desse modo, a crescente relevância da qualidade no ambiente externo acabou influenciando o hospital como uma espécie de reação ao mercado, estabelecendo de antemão conexões a essas necessidades e alinhando-se segundo a tendência do ambiente, além daquilo que já fazia.

Admitindo que o hospital buscou atendimento junto às pressões relativas a aumento de qualidade e frente ao fato de que isso tornou-se uma necessidade no mercado, pode-se inferir que o cenário em que se encontram os custos da qualidade na organização analisada retrata a situação no qual é abordada e tratada tal temática nas empresas da região, uma vez que se as pressões do ambiente externo exigissem maior gestão contábil desses custos, o hospital certamente o faria, em

decorrência de seus comportamentos conformistas (conforme etapa 1), juntamente com as organizações do meio abertas a absorver a atender essa necessidade, quer dizer, a forma como a gestão dos Custos da Qualidade se apresenta na organização é um reflexo do nível de exigência institucional existente no mercado.

Quanto à historicidade, remete-se essa ideologia primeiramente vinculada a princípios da abordagem de qualidade em saúde de Donabedian, pesquisador americano que afirma que a qualidade se revela em uma abordagem integrada na obtenção dos maiores benefícios com os menores riscos para os clientes de acordo com a estrutura e recursos disponíveis (Mezomo, 2001). Além disso, essa tendência emergiu com mais clareza nos Estados Unidos, com Deming, que focou, dentre outros aspectos, na variabilidade dos serviços, porém com uma visão inicialmente imediatista. Ademais, propagou a difusão da qualidade em ambiente japonês, principalmente no que tange ao controle de qualidade, que juntamente com a cultura japonesa acabou por modelar essa tendência com raízes americanas (Malik & Schiesari, 1998).

Dentre os estilos de gestão construídos e principalmente controle da qualidade, ressalta-se que no hospital analisado predomina a influência japonesa, que envolve a iniciativa pela própria empresa, que se move adotando e difundindo melhorias de qualidade dentre as outras organizações (Nogueira, 1994), sendo os resultados almejados a longo prazo oriundo de um processo de construção (Malik & Schiesari, 1998).

Outrossim, destaca-se como parte dessa ideologia que a dinâmica competitiva é o que mais influencia o desempenho da organização e, assim, o mercado é um processo de contato interativo, que busca difundir informações e auferir vantagens pela descoberta de oportunidades, sempre com foco em permanecer imerso no arranjo econômico (Vecina & Malik, 2014). Frente a isso, investimentos em qualidade se mostram no mercado como um ideal, contudo cada organização possui a liberdade de mercado em adotar ou não, já que, geralmente, mudanças estritamente voltadas à qualidade são ferramentas disponíveis e de aderência voluntária, todavia optar pelo aperfeiçoamento contínuo se mostra um comportamento soberano (Nogueira, 1994).

Quanto à incidência da formação discursiva *Contexto-interconectado*, os deslizos se revelam pelos trechos de entrevistas destacados.

Conectada não só no aspecto de entender a necessidade, como *conectado no sentido de ouvi-lo, aquilo que eles esperam da gente* (Sujeito 1, 2017).

[...] Por exemplo, o mapa estratégico da casa ele foi construído com a *metodologia da Co-criação*, então eu tive pacientes, familiares, participando e dizendo o que que é importante (Sujeito 2, 2017).

[...] Existe uma *conexão bem grande do hospital com seus Stakeholders*, e aí passando pelos clientes, passando pelos convênios, passando por alguns fornecedores chave (Sujeito 7, 2017).

Os deslizes apresentados sobre o preditor interconexão revelam traços de ligação consolidados com diferentes agentes externos, onde busca-se entender suas necessidades e ouvir suas opiniões. Exemplo disso é a metodologia da Co-criação para a construção dos mapas estratégicos, que inclui diversos agentes na estruturação estratégica do hospital. A interpretação desse preditor, por meio das metáforas, conduzem a uma visão não só de conexão como de inclusão dos principais usuários do hospital em suas diretrizes principais, com a sede em alimentar esses *links*, reconhecendo claramente a importância. Tal atitude produz uma proximidade muito grande e mantém elos de informações preciosas, voltadas de fato à satisfação dos clientes e incorporação de suas prioridades. Adicionalmente, os fornecedores são qualificados pelo hospital, como aponta a JCI, fato que evidencia a existência de alta interconexão.

Em relação ao preditor defronte ao cenário encontrado pelos custos da qualidade, pode-se inferir que, se a gestão específica desses custos ainda não é executada de modo amplo no hospital, é porque os principais agentes externos considerados não exigiram ou sinalizaram algum indício de necessidade dessa natureza ou algum ponto que incluía tal atenção. Acredita-se que mais uma vez os resultados voltam-se mais à questão de que as principais exigências são assistenciais, não administrativas, e assim, esse preditor não age com muita força sobre a gestão dos custos da qualidade.

A historicidade permeou em torno da relação hospital e comunidade, devendo ser totalmente interligado visto que essa é a razão da organização existir, o que cria uma relação de amparo e cumprimento de missão, nunca se impondo, mas servindo (Mezomo, 2001), evidências encontradas no hospital analisado. Dessa forma, ouvir e valorizar o cliente é essencial, assim como os outros usuários da organização que hoje se encontram interligados, cada qual com uma visão voltada a seus interesses.

Além dessa relevância, nota-se na construção dessa ideologia traços de uma gestão flexível, não só com as equipes internamente, mas com a comunidade, o que aproxima ainda mais os *Stakeholders* e contribui na existência da interconexão. Esse tipo de gestão consolida a gestão

democrática através de oportunidades que estimulam a participação dos usuários internos e externos que, em conjunto, constroem as diretrizes principais da organização (Nogueira, 1994). Isso ocorre no hospital com a utilização da Co-criação na construção dos planos estratégicos. Uma organização que adota a esse tipo de gestão inclui na própria missão e metas estratégicas as sugestões propostas pelas pessoas envolvidas a fim de que se chegue a um consenso e, assim, todos são responsáveis pelos resultados de modo integrado (Mezomo, 2001).

Na formação discursiva *Isomorfismo-coercitivo* destaca-se as metáforas que representam os principais mecanismos isomórficos coercitivos, isto é, a Vigilância Sanitária, JCI, Pressões informais dos gestores e a legislação (Normativas).

É muito forte todas as legislações inclusive de enfermagem, *é uma condição de precisa ser cumprida* (Sujeito 4, 2017).

[...] *A gente segue o que preconiza a JCI*, a gente tem várias coisas que a gente tenta melhorar em função disso. *A Vigilância a gente não funciona se a gente não tem parceria em acordo com as normas da Vigilância* (Sujeito 10, 2017).

Sim, a JCI, a própria ANVISA, a Vigilância Sanitária, *de uma forma geral todos os órgãos*, os regulatórios que são oficiais e os contratados por nós [...] *exercem alguma influência* (Sujeito 12, 2017).

Pelos deslizes equiparados dentre as citações, percebe-se que as pressões coercitivas, principalmente regulatórias, são lei na organização e assim devem ser cumpridas a qualquer preço, fator que afasta a organização de comportamentos mais resistentes. A nível de interpretação, destaca-se o poder e a importância das fontes de pressões coercitivas e o papel de contribuição das fontes voluntárias como a JCI, que conduzem ao aumento de qualidade e faz com que as exigências priorizadas pelos padrões sejam vistas como lei pela equipe, visão criada pela cultura da organização votada à qualidade, mormente assistencial. No geral, as pressões coercitivas também não são observadas como restritivas ou punitivas, mas como um instrumento de adequação legal, que acaba contribuindo para o desenvolvimento a qualidade no hospital como um todo.

Em relação à historicidade recorreu-se à relação entre as exigências de órgãos reguladores com as organizações. Esse tipo de ligação vem forte em meio aos hospitais, desde a Idade Contemporânea, no século XVIII, onde iniciou-se uma regulamentação do setor na Europa,

sanada, em grande parte, pelos hospitais da época por serem, em maioria, de caráter religioso e pela visão da própria precariedade existente até então, o que desencadeou a necessidade de mudança (Antunes, 1991). Assim, a natureza europeia presente na essência do hospital analisado pode contribuir na compreensão dessa ideologia, que responde abertamente às pressões e regulamentações impostas pelos órgãos reguladores.

Aliado a isso, tem-se as exigências voluntárias, tal como a JCI, que o hospital aderiu a fim de buscar sempre a melhoria contínua e o aumento de segurança do paciente. Esse órgão tem origem americana e por sinal muito antiga, sendo um dos órgãos propulsores da qualidade americana e que é seguido ao máximo no hospital. Assim, a pressão e o contato junto a tal órgão de natureza voluntária podem somar à ideologia em questão uma aderência a princípios americanos de qualidade e segurança em saúde.

Quanto às exigências informais dos gestores, destaca-se as metáforas nos trechos coletados, de acordo com os respondentes.

Eu estou sempre brigando, esse é o meu papel, *mostrar [...] quais as minhas demandas e porque isso é importante [...]* (Sujeito 4, 2017).

Se espera que a gente tenha um padrão de reporte, um padrão de informação, mas é um padrão institucional (Sujeito 8, 2017).

As pressões informais dos gestores representam um aspecto coercitivo muito atuante no hospital, onde fica declarado que as funções do líder se voltam também à busca por investimentos em qualidade no setor. As exigências por padronização de informações apresentadas também predominam, o que inclusive compõe algo institucional, criado e respeitado em todo o hospital, e inclusive entendido como herança alemã. Quanto às interpretações, analisando o contexto, percebe-se que, como é algo propagando por toda a organização, representa um aspecto relevante que visa padronizar a forma como a informação é gerada, bem como aumentar os padrões de comparabilidade dentre setores e relatórios. O mesmo ocorre quanto às exigências dos gestores.

Em relação a essa formação discursiva frente aos achados na parte descritiva sobre custos da qualidade, destaca-se que, se as fontes de pressões coercitivas por qualidade são atendidas ao máximo, até mesmo as voluntárias, significa que essas não exigem um controle e uma gestão muito estrita e profunda dos custos da qualidade, mas mais uma vez focam as exigências em

âmbito assistencial e nos processos desenvolvidos. Se as exigências voltassem mais abertamente a aspectos da gestão de custos, acredita-se que assim o seria feito pelo hospital.

As informações e relatórios padronizados podem representar uma influência isomórfica coercitiva quando são exigidos por algum setor superior ou órgão externo. Em relação à ideologia predominante pode-se considerar que a influência americana em relação à adoção da JCI pode ser considerada, uma vez que existem padrões e serem seguidos, o que pode tornar-se uma tendência no reporte de informações pelos gestores no hospital, o que se inter-relaciona com a influência do nível de exigências institucionais, mesmo que a aderência seja de natureza voluntária.

Quanto a *Isomorfismo-mimético*, os principais achados voltam-se à utilização de *Benchmarking*, espelhamento em organizações de sucesso e utilização de consultorias externas, sendo as evidências destacadas nas metáforas.

[...] Obviamente *exemplo inovadores [...] são buscados, são ansiosos pela casa*. [...] Entendo que a comparação ela é sempre muito saudável nesse sentido (Sujeito 1, 2017).

[...] A gente incentiva de um modo muito declarado que as áreas façam *Benchmarking* para melhoria dos seus processos (Sujeito 3, 2017).

A gente sempre está tentando melhorar, então a gente tenta buscar o que há de melhor. A gente tem parcerias enfim, a gente recebe muitas pessoas para *Benchmarking* na verdade, mas a gente vai (Sujeito 10, 2017).

Os deslizes nessa formação discursiva evidenciam que o hospital é aberto e até influencia para a prática de *Benchmarking*, porém tal prática carrega como intuito principal a busca pela qualidade na preocupação em executar as melhores práticas, com o que há de novo no segmento. A interpretação assim permite destacar que essa prática é vista como uma ferramenta de aumento de qualidade, do qual todos, quando cabível, devem se utilizar, já que representa um modo saudável de comparação, melhoria e aprendizagem. Fica claro também o quanto a organização é aberta em receber *Benchmarking*, contribuindo para o setor, nacionalmente.

Nos aspectos voltados à historicidade, nota-se que a intenção da empresa em realizar e incentivar *Benchmarking* não é pela necessidade de imitação ou por permear em situações de incertezas, mas com intuito de buscar continuamente as melhores práticas externamente, fazendo com que seja promovida a aprendizagem organizacional (Corrêa & Caon, 2012). Isso se tornou comum no Brasil, principalmente depois da década de 70, podendo ser de natureza interna entre

setores, competitivo, ou funcional, todos com o foco em promover o aprendizado frente às mudanças na realidade interna ou externa, e que possa de alguma forma, oferecer vantagens (Corrêa & Caon, 2012).

Assim, a ideologia nessa formação discursiva tem presença forte do *Benchmarking* competitivo, que envolve a comparação contínua com a concorrência regional ou não, a fim de tentar melhorar continuamente pela imersão em um processo de evolução e busca pelo que é destaque no ambiente externo (Corrêa & Caon, 2012). No hospital analisado essa atitude é realizada principalmente nos Estados Unidos, por condições já explicadas.

Quanto às consultorias externas destaca-se:

Em diferentes momentos, para diferentes consultorias, *principalmente quando está trazendo alguma prática nova*. Serve sim como condutor, como orientador, [...] nos primeiros momentos (Sujeito 3, 2017).

Às vezes sim, às vezes não. Quando a gente entende que a gente tem condições internas na casa de fazer isso sim, mas às vezes tu chegas num nível que tu bate no teu limite. Tu só consegues passar daquilo *buscando uma expertise que tu não tem na casa* (Sujeito 5, 2017).

Sim, na verdade, *dependendo dos projetos* tem avaliação e tem consultor. Então a JCI, a gente tem consultores que vem (Sujeito 9, 2017).

O efeito metafórico presente dentre as citações permite o indício de que as consultorias externas são presentes, principalmente em casos de implantações de novas práticas ou quando a organização possui conhecimento satisfatório voltado a algum tema. Isso é uma grande fonte isomórfica mimética, que conduz o hospital a homogeneização de suas práticas, de acordo com aquilo que o mercado pratica. Em termos de interpretação, ressalta-se que essas práticas são requisitadas na busca pela melhoria de forma adequada e planejada, sem novos processos amadores, quando não se tem expertise o suficiente internamente. Assim, como na reflexão sobre o *Benchmarking*, essa prática é feita com intuito de aumentar a qualidade pela busca do que há de melhor no mercado.

A relação do preditor em relação aos custos da qualidade encontrados na pesquisa revela a preocupação na busca pelo inovador no âmbito dos processos e investimentos em geral, com foco no desfecho final. A forma como isso é controlado ou o que poderia ser feito para otimizar o processo de tomada de decisão por meio de informações contábeis de custos não foram

mencionadas com ênfase na utilização de mimetismo, não representando, desta forma, o foco daquilo que é praticado ou exigido fora. A historicidade constante nas consultorias envolve a mesma essência daquilo já explicitado, ou seja, com o intuito de promover a aprendizagem organizacional e aderir a inovações existentes no mercado.

Por fim, a formação discursiva *Isomorfismo-normativo* admitiu na pesquisa o formato de: participação em sindicatos ou associações da área e ênfase em treinamentos externos, que são expostos através dos efeitos metafóricos destacados.

Eu sou do sindicato dos engenheiros da construção civil [...], mas *nós temos um grupo há muitos anos eu estou desde que eu entrei* [...], que se chama ABDEH, Associação Brasileira para Desenvolvimento de Instituição Hospitalar, [...] e sou *quase que palestrante* (Sujeito 5, 2017).

Eu participo do Conselho Regional de Administração, que é uma exigência do hospital. [...] *Todos os gestores do hospital eles pagam seu conselho, porque é uma exigência* inclusive da acreditação (Sujeito 7, 2017).

O vínculo a sindicatos ou associações é um forte mecanismo isomórfico normativo à medida que modelos institucionalizados são propagados por esses meios e adotados pelas organizações. Na interpretação dos deslizes destacados percebe-se um engajamento forte dos gestores a tais agentes, não só como membros, mas até palestrantes, o que retrata o interesse não só na captação de modelos institucionalizados, mas também na propagação. Ademais, o próprio hospital exige esse vínculo dos líderes em órgãos de classe, o que reforça o vínculo e o interesse em saber o que ocorre no ambiente e quais as discussões atuais e direitos do setor.

A ideologia dessa formação discursiva volta-se ao incentivo e interesse do hospital acompanhar novos modelos institucionalizados e mudanças da área por meio do vínculo com associações ou sindicatos, o que corrobora para a homogeneização das organizações pela disseminação e incentivo a praticar aquilo que tais órgãos relevam, conforme afirmam Dimaggio e Powell (1983). Isso envolve a transmissão de normas, políticas e ideias que acabam influenciando a forma de operar das organizações, tanto pelo recebimento quanto compartilhamento de informações, ou seja, uma das finalidades pode ser o espírito cooperativo (Vecina & Malik, 2014).

Os achados veem ao encontro do incentivo do hospital em manter essas relações, uma vez que, como citado por um dos entrevistados, é obrigatório que os gestores sejam filiados aos seus

órgãos de classe, pelo ou menos como membros. Alguns, porém, contribuem ainda em discussões, palestras e na organização de eventos, o que retrata um engajamento próximo. Essa exigência interna reflete o interesse em acompanhar as mudanças, usufruir de relacionamentos e informações e também contribuir com dados ou ideias, inclusive sobre qualidade.

Em relação aos treinamentos destaca-se os seguintes deslizes nos dizeres:

A gente traz *instrutores externos para que sejam referências*, para que elas (pessoas) se sintam sendo formadas por instrutores referência (Sujeito 3, 2017).

[...] Tem, pontualmente nessa situação (de equipamentos novos), [...] *Depende da particularidade do negócio* (Sujeito 10, 2017).

[...] Alguns, a gente como tem essa *parceria com a JH*, a gente tem bastante coisa em termos de cursos online, de vídeo conferências, que acaba sendo uma qualificação externa (Sujeito 12, 2017).

Treinamentos externos também representam uma tentativa ou busca por aquilo que ocorre lá fora, de modo inovador e organizado, o que aumenta as chances de sucesso quando o modelo institucionalizado adentra na organização. Essa preocupação predomina no hospital, principalmente em casos pontuais, como aquisição de novos equipamentos de ponta. A filiação a um órgão internacional também contribui nesse sentido, sendo assim a ideologia provida de forte influência americana em relação à propagação de modelos de qualidade institucionalizados no país rumo ao hospital analisado, fato inclusive entendido como diferencial competitivo na organização. Em termos de interpretação, destaca-se à vontade em aderir a tendências internacionais voltadas à qualidade e mais uma vez, o desejo em implantar práticas melhores e inovadoras em nível mundial.

Quanto aos resultados encontrados sobre os custos da qualidade na parte descritiva, cita-se esse efeito metafórico como indício de que nas organizações hospitalares americanas o foco no controle desses custos não é muito vantajoso (visto que não é priorizado nem realizado em totalidade no hospital) corroborando com a visão de Deming (1990) e, assim, os esforços voltam-se mais uma vez à melhoria da assistência e a prevenção de eventos adversos.

Além disso, complementa-se que, quanto a aspectos da historicidade, a busca pela profissionalização na área da saúde deixou de ser um diferencial e atualmente é uma condição básica, situação que no Brasil ainda se move lentamente, resultando em dificuldades de partilha

da informação e barreiras de comunicação (Vecina & Malik, 2014). Esse cenário nacional exposto pelos autores quando comparado com o hospital analisado encontra-se ultrapassado. Os treinamentos são efetuados de modo proativo, alinhado às inovações tecnológicas implantadas ou à filiação americana, ocorrendo continuamente com as equipes na busca por aprimoramento contínuo do corpo funcional.

4.2.5.3.1 Síntese das Ideologias constatadas

Após a identificação das formações discursivas que originaram os discursos, procedeu-se com a exploração das ideologias mediante uma análise mais profunda de cada formação discursiva em meio aos desvios de sentido (deslizes) e historicidade. Orlandi (2012) destaca que essa é a etapa que apresenta a essência dos discursos enraizada em ideais muitas vezes antigos e pertencentes a outras culturas.

Frente a tal relevância para as interpretações dos dados, procedeu-se com a síntese das principais ideologias encontradas, frente a cada formação discursiva, conforme expõe a Tabela 52 em detalhes.

Tabela 52. Síntese das ideologias identificadas - HOSP.2

	Formação Discursiva	Ideologia Constatada
Fatores Institucionais Externos	Causa-Eficiência	Modelo europeu de cuidado (alemão) / Modelo Hospitalocêntrico / Aspectos Filantrópicos e Humanistas.
	Constituintes-Dependência	Essência Privada / Oscilação de Autonomia Gerencial / Presença da Direção participativa por Objetivos (DPPO).
	Conteúdo-Consistência	Influência Germânica de Qualidade / Absorção das Necessidades Sociais / Congruência com a cultura gerencial hegemônica.
	Controle-Difusão	Abordagem integrada / Liberdade de mercado / Influência da Filosofia de Qualidade Japonesa.
	Contexto-Interconectado	Relação de amparo à comunidade / Gestão Flexível ou Democrática.
	Isomorfismo Coercitivo	Órgãos regulatórios como contribuintes para qualidade / Ligação com preceitos da Idade Contemporânea Europeia / Influência de padronização americana.
	Isomorfismo Mimético	Aprendizagem organizacional / <i>Benchmarking</i> Competitivo / Influência nacional e internacional (americana)
	Isomorfismo Normativo	Interesse no acompanhamento de mudanças institucionais / Engajamento em sentido cooperativo.

Fonte: Elaborado pelo autor.

As ideologias apresentadas respondem de forma aprofundada e detalhada a questão de pesquisa do estudo mediante as interpretações das formações discursivas que refletem a origem

dos dizeres (respostas organizacionais ou discursos), que circundam a gestão dos Custos da Qualidade.

4.2.5.4 Análise do discurso adicional – Custos da Qualidade

Como realizado na análise dos resultados do primeiro hospital, a análise do discurso circundou os fatores preditivos, isomorfismos e respostas organizacionais, ou seja, os aspectos constantes nos dois constructos teóricos da pesquisa. Porém, com intuito de contribuir para a resposta à problemática de pesquisa no que tange especificamente aos Custos da Qualidade, foram coletadas informações sobre a relevância da temática no hospital, o porquê não são utilizados com mais frequência, dentre outros pontos, que mesmo não constando dentre as variáveis dos constructos da pesquisa, tornam-se relevantes quando depara-se com a temática em questão: os Custos da Qualidade.

Frente a essa oportunidade e em consonância com o escopo do estudo procedeu-se com a apresentação da análise do discurso nas 3 etapas abordadas: discursos, formações discursivas e ideologias (Orlandi, 2012). Os dados coletados foram oriundos das pessoas que possuíam contato com o tema, tais como alguns gerentes assistenciais, a gerente de qualidade, controller e diretores.

O *corpus*, foco da primeira etapa de análise, teve como base as primeiras questões da pesquisa, que abordava questões relativas aos custos da qualidade em específico. Após ouvir as falas e efetuar a análise com intuito de identificar o(s) discursos, constata-se a existência do *Discurso da dificuldade em mensurar qualidade*, evidenciado nos trechos destacados.

Sujeito 8:

Para cada necessidade se avalia os Custos relacionados à qualidade [...]. O que a gente faz é para manter a qualidade da instituição. Ficaria em dúvida até em que colocar nesse relatório de Custos da Qualidade, tudo o que eu agregar é custo da qualidade (2017).

Sujeito 10:

[...] Custos..., eu não tenho como medir isso falando, acho que não, se investe muito em qualidade (2017).

O dizer que mais se repetiu e que acabou formando o discurso refere-se aos obstáculos para mensuração dos Custos da Qualidade. O hospital provê de diversos sistemas de controle de

natureza assistencial, gerencial, contábil e estratégico, bem como é auditada pela Ernst & Young Auditores, porém a abordagem de controle de custos pauta-se essencialmente nas unidades de negócios, das quais a qualidade é inclusa em cada setor dentre os gastos efetuados no período. Os gestores destacam a dificuldade em mensurar qualidade e transpor isso no papel de um modo claro e preciso, o que se volta aos custos de fácil mensuração, estes são registrados pela contabilidade como treinamentos e remédios vencidos ou perdidos, evidências trianguladas com as análises documentais, todavia em nível pouco detalhado (como por exemplo, os treinamentos internos e externos, que são apresentados em uma única conta). O contexto reporta novamente aos preceitos de Feigenbaum (1994), que aborda que os custos da qualidade ocultos, os quais a contabilidade não registra, são mais difíceis de serem mensurados e controlados, e assim acabam não fazendo parte das análises gerenciais sobre a qualidade nas organizações. Foi citado que a busca por essa mensuração ou por um relatório específico dos gastos com qualidade se tornaria um motivo de dúvida, até mesmo do que considerar, já que rotineiramente boa parte do que se gasta é para aumento de qualidade, como menciona o Sujeito 8.

Destaca-se, assim, que não há um relatório específico de Custos da Qualidade, somente essa visão dos custos de fácil mensuração, ainda que embutido no relatório geral por centro de custos (DRE Setorial). Mensurações puramente gerenciais, como o tempo com retrabalhos ou horas perdidas, não são explorados na organização em termos de custos para as decisões.

Com a identificação do discurso, a próxima etapa trata-se das formações discursivas propostas por Orlandi (2012) que, pela utilização das paráfrases, são apresentadas na Tabela 53.

Tabela 53. *Formações discursivas e metáforas – Análise do discurso adicional - HOSP.2*

Formação discursiva	Evidências/ Metáforas
	“Não é mensurado. É que é porque <i>o trabalho que isso vai dar para ter esse controle talvez fosse maior que o benefício</i> ”. (Sujeito 7)
	“No fim das contas o hospital sabe que tem parte dos recursos em qualidade, e <i>não vê benefício</i> em mensurar isso detalhadamente”. (Sujeito 7)
Falta de necessidade	“ <i>Não se enxerga um benefício real</i> em se ter isso, porque é muito trabalhoso, depende muito das pessoas para a produção dos inputs [...]. Temos condições para isso, mas não fazemos porque não queremos”. (Sujeito 7)
	“ <i>Sempre diluímos isso dentro da instituição.</i> É possível ter”. (Sujeito 8)

Fonte: Elaborado pelo autor.

Diante da especificidade do discurso e das falas coletadas a este fim, na formação discursiva já foi destacado os deslizamentos constantes nas metáforas, pontos abordados na terceira etapa de análise, a exploração das ideologias.

Na formação discursiva “Falta de Necessidade”, avulta que o hospital não possui essa mensuração e controle dos Custos da Qualidade, pois não enxerga um benefício vantajoso, uma vez que sistemas de informações que possam contribuir ou facilitar na construção dessas informações existem no hospital. O Sujeito 8 menciona que esses custos são inclusos nas DREs setoriais e a visão é que isso atualmente é satisfatório frente às demandas e decisões sobre a temática, uma vez que conclui admitindo a possibilidade em auferir tais informações. Vários Sujeitos entrevistados mencionam a ocorrência de custos de falhas internas, como o retrabalho, mas os esforços em transformar tais dados em custos para posteriores análises de desempenho setoriais são inexistentes, ficando o foco voltado a indicadores, principalmente assistenciais e qualitativos, como por exemplo, taxa de infecções.

As metáforas destacadas dentre as formações discursivas evidenciam a inutilidade desse tipo de informação e os esforços demasiados em construir essas informações sobre os Custos da Qualidade. Em relação a aspectos voltados à historicidade recorre-se diretamente aos princípios defendidos por Deming (1990), quando remete que é inútil controlar a gastar esforços no controle dos Custos da Qualidade quando esses são consequência de um aumento de qualidade. Assim, a atenção maior volta-se à qualidade em si, o que automaticamente reduzirá os Custos. Como esses custos representam dados passados, analisados depois que já ocorreram, não possuem muito poder informacional, segundo o autor (Deming, 1990). Esse pensamento é exatamente o existente no hospital, onde o aumento da qualidade é atentado constantemente, mas o controle dos custos voltados a falhas, por exemplo, não são mensurados, fato que, portanto, comprova uma ideologia pautada na influência americana de controle da qualidade.

4.3 ANÁLISE CRUZADA DOS CASOS

As comparações enriquecem os resultados, oferecendo a construção de conceitos mais aguçados sobre a problemática de pesquisa, porém deve concentrar-se em pontos essenciais (Stake, 2005). O autor destaca a alta contribuição desse cruzamento de informações, contudo

salienta a atenção principal sobre os achados principais apenas, visão inclusive compartilhada por Eisenhardt (1989).

Com foco nessa essência, procedeu-se essa etapa de acordo com as direções apresentadas por Eisenhardt (1989): definir e explorar as dimensões específicas; listar semelhanças e diferenças; e dividir os achados a partir da fonte de coleta de dados dos quais foram originados, de modo que as evidências que reincidirem serão as mais consistentes.

4.3.1 Definição e exploração de dimensões

Na busca pela realização dessa etapa, sem ater à totalidade dos achados, tampouco infringindo os limites dos demais tópicos subsequentes, apresenta-se as dimensões formuladas na ânsia por evidências relevantes e que possibilitassem reflexões convergentes à problemática de pesquisa:

- a) tipo de acreditação;
- b) natureza jurídica;
- c) localização geográfica;
- d) natureza histórica.

A dimensão “Tipo de Acreditação” é um fator posto em discussão desde o escopo da pesquisa e, desta maneira, desde o início, buscou-se organizações com selos distintos, um com ONA III e outro com JCI a fim de, pela análise, buscar evidências que mostrassem se os Custos da Qualidade eram mais ou menos gerenciados, por influência do método aplicado ao hospital e pelas exigências que pairavam deste sobre a gestão. O principal achado nessa dimensão diz respeito à natureza que rege essas creditações. Mesmo possuindo no manual específico itens sobre gestão de custos, redução de desperdícios e ênfase em treinamentos, conceitos abordados na temática principal dessa pesquisa, tais selos voltam-se muito à vertente assistencial e, assim, o foco é na relação com o paciente, no aumento de barreiras para redução do erro e no controle por indicadores geralmente qualitativos, como por exemplo, número de quedas. Desse modo, diante dessa natureza, mesmo possuindo uma essência na qualidade, como o foco é assistencial, pode-se inferir que o selo não foi um fator determinante na gestão dos Custos da Qualidade nos hospitais analisados, e também não se pode afirmar que o hospital que gerencia mais esses custos possui maior efetividade na qualidade do serviço, mas talvez que possui menor poder informacional para

a tomada de decisão gerencial, pela carência de controle monetário desses gastos. De modo geral, a mensuração ocorre em número de ocorrências, dados que posteriormente são base para a construção dos indicadores assistenciais. A gestão da qualidade ocorre, as melhorias também, mas não há obrigação nos padrões do selo de acreditação por um controle monetário disso, tampouco interesse da organização em conhecer e acompanhar esse volume de recursos. O registro contábil é efetuado nas duas organizações apenas naqueles tipos de Custos da Qualidade já registrados nas despesas operacionais do resultado econômico mensal, tais como treinamentos, perdas com medicamentos e manutenções, muitas vezes sem ao menos um detalhamento necessário para uma boa decisão, tal como nas manutenções, a divisão entre preventiva e corretiva. Percebe-se, assim, que se não há maior ênfase na forma como o hospital mensura e controla sua qualidade em valores monetários é pelo fato dos selos de acreditação não exigirem isso de forma direta tampouco fiscalizar na prática, além da necessidade informacional não ser sentida pelos tomadores de decisões.

Portanto, nos dois hospitais analisados e conseqüentemente nos dois selos (ONA e JCI), os resultados referentes a essa dimensão caminharam próximos, indicando que a ênfase de controle é assistencial e por dados qualitativos; que a gestão dos custos da qualidade não existe especificamente e que não há obrigação disso; que a falta desse tipo de informação não é sentida; e que os órgãos acreditadores não possuem isso como foco nas avaliações, fatos que contribuem na compreensão do porque não perdura uma gestão de Custos da Qualidade efetiva nos dois hospitais em análise.

A segunda dimensão trata da “Natureza Jurídica” observada na realidade dos dois hospitais. No escopo do estudo foi prezado por hospitais com naturezas distintas a fim de possibilitar posteriores comparações sobre possíveis influências na gestão dos Custos da Qualidade. Diante dos achados e da perspectiva teórica base, nota-se que a natureza jurídica contribui para a gestão dos hospitais e no modo como respondem ao ambiente externo. O Hospital Ministro Costa Cavalcanti possui natureza de filantropia, tem como dever atender no mínimo 60% de pacientes SUS para manter seus benefícios como imunidade tributária. Tal relação social faz com que haja relações próximas com o órgão público, de modo que, frente a qualquer exigência por qualidade do governo, o hospital não detenha muita liberdade e a tendência é se adequar. A situação encontrada sobre a gestão dos Custos da Qualidade no HMCC conduz a percepção de que tal órgão público não exige nenhum tipo de prestação de contas

específicas sobre os custos voltados à qualidade, o que, aliado mais uma vez a não necessidade dos gestores nas decisões, acaba sendo apresentado apenas de modo básico, composto por aqueles custos já registrados pela contabilidade.

O Hospital 2 possui natureza filantrópica, porém não atende o SUS. O que garante seus benefícios enquanto organização dessa natureza é o vínculo que mantém com o Ministério Público, em programas de desenvolvimento do setor como o PROADI. Desse modo, não depende de uma fonte de receita pública, mas as operadoras de planos de saúde representam suas fontes de receita, destaque esse voltado a UNIMED, que detém mais da metade de todo o faturamento. Esse fato cria mais uma vez uma relação forte, sensível e digna de tratamento próximo e monitoramento constante de mercado, já que uma oscilação sequer pode impactar muito o volume de receitas. Frente a esse contexto, o hospital possui natureza inclusive histórica, de filantropia, mas a realidade o aproxima de uma entidade privada. Quanto aos Custos da Qualidade ocorre a mesma situação do hospital anterior. Se a gestão se prende e se satisfaz a aspectos contábeis fiscais, infere-se que a fonte de dependência também não o exige, se atendo provavelmente, na melhoria estritamente assistencial, uma vez que o cliente UNIMED é quem vai usufruir dos serviços do hospital.

A análise conjunta dos dois casos permite a reflexão de que já predomina nos hospitais a falta de necessidade de informações gerenciais da temática estudada. E por outro lado, a fonte de pressão externa (governo e fontes pagadoras), de acordo com a natureza da organização, não exige tais mudanças ou não prezam pela prestação de contas nesse sentido, o que faz com que o foco seja mais uma vez em âmbito assistencial nos dois casos, enquanto na gestão administrativa e contábil, sabe-se que se investe em qualidade, mas os valores mensais e acompanhamento específico desse fluxo inexistem.

A dimensão “Localização Geográfica” possibilita reflexões importantes sobre resultados encontrados nos casos. O Hospital Ministro Costa Cavalcanti fica localizado em Foz do Iguaçu-Paraná, e assim o foco principal é atender pacientes da tríplice fronteira. Ocupa posição de um dos maiores hospitais da região, além do Hospital Municipal, destarte as demandas da cidade e do próprio governo afetam demasiadamente o hospital em análise, já que, quando o Serviço de saúde municipal não comporta as exigências, esta volta-se ao HMCC, exemplo dado a UTI pediátrica, fato anteriormente comentado. Como cidade do interior, portanto, o hospital absorve a maioria das mudanças exigidas, até mesmo pela falta de concorrentes na região. A gestão dos Custos da

Qualidade nesse contexto fica restrita pelas exigências do mercado regional, mas poderia ser vantajosa em análises gerenciais frente ao alto volume de atendimentos, na ligação com o SUS e na reduzida concorrência, fato que poderia desencadear aumento de vantagem competitiva. Além disso, como as próprias citações dos diretores evidenciaram, é importante analisar até que ponto se gasta e como isso é repassado ou cobrado das fontes provedoras de receitas.

O Hospital 2 está localizado em Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul. Em suas proximidades estão instalados vários concorrentes, inclusive de grande porte e de natureza privada. Tal fator conduz ao aumento de concorrência, o que exige um aumento de vantagem competitiva como razão de sobrevivência, sendo um possível atributo a própria conquista do selo JCI. Ademais, a própria localização em uma capital requer uma posição de destaque maior, haja vista que representa uma região centralizadora e fontes de destaque em diversos segmentos empresariais. Frente a esse cenário, a gestão dos Custos da Qualidade, principalmente com ênfase no controle (visto que já se investe muito) poderia aumentar a competitividade da organização, uma vez que, quanto menor o custo final maior a rentabilidade, e conseqüentemente maior o volume de receitas.

Portanto, em análise conjunta percebe-se que os cenários são distintos. Um possui pouca concorrência, ênfase social e atuação em cidade de interior, enquanto outro atua em uma capital, provida de grandes centros urbanos e aumento constante de competitividade. Independente da localização, o que se percebe é que o contexto regional não afetou na forma como são medidos e gerenciados os Custos da Qualidade. O número de concorrentes ou o aumento da competitividade local também não se apresentou como um fator impactante no modo como a temática é tratada na organização. Além disso, voltando-se a aspectos legais, buscou-se observar se há impacto da legislação estadual sobre a gestão dos Custos da Qualidade, já que a pesquisa envolveu organizações em estados distintos. Os achados evidenciam que a maior fonte regulatória é a ANVISA, e que por ser um órgão federal, as exigências são impostas uniformemente, independentes do estado brasileiro no qual a organização esteja localizada. Isso leva a conclusão de que a legislação local não impactou os hospitais de modo específico.

Por fim, a última dimensão volta-se à “Natureza Histórica” que predomina na essência dos dois casos. O Hospital Ministro Costa Cavalcanti tem uma origem aliada à construção da Hidrelétrica de Itaipu, logo está incluso na construção de um grande marco social e econômico em âmbito nacional. Como a princípio foi construído para suprir as necessidades dos

trabalhadores da usina, a essência histórica foi atrelada ao atendimento à sociedade, vínculo mantido até na atualidade pela natureza filantrópica. Tais traços justificam a origem de necessidade na região e liberdade de acesso à pacientes. Como o nascimento é atrelado à usina e a esse caráter utilitário, as práticas de qualidade começaram a ser buscadas à medida que a organização foi crescendo, até atingir o patamar em que se encontra hoje.

No Hospital 2 a qualidade está na concepção do hospital, desde a construção da obra. Liderado por imigrantes e organizações alemãs, país onde o movimento por qualidade já era mais ativo, o hospital desde o início prezava por qualidade nas práticas assistenciais, fato que cultivou princípios de qualidade existentes, hoje por meio de uma cultura sólida. Desse modo, diferentemente do primeiro hospital, buscava-se qualidade desde o início como frutos de uma tradição, fator que facilita até nos dias de hoje, a implementação e acompanhamento de mudanças voltadas à qualidade, em essência metódica e alemã.

Em análise conjunta dos dois casos, pode-se afirmar que os contextos históricos eram distintos. Enquanto em um predominava uma essência de necessidade, em outra habitava a instauração de uma tradição internacional. Predomina nas organizações práticas de gestão consideradas tradicionais, como o custeio variável e contabilidade divisional, ferramentas que justificam a visão de uma gestão administrativa e contábil como áreas estritamente de apoio, que agem como suporte à principal, a assistencial. A inclusão da qualidade como parte da origem do hospital, como no caso do HOSP.2 não impulsionou a tendência ao controle de custos da qualidade ou à importância desse tipo de informação nas decisões, o que permite afirmar que as condições históricas, sejam voltadas à qualidade originalmente ou não, não influenciaram efetivamente a gestão dos Custos da Qualidade, permanecendo em todo o contexto histórico uma visão quase que puramente assistencial.

Após a discussão das quatro dimensões instauradas, buscou-se apresentar em síntese os principais achados encontrados, como expõe a Tabela 54.

Frente ao escopo do estudo e à construção da problemática, percebe-se que as quatro dimensões ambientais e históricas em análise não impactam de modo efetivo na forma como é realizada a gestão dos Custos da Qualidade nos casos, pela ausência de exigências específicas à temática e foco estrito nos cuidados assistenciais.

Tabela 54. Síntese dos achados na primeira dimensão (análise cruzada).

Dimensão	Fatores em análise	Constatação final
Tipo de Acreditação	ONA III x JCI	Tipo de selo não impactou no nível em que é realizada a gestão dos Custos da Qualidade.
	Ambos os selos com foco assistencial e pouca ênfase em custos. Ausência de exigências dessa natureza pelos selos.	
Natureza Jurídica	Filantrópica x Privada	Natureza da organização não impactou na gestão dos Custos da Qualidade por não serem exigidas prestações de conta nesse sentido.
	Relações próximas com governo e fontes pagadoras. Não exigem prestação de contas nesse sentido, focando no assistencial.	
Localização Geográfica	PR x RS	Cenários regionais não afetaram na gestão dos Custos da Qualidade. ANVISA é principal regulador, e é federal, e, portanto igualitário em nível de exigência em todo o país.
	Contextos regionais distintos (interior e capital). Legislações similares.	
Natureza Histórica	Itaipu x Imigrantes alemães Contextos históricos distintos. Essência de necessidade e instauração de tradição alemã.	Condições históricas não impactaram na gestão dos Custos da Qualidade. Foco foi e permanece na visão assistencial.

Fonte: Elaborado pelo autor.

4.3.2 Semelhanças e diferenças

Esse tipo de análise pode revelar informações importantes, assim como consolidar os achados, quando reincide nos dois casos. Essa parte da análise cruzada buscou apresentar, em cada etapa da pesquisa, as principais semelhanças e diferenças encontradas nos hospitais, na tentativa de explorar alguma peculiaridade ou fato relevante. Primeiramente foi realizada a análise da parte descritiva da pesquisa, sobre os Custos da Qualidade. Após, o foco volta-se aos achados referentes às respostas organizacionais estratégicas e fatores institucionais externos, e por fim, foram apresentadas as análises das principais ideologias constatadas.

Na Tabela 55 são apresentados, de modo sintético e comparativo, parte dos achados encontrados na parte descritiva da pesquisa.

Tabela 55. Comparação entre os casos – ocorrência dos Custos da Qualidade

Categoria de Custos da Qualidade	Hospital Ministro Costa Cavalcanti					Hospital 2				
	Intensidade de Ocorrência					Intensidade de Ocorrência				
	Mínima	Média	Alta	Não se Aplica	Total	Mínima	Média	Alta	Não se Aplica	Total
Custos de Prevenção	12%	34%	32%	22%	100%	6%	35%	47%	12%	100%
Custos de Avaliação	12%	28%	40%	20%	100%	20%	29%	31%	20%	100%
Custos de Falhas Internas	39%	24%	9%	27%	100%	47%	31%	6%	15%	100%
Custos de Falhas Externas	45%	14%	5%	37%	100%	60%	16%	7%	16%	100%

Fonte: Elaborado pelo autor.

Diversos estudos na literatura, como Robles (2003) e Barreto (2008), afirmam que a maioria dos Custos da Qualidade deveria ocorrer nas etapas de prevenção e avaliação antes do serviço ser executado. Essa preferência, quando comparada aos achados nos casos em análise, permite algumas comparações. As duas primeiras categorias nos dois hospitais foram as que apresentaram maiores volumes de gastos, segundo a percepção de ocorrência dos gestores entrevistados, o que indica convergência ao que prega a literatura, e preocupação, mesmo que subconsciente, de gerenciar e reduzir os custos de falhas e conseqüentemente, o custo total. Em análise das categorias de falhas, ou seja, os custos involuntários, têm-se, segundo a percepção dos entrevistados, os menores volumes de recursos gastos que representa uma conseqüência do sucesso na prevenção e avaliação. Assim, esse achado nos dois hospitais também converge ao que preza a literatura. Em análise conjunta dos achados nos casos, percebem-se grandes semelhanças no que tange à ocorrência desses custos, fatos que mesmo diante da negativa de uma gestão específica de Custos da Qualidade, resplandece em vestígios de um acompanhamento e controle gerencial de custos. Além disso, cabe destacar também que durante as análises descritivas tornou-se claro que nos dois casos analisados não há uma gestão específica dos Custos da Qualidade, ficando as informações sobre a temática para a tomada de decisão sob domínio das informações já produzidas pela contabilidade fiscal, o que se mostra satisfatório na visão dos gestores entrevistados. Quanto à exploração de custos para tomada de decisões estratégicas a nível gerencial adicional (como a exploração e custos ocultos), não há esforços nem muito interesse, uma vez que nenhuma fonte de pressão institucional externa exige nesse sentido, tampouco os tomadores de decisões sentem essa necessidade adicional.

A Tabela 56 apresenta em modo comparativo, a mensuração, registro e controle dos Custos da Qualidade, sendo o foco no controle a semelhança mais evidente dentre os casos.

Tabela 56. Comparação entre os casos – Gestão dos Custos da Qualidade

Categoria de Custos da Qualidade	Hospital Ministro Costa Cavalcanti						Hospital 2					
	Mensuração		Registro		Controle		Mensuração		Registro		Controle	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Custos de Prevenção	42%	26%	38%	24%	62%	11%	82%	6%	78%	8%	74%	14%
Custos de Avaliação	26%	48%	14%	55%	49%	29%	44%	27%	45%	25%	55%	20%
Custos de Falhas Internas	32%	32%	22%	35%	48%	18%	63%	23%	61%	25%	55%	29%
Custos de Falhas Externas	23%	14%	18%	20%	32%	8%	73%	9%	64%	11%	62%	16%

Fonte: Elaborado pelo autor.

Os custos de prevenção, segundo os entrevistados, obtiveram nos dois casos a maioria de respostas afirmativas, porém no HOSP.2 os percentuais alcançaram quase o dobro daqueles

auferidos no HMCC, indicando uma cultura consolidada voltada a prevenção e controle de erros, ou pelo ou menos que haja boas condições para isso, talvez pela diversa gama de sistemas de gestão ou pela tradição alemã de cuidado. Os custos de avaliação obtiveram maiores negativos no HMCC quanto à mensuração e registro, e o controle findou com maioria afirmativa, porém muitos dos respondentes se basearam no controle por indicadores qualitativos para responder, ou seja, o controle é baseado principalmente em número de ocorrências e não em valores monetários. No HOSP.2 os resultados foram todos afirmativos, porém, em meio às triangulações de dados, alguns tipos de custos apurados não tinham documentação formal nem fluxo periódico, o que leva a inferir que o alto percentual afirmativo é, em partes, aparente. Os custos de falhas internas obtiveram no HMCC percentual negativo na mensuração e registro, permanecendo como positivo somente o controle, em maioria por indicadores de gestão qualitativos, não em valores monetários, enquanto o HOSP.2 a maioria dos gestores confirmou a mensuração, o registro e o controle dos custos de falhas internas. Nessa categoria, a maioria dos custos geralmente são estritamente gerenciais e, assim, a mensuração e demais demandas tornam-se um pouco mais difíceis, todavia ressalta-se a importância em obter informações sobre o montante de custos de falhas internas, até mesmo para análise de novos investimentos em qualidade, ou como fator determinante para a satisfação do cliente. Por fim, os custos de falhas externas são mensurados e controlados pelo HMCC, enquanto no HOSP.2 todas as dimensões foram confirmadas pela maioria dos gestores entrevistados.

De um modo geral, analisando a gestão desses custos nos casos, percebe-se que, em maioria, as respostas foram afirmativas, mostrando que há uma semelhança forte entre os hospitais. Porém, outra semelhança constatada nas triangulações se refere ao resgate e preocupação apenas nos custos de fácil identificação e acompanhamento, o que faz com que os custos involuntários ainda passem despercebidos, além de sua falta não ser sentida ainda em meio às decisões. Portanto, considera-se que, em grande parte, existe a gestão dos Custos da Qualidade nos casos, mas essa ainda é deficitária pelo conformismo em tomadas de decisões fundamentadas apenas em informações contábeis fiscais. Vários gestores, nos dois casos, admitiram a existência dos custos ocultos, mas não há esforços para sua mensuração, registro e controle, o que limita as análises. Destaca-se que há muito espaço para melhorias, visto que nenhum percentual se aproximou de cem por cento. A busca por tais informações exige um acultamento de equipes,

assim como a exigida frente aos indicadores, mas acima de tudo exige uma percepção de necessidade, de contribuição às decisões sobre qualidade e melhoria contínua.

Após a análise da etapa descritiva, o foco foi em relação aos comportamentos ou respostas organizacionais estratégicas assumidas pelos casos. A Tabela 57 expõe os resultados.

Tabela 57. Comparação entre os comportamentos organizacionais encontrados nos casos

Tipo de Comportamento	Resposta Organizacional	Constatações		
		Hospital Ministro Costa Cavalcanti	Hospital 2	
Positivo	Aquiescência	Aceder -	Aceder Hábito	
	Compromisso	Equilibrar Barganhar	- Barganhar	
Negativo	Aquiescência	-	Imitar	
	Compromisso	Pacificar	Pacificar	
	Esquivança	Ocultar -	Ocultar Escapar	
	Desafio	Rejeitar -	- Atacar	
	Manipulação	Influenciar	Influenciar	Influenciar
			-	Controlar Cooptar
Total		7 Respostas Comportamentais	11 Respostas Comportamentais	

Fonte: Elaborado pelo autor.

Os comportamentos assumidos pelos hospitais se concentraram em respostas mais conformistas, dispostas entre aquiescência e compromisso. A tática Aceder reincidiu nos dois hospitais, indicando que as mudanças por qualidade e seus custos são aceitas de modo consciente, pela percepção da importância da temática para a organização e principalmente para o paciente, justificativa da maioria dos respondentes. Essa semelhança demonstra que os hospitais refletem, executando porque acreditam nos benefícios e na mudança. Apenas no HOSP.2 a tática hábito predominou, sendo a justificativa principal o fato desse comportamento meio inconsciente existir em decorrência da cultura do hospital, inclusive por influência germânica, onde parte das equipes executam por ser um hábito continuamente praticado e não uma atitude produto de uma reflexão. Aquiescência imitar foi negada apenas no HOSP.2, evidenciando que não admite um comportamento conformista em decorrência de imitação.

Na categoria compromisso, a tática barganhar representa uma semelhança que converge, de certo modo, à atitude de aceder e revela que os hospitais não aceitam tudo o que vem de fora, mas refletem e buscam adotar se julgam benéfico, e segundo suas condições estruturais, econômicas e sociais. Assim, há o desejo em se conformar, mas também existem os limites

organizacionais, fato que exige uma discussão e consenso. A tática de equilibrar predominou somente no HMCC, evidenciando uma diferença que se volta à busca por equilibrar as diversas pressões por qualidade, buscando se adequar o máximo possível.

As negativas de comportamento também foram consideradas como posturas assumidas pelos hospitais, uma vez a negativa também é considerada a tomada de uma postura comportamental. Sendo assim, a tática Compromisso-Pacificar foi negada pelos dois hospitais, representando que a busca por se adequar ao mínimo exigido pela fonte de pressão institucional por qualidade não é uma prática comum. Nos dois casos, as afirmações voltam-se ao fato de que ninguém executa se prendendo apenas em níveis mínimos de adequação. Esquivança-ocultar foi repreendida nos dois hospitais, que defendem a plena transparência, sem sentido de mostrar adoções de fachada ou alguma prática irreal. Ainda na categoria esquivança, o escapar foi uma atitude negada apenas pelo HOSP.2, enquanto no HMCC as respostas ficaram divididas em relação a tal atitude, podendo indiciar alguns traços desse comportamento por alguns da equipe.

A categoria Desafio foi alvo de divergências dentre as respostas. No HMCC a tática negada foi a de rejeitar, enquanto no HOSP.2 foi a de atacar. Porém destaca-se que as duas atitudes são próximas e sua negativa, mostram evidências que confirmam atitudes conformistas, como demonstrado anteriormente. Por fim, a categoria manipulação se mostrou semelhante apenas na tática Influenciar, onde os dois afirmam que não buscam de maneira nenhuma influenciar o mercado ou as fontes de pressão para a não adoção de práticas de qualidade, e que inclusive fazem o contrário. As outras duas táticas, de controlar e cooptar só foram incidentes no HOSP.2, onde suas negativas mostram respeito e instinto de crescimento quando o assunto é pressões externas voltadas para qualidade.

Como fontes originárias de tais comportamentos organizacionais, encontram-se os preditores ambientais de Oliver (1991) e as pressões isomórficas de DiMaggio e Powell (1983), cujos resultados são apresentados em base comparativa, na Tabela 58.

Essa parte da pesquisa foi a mais convergente dentre todos os resultados. Os preditores apurados nos dois casos foram idênticos, evidenciando que as condições ambientais existentes influenciam as organizações de modo semelhante para a adoção de práticas de qualidade e seus custos, independente de que estado brasileiro esteja localizado ou de que certificação possui o hospital. A Causa eficiência no HMCC foi atrelada em essência a seu papel social, juntamente à

natureza de filantropia, enquanto no HOSP.2 o preditor se mostrou aliado às raízes germânicas, matéria-prima para a cultura consolidada existente hoje.

Tabela 58. Comparação dos Fatores Institucionais encontrados nos casos.

Tipo de fator institucional	Categoria	Constatações	
		Hospital Ministro Costa Cavalcanti	Hospital 2
Preditores Ambientais de Oliver (1991)	Causa	Eficiência	Eficiência
	Constituintes	Dependência	Dependência
	Conteúdo	Consistência	Consistência
	Controle	Difusão	Difusão
	Contexto	Interconectado	Interconectado
Pressões Isomórficas de Dimaggio e Powell (1983)	Isomorfismo Coercitivo	Vigilância Sanitária	Vigilância Sanitária
		Pressões informais dos gestores	Pressões informais dos gestores
		IQG/ONA Normativas (Legislação)	JCI Normativas (Legislação)
	Isomorfismo Mimético	<i>Benchmarking</i>	<i>Benchmarking</i>
		Espelhamento em empresas de sucesso	Espelhamento em empresas de sucesso
	Isomorfismo Normativo	Consultorias Externas	Consultorias Externas
	Sindicatos e Associações	Sindicatos e Associações	
	Instituições de Ensino	Treinamentos Externos	

Fonte: Elaborado pelo autor.

A dependência foi um preditor que se revelou de forma distinta nos dois hospitais, algo muito atrelado às suas naturezas jurídicas. No HMCC a dependência é com a usina hidrelétrica, que fundou a organização e mantém elos fortes ainda hoje, inclusive firmados em estatuto. No HOSP.2, a dependência volta-se a uma fonte pagadora detentora de maior parte das receitas do hospital, indícios que podem contribuir na compreensão dos principais elos e da forma como atuam os casos em análise. O Conteúdo-consistência mostrou que as exigências existentes no ambiente externo por qualidade estão alinhadas aos objetivos internos dos hospitais, semelhança importante que demonstra o aumento, a tendência e a aderência pelas organizações, como reação ao mercado, ou seja, os dois lados caminham para a mesma direção.

A difusão também predominou nos dois hospitais analisados, conferindo um caráter de adoção frente às tendências do mercado, muitas vezes não de forma imposta, mas voluntária, a fim de busca à melhoria contínua e atendimento mais seguro. Como o ambiente caminha para isso, conforme exposto na própria literatura, os casos analisados acabam aderindo.

E por fim, o contexto interconectado, outra semelhança encontrada nos dois casos, indica um ambiente interligado que facilita as relações, possibilita parcerias e induz a própria

organização às melhorias, por incluir agentes externos como membros participativos de gestão, já que representam fontes de necessidades de mudança.

As pressões isomórficas também se mostraram semelhantes, exceto aquelas oriundas do isomorfismo coercitivo, onde no HMCC predomina a influência de instituições de ensino enquanto no HOSP.2 há a participação maior em treinamentos externos. As pressões isomórficas coercitivas se mostraram idênticas nos dois hospitais, sendo atribuída principalmente às normas da ANVISA, às legislações gerais do setor, à influência da JCI/ONA, e às pressões informais dos gestores sobre um padrão de reporte. É evidente assim que as principais pressões nesse sentido são regulatórias, exigindo mudanças nas organizações. Além disso, alguns tipos de pressões voluntárias, como as advindas do órgão acreditador, são presentes como fontes coercitivas que induzem à mudança e tornam os hospitais mais homogêneos.

O mimetismo volta-se principalmente à prática de *Benchmarking* e espelhamento em organizações referência, citado como comum no ambiente hospitalar, e que é muito utilizado nos dois casos, representando um fator que impulsiona a mudança decorrente da busca por inovações ou melhorias de práticas, o também chamado *Benchmarking* competitivo. Além disso, as consultorias externas foram consideradas também como comuns nos dois casos, especialmente em situações de mudança ou novas implantações, evidências que conduzem à imitação dos melhores modelos institucionais na organização, já que os consultores são enxergados como propagadores desse tipo de prática por DiMaggio e Powell (1983).

Por fim, nas pressões isomórficas normativas, reincidiram as participações em órgãos de classe ou associações da área que representam um ponto evidente de busca pelo acompanhamento às mudanças no setor ou tendências a serem analisadas. Além disso, como alguns gestores atuam em comissões específicas ou como palestrantes, pode-se considerar que agem como propulsores de modelos institucionalizados de qualidade e seus custos.

A fim de estruturar os achados em consonância ao desenho de pesquisa, a fim de sintetizar e facilitar a identificação de semelhanças e diferenças entre os casos, apresenta-se a figura 15.

Primeiramente é apresentado o “Porquê”, ou seja, as causas ou o que está por trás dos comportamentos organizacionais assumidos e do nível em que se encontra a gestão da qualidade nas organizações. Como centro da figura e do estudo estão as respostas organizacionais assumidas pelos casos ou o “Como” a organização se comporta sobre a temática em análise. Foram consideradas somente as respostas afirmativas, levando em conta que a negativa de

respostas resistentes contribui na consolidação das respostas conformistas assumidas. E por fim, são apresentados os produtos da ação dessas variáveis ambientais e comportamentais, isto é, o nível em que a gestão dos custos da qualidade é realizada nos hospitais. Para encontrar os valores apresentados foram calculadas as médias das respostas afirmativas em casa dimensão apresentada na etapa descritiva. Em análise à figura percebe-se a presença de achados muito similares. Os fatores institucionais externos foram idênticos nos dois casos. Os comportamentos assumidos em decorrência da pressão externa desses fatores institucionais se mostraram também similares, se voltando a atitudes conformistas como aquiescência e compromisso. E finalmente, nos Custos da Qualidade, apesar de, a primeiro plano, parecer que o HOSP.2 possui práticas mais incidentes e consolidadas sobre a temática, as triangulações evidenciaram que a grande maioria das respostas afirmativas dos gestores eram em número de ocorrência e não em controle de custos de natureza monetária, o que, portanto evidencia um contexto superior aparente, e um real nível de gestão de Custos da Qualidade similar nos dois casos.

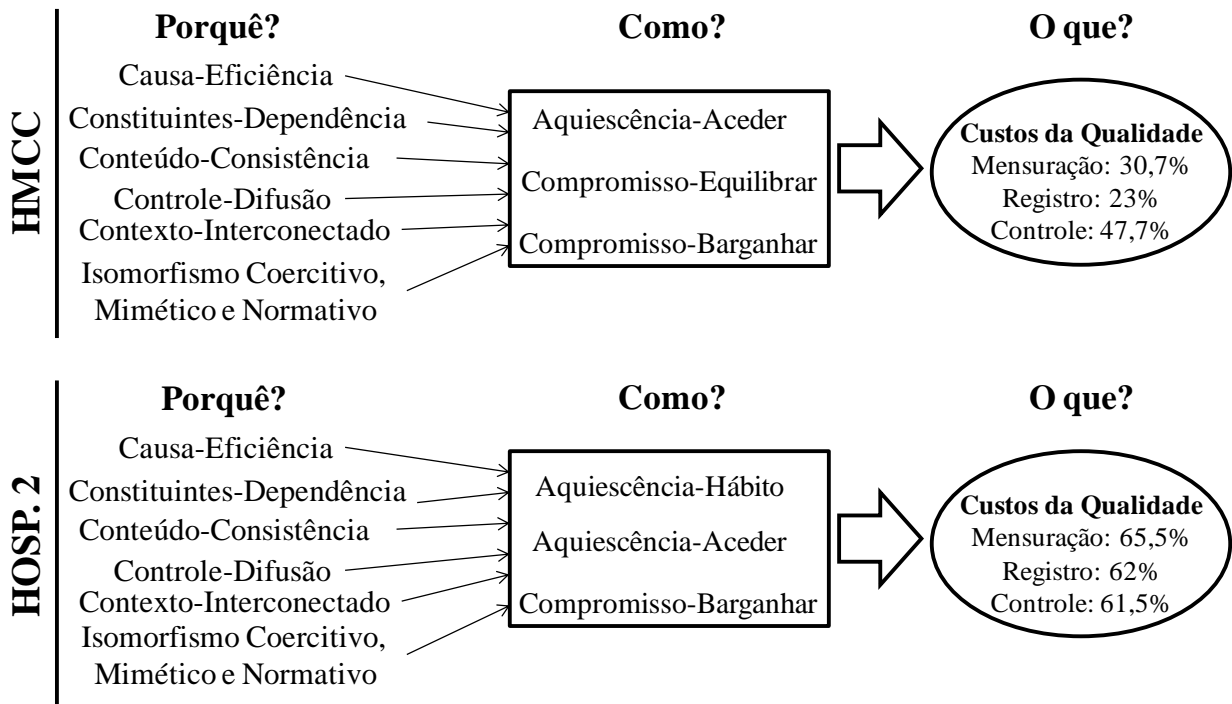


Figura 15. Síntese dos achados da pesquisa em base comparativa.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Em maior nível de abstração, visando contribuir na resposta à questão de pesquisa do estudo, se encontram as ideologias. Foram muitas vertentes sócio-históricas encontradas dentre as

falas dos entrevistados, porém coube organizá-las em base comparativa e se ater nos principais achados, conforme direciona Eisenhardt (1989), e conforme apresenta a Tabela 59.

De encontro às principais semelhanças, percebe-se que como essência instaura-se aspectos humanísticos e sociais, causas originárias dos casos como instituições que prezam pela cura terapêutica de seus pacientes. Os dois hospitais quando se fala em qualidade, prezam pelo alinhamento à cultura externa dominante, em nível de exigências e melhorias, reconhecendo que o ambiente externo evolui nesse sentido.

Tabela 59. Comparação das Ideologias (HMCC x HOSP.2)

Hospital Ministro Costa Cavalcanti	Hospital 2
Natureza Filantrópica e Humanizada / Suporte à comunidade / Modelo Hospitalocêntrico.	Modelo europeu de cuidado (alemão) / Modelo Hospitalocêntrico / Aspectos Filantrópicos e Humanistas.
Relação Indireta de Poder / Presença da Direção Por Objetivos (DPO).	Essência Privada / Oscilação de Autonomia Gerencial / Presença da Direção participativa por Objetivos (DPPO).
Congruência com a cultura gerencial hegemônica / Influência de origem militar.	Influência Germânica de Qualidade / Absorção das Necessidades Sociais / Congruência com a cultura gerencial hegemônica.
Saída em meio às exigências dos clientes / Liberdade de mercado / Influência da Filosofia Japonesa.	Abordagem integrada / Liberdade de mercado / Influência da Filosofia de Qualidade Japonesa.
Análise das forças de atuação / Interesse na coletividade.	Relação de amparo à comunidade / Gestão Flexível ou Democrática.
Desejo de mudar e melhorar, não só por imposição.	Órgãos regulatórios como contribuintes para qualidade / Ligação com preceitos da Idade Contemporânea Europeia / Influência de padronização americana.
Aprendizagem organizacional / <i>Benchmarking</i> Competitivo / Influência indireta internacional.	Aprendizagem organizacional / <i>Benchmarking</i> Competitivo / Influência nacional e internacional (americana)
Incentivo aos Círculos de qualidade / Incentivo à cooperação organizacional.	Interesse no acompanhamento de mudanças institucionais / Engajamento em sentido cooperativo.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Essa sintonia em contato com o mercado também evidencia uma liberdade de mercado em adotar ou não mudanças voltadas à qualidade, uma vez que essa percepção paira no mercado, mas geralmente não possuem natureza regulatória, dependendo do interesse voluntário em se conformar, achado predominante nos dois hospitais. No que se refere ao nível de conexão com o ambiente externo, nota-se nos dois casos mais uma vez a preocupação com o meio e o interesse em manter relações amigáveis e duradouras, com a visão de parcerias e relações de ganha-ganha, de modo a promover a cooperação entre stakeholders e integrá-los até o possível na construção das diretrizes do hospital em suas expectativas ou contribuições. Quanto à regulação voltada a mudanças por qualidade, ressalta-se uma semelhança nos dois casos: o reflexo de que mudanças regulatórias ou exigências para adequação não são vistas como pressões, mas como mecanismos de mudança, desenvolvimento e aprendizagem. As práticas de imitações ocorrem muito nos

casos, mas com intuito de aprendizagem e crescimento, não providas de situações de incertezas, o chamado *Benchmarking* competitivo. E por fim, constatou-se grande interesse dos casos em acompanhar mudanças e tendências por meio da participação incisiva em órgãos de classe, o que contribui na absorção e transmissão de modelos institucionais.

Quanto às principais diferenças, ressalta-se a alta influência germânica no Hospital 2, que perdura até nos dias de hoje e afeta as práticas dos colaboradores e o modo com o que a organização enxerga a qualidade. Nos elos de dependência organizacional percebe-se uma relevante diferença: no HMCC predomina uma intervenção maior da usina nas decisões e diretrizes do hospital (DPO), enquanto no Hospital 2, a dependência com uma fonte pagadora não alcança grandes interferências nas diretrizes e planos do hospital, havendo uma maior autonomia (DPPO). No hospital 2 percebe-se uma influência maior de tradições internacionais, como a europeia e americana, pelos fundadores alemães e pela aderência ao modelo de acreditação americano.

Como parte adicional do estudo, procedeu-se na análise específica dos Custos da Qualidade em modo comparativo, o que contribui também na resposta à questão de pesquisa. Tal análise resultou de modo sintético, na Figura 16.

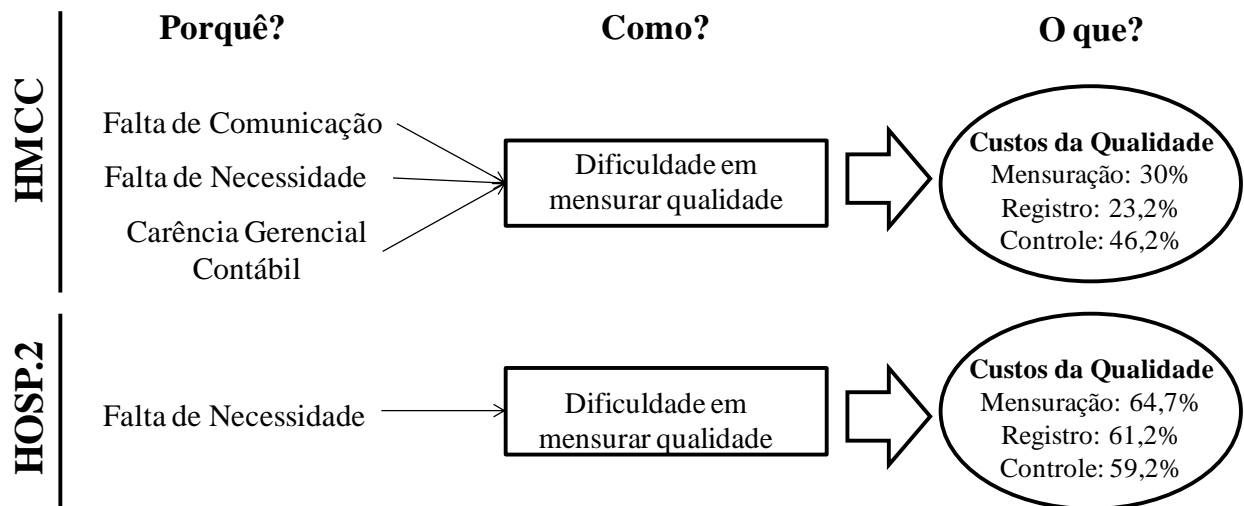


Figura 16. Análise comparativa adicional – Custos da Qualidade.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Percebe-se, como na figura anterior, que a parte “O que”, é a mesma, uma vez que é um produto final dos casos em relação à Gestão dos Custos da qualidade, e o que se busca é a compreensão do que está por trás. Nessa etapa da pesquisa, questionou-se os entrevistados, de modo específico, como os Custos da Qualidade são tratados na organização e porque é assim

(causas). Quanto às causas, observa-se que a maior semelhança é na falta de necessidade em possuir uma gestão detalhada e contínua desse tipo de custos. Os dois casos admitiram que não veem grandes contribuições em meio às tomadas de decisões e que, por meio principalmente da DRE setorial, o suporte informacional necessário é satisfatório. A forma como a temática é abordada e transmitida perante o ambiente é como algo difícil de mensurar, por vez outra grande semelhança nos casos. Os dois casos ainda reconhecem que haveria um grande esforço em mensurar custos ocultos ou involuntários e, além disso, defendem que não há bases de mensuração exatas em todos os tipos de custos, e que isso contribui para essa dificuldade. Ainda enxergam que haveria um esforço demasiado para uma contribuição informacional pequena na gestão. Tais achados, nos dois casos, convergem aos preceitos de Deming (1990), autor americano que defende a gestão dos Custos da Qualidade como desnecessária, visto que alguns custos nem são mensuráveis, e tudo é consequência do aumento de qualidade, ou seja, investindo em qualidade o custo final de qualidade automaticamente reduzirá, o que volta o foco apenas à gestão da qualidade em si.

4.3.3 Perspectiva dos principais achados sob as fontes de origem

Para a realização dessa etapa foram considerados apenas as variáveis ou custos em que foi possível efetuar as observações e análises documentais. Muitos aspectos abordados na pesquisa voltam-se a ações, o que dificulta a triangulação por essa pesquisa não ser um estudo longitudinal, como por exemplo, os comportamentos organizacionais frente às mudanças por qualidade e a ocorrência dos custos da qualidade. Desse modo, apresentam-se os resultados das análises, primeiramente no que tange à etapa descritiva dos custos da qualidade, e após, a parte que envolve os fatores institucionais.

Em relação aos achados sobre os Custos da Qualidade em específico, foram apresentadas na Tabela 60 somente as confirmações finais, frente ao alto número de itens de custos abordados na pesquisa no que tange à mensuração, registro contábil e controle. As respostas “Sim” e “Não”, em cada fonte de coleta de dados foi encontrada mediante visita de campo no hospital, sendo as evidências constantes no banco de dados da pesquisa, em formato de anotações ou fotografias.

Para a confirmação final da existência do fator institucional foi considerado como positivo a evidência confirmada em duas ou mais fontes de dados.

Tabela 60. *Confirmação das evidências sobre a gestão dos Custos da Qualidade*

		HMCC	HOSP.2	HMCC	HOSP.2	HMCC	HOSP.2
		Mensuração (Final)		Registro (Final)		Controle (Final)	
Custos de Prevenção	Custos com treinamento de funcionários.	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	Manutenção preventiva dos equipamentos	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	Tecnologia (aqu. Softwares/novos equip.).	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	Revisões e atualizações de instruções e procedimentos.	NAO	NÃO	NAO	NÃO	NAO	NÃO
	Custos com Prevenções de infecções.	SIM	NÃO	-	NÃO	SIM	NÃO
	Custos com Prevenção contra quedas.	NAO	NÃO	NAO	NÃO	NAO	NÃO
	Custos com prod. Limpeza/higienização específicos.	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
Custos de Avaliação	Custos - coleta/análise/relato dos dados de qualidade	NAO	NÃO	NAO	NÃO	NAO	NÃO
	Controle do processo e serviço prestado	NAO	SIM	NAO	SIM	NAO	SIM
	Testes e Inspeções nos materiais comprados	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO
	Custos com estrutura/supervisão – inspeção	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	Custos com auditoria do sistema de qualidade.	NAO	NÃO	NAO	SIM	NAO	NÃO
Custos de Falhas Internas	Retrabalho	NAO	NÃO	NAO	NÃO	NAO	NÃO
	Desperdícios (cozinha e farmácia)	SIM	SIM	NAO	SIM	SIM	SIM
	Redesenhos de Procedimentos	NAO	NÃO	NAO	NÃO	NAO	NÃO
	Manutenção Corretiva dos equipamentos	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	Compras não planejadas (Ex. medicamentos)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	Re-higienizações ou dedetizações	NAO	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
	Medicamentos Vencidos	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	Mensuração de erros médicos	NAO	SIM	NAO	NÃO	NAO	NÃO
	Mensuração de Índices de infecção ou mortes por incapacidade hospitalar	SIM	NÃO	NAO	NÃO	SIM	NÃO
Custos de Falhas Externas	Atitudes tomadas às reclamações	SIM	SIM	NAO	NÃO	SIM	SIM
	Pagamento de Indenizações/multas a clientes	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	Custos para manter a imagem externa	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
	Assistência adicional ao cliente	NAO	NÃO	NAO	NÃO	NAO	NÃO
	Mensuração Prejuízo econômico/social /psicológico	NAO	NÃO	NAO	NÃO	NAO	NÃO

Fonte: Elaborado pelo autor.

Os resultados apresentados foram compilados e organizados em modo comparativo. Alguns custos foram apurados nas entrevistas como mensurados, registrados e controlados, mas em meio às triangulações o resultado foi outro, como por exemplo, os custos com auditoria do

sistema de qualidade (Custo de Avaliação), que dentre as respostas das entrevistas foi, em maioria, afirmado pelos respondentes dos dois hospitais, porém as triangulações não evidenciam isso, com exceção do controle no HOSP.2. Os achados nesse formato também permitem ver outras informações importantes como a confirmação de que retrabalhos não são mensurados, registrados e controlados nos dois hospitais, assim como a assistência adicional ao cliente e gastos com redesenhos e procedimentos. Fica evidente por fim, a visão apresentada por vários estudiosos da temática, de que os custos que mais são mensurados, registrados e controlados se voltam àqueles oriundos do registro contábil, como treinamentos, manutenções, inspeções e custos com indenizações e multas a clientes.

Portanto, a tabela oferece de um modo detalhado e ao mesmo tempo compacto os fatores que compõe uma gestão de Custos da Qualidade, bem como os resultados em cada caso analisado. Percebe-se que a importância gerencial atribuída à temática nos hospitais ainda é baixa, evidência que converge junto à análise do discurso adicional, apresentado anteriormente.

Quanto aos fatores institucionais externos, a Tabela 61 apresenta a confirmação dos achados, de acordo com a convergência entre fontes de coleta de dados, conforme orienta Eisenhardt (1989).

Tabela 61. *Confirmação das evidências sobre os fatores institucionais externos.*

Categoria	Hospital Ministro Costa Cavalcanti					Hospital 2				
	Fator Ambiental	Entr.	Obs.	An. Doc.	Final.	Fator Ambiental	Entr.	Obs.	An. Doc.	Final.
Causa	Eficiência	SIM	SIM	NÃO	SIM	Eficiência	SIM	NAO	NAO	NÃO
	Dependência	SIM	SIM	SIM	SIM	Dependência	SIM	SIM	SIM	SIM
Constituintes	Consistência	SIM	SIM	SIM	SIM	Consistência	SIM	SIM	SIM	SIM
Conteúdo	Difusão	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	Difusão	SIM	SIM	NAO	SIM
Controle	Interconectado	SIM	SIM	NÃO	SIM	Interconectado	SIM	SIM	SIM	SIM
Contexto	Vigilância Sanitária	SIM	NÃO	SIM	SIM	Vigilância Sanitária	SIM	SIM	NAO	SIM
	Pressões informais dos gestores	SIM	SIM	NÃO	SIM	Pressões informais dos gestores	SIM	NAO	SIM	SIM
Isomorfismo Coercitivo	IQG/ONA	SIM	SIM	SIM	SIM	JCI	SIM	SIM	SIM	SIM
	Normativas (Legislação)	SIM	SIM	SIM	SIM	Normativas (Legislação)	SIM	NAO	SIM	SIM
Isomorfismo Mimético	<i>Benchmarking</i>	SIM	NÃO	SIM	SIM	<i>Benchmarking</i>	SIM	NAO	SIM	SIM
	Espelhamento em empresas de sucesso	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	Espelhamento em empresas de sucesso	SIM	NAO	SIM	SIM
Isomorfismo Normativo	Consultorias Externas	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	Consultorias Externas	SIM	NAO	NAO	NÃO
	Sindicatos e Associações	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	Sindicatos e Associações	SIM	SIM	NAO	SIM
	Instituições de Ensino	SIM	SIM	SIM	SIM	Treinamentos Externos	SIM	SIM	SIM	SIM

Fonte: Elaborado pelo autor.

As respostas “Sim” e “Não” em cada fonte de coleta de dados foi encontrada mediante visita de campo no hospital, sendo as evidências constantes no banco de dados da pesquisa em formato de anotações ou fotografias. Para a confirmação final da existência do fator institucional, foi considerado como positivo aquela evidência confirmada em duas ou mais fontes de dados.

Frente às confirmações releva-se que no HMCC os fatores Controle-difusão, espelhamento em empresas referências, as consultorias externas e as participações em sindicatos ou associações da área não foram confirmadas mediante a triangulação de dados. Assim, destaca-se que os demais preditores são consistentes, confirmados sob vários ângulos em meio à pesquisa de campo. No HOSP.2 os fatores não confirmados foram os preditores Causa-eficiência e as consultorias externas no que se refere estritamente à qualidade e ao controle de custos oriundos da temática, o que mostra assim que os demais itens se tornam consistentes perante o caso.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A principal motivação para o desenvolvimento desse estudo foi o interesse em explorar o quanto um selo de acreditação hospitalar contribui efetivamente para o aumento de qualidade, inclusive a nível administrativo/contábil, no que envolve controle de custos e sua gestão, bem como a adoção de novos instrumentos estratégicos para aumento de eficácia organizacional, como os Custos da Qualidade. Mediante tal ênfase, foi escolhida a vertente sociológica da Teoria Institucional para analisar o modo como os comportamentos organizacionais (respostas estratégicas) dos hospitais se manifestam, quando influenciados pelas pressões institucionais externas voltadas à qualidade. Esse contexto conduziu ao objetivo geral da pesquisa, que consiste em analisar as respostas organizacionais estratégicas admitidas frente à influência dos fatores institucionais externos na gestão dos custos da qualidade em hospitais acreditados. Foi adotado como estratégia de pesquisa o estudo de caso múltiplo, em um hospital de natureza filantrópica e outro de natureza privada.

O objetivo geral foi atendido em meio a toda análise dos resultados. Primeiramente foi identificado o nível de gestão dos Custos da Qualidade, os fatores ambientais externos e as respostas organizacionais estratégicas que predominavam nos hospitais. Após, foi apresentada uma análise ampla, partindo dessas respostas organizacionais (foco de análise), a fim de entender como elas se manifestam. Isso foi apresentado de modo detalhado na discussão das formações discursivas (causas dos comportamentos assumidos) e, principalmente, em nível maior de abstração, pela apresentação e discussão das ideologias instauradas a nível histórico-social e em meio a deslizes do dizer, as metáforas.

Vinculado ao objetivo geral, coube apresentar cada objetivo específico junto às evidências que retratam seu cumprimento. O objetivo específico (a) buscou identificar quais elementos dos custos da qualidade são gerenciados pelos hospitais foco do estudo. Para isso, inicialmente foi necessário captar as percepções dos gestores entrevistados, quanto à ocorrência desses custos nos hospitais. Constatou-se que os Custos de Prevenção e Avaliação ocorrem mais, enquanto os de Falhas ocorrem em menor intensidade. Após, foi explorado o nível em que é realizado a gestão dos Custos da Qualidade, ou seja, a mensuração, registro e controle. Foi possível constatar que, em grande maioria, esses custos não são mensurados e controlados em valor monetário. Apenas os já registrados pela contabilidade são observados mais claramente pelos gestores, não havendo

esforços gerenciais adicionais na gestão dos custos ocultos de qualidade. As causas disso seriam, dentre outras, a falta de necessidade dessas informações em meio ao processo decisório e a carência gerencial contábil no fornecimento dessas informações. Os Custos de Prevenção foram os mais gerenciados, principalmente no que se refere a treinamentos, manutenções preventivas e aquisição de tecnologias, custos tangíveis e já existentes na contabilidade. Os custos de Avaliação, Falhas Internas e Falhas externas apresentaram percentuais menores no que tange à gestão, uma vez que nessas categorias, muitos dos elementos de custos são involuntários e difíceis de mensurar e controlar, como retrabalhos, custos com auditoria do sistema de qualidade e mensuração de prejuízo psicológico gerado ao paciente.

O objetivo específico (b) procurou identificar as pressões externas existentes nas organizações analisadas segundo as pressões isomórficas de Dimaggio e Powell (1983) e os preditores ambientais de Oliver (1991). Após a apresentação da análise dos resultados, mediante o método de análise do discurso empregado, constatou-se que os fatores institucionais externos identificados foram: Causa-eficiência, Constituintes-dependência, Conteúdo-consistência, Controle-difusão, Contexto-interconectado, Isomorfismo Coercitivo, Isomorfismo Mimético e Isomorfismo Normativo, que nos dois hospitais foram praticamente idênticos.

O objetivo específico (c) foi: identificar as respostas organizacionais estratégicas emitidas pelos hospitais em análise diante de pressões institucionais externas por qualidade. Após a apresentação da análise dos resultados, mediante o método de análise do discurso empregado, constatou-se que as respostas comportamentais assumidas foram Aquiescência-aceder, Aquiescência-hábito, Compromisso-equilibrar e Compromisso-barganhar, comportamentos mais voltados ao desejo de conformidade às pressões institucionais externas.

O objetivo específico (d) consistia em elaborar a matriz teórica das pressões institucionais e respostas organizacionais estratégicas, segundo o constructo de Oliver (1991). Tal demanda foi cumprida na segunda etapa do método de análise do discurso empregada. Na comparação entre as intensidades de comportamentos previstos pela autora e encontrados na pesquisa, destaca-se que as respostas estratégicas que mais resultaram em divergências (previsto x real) foram aquiescência e compromisso. Naquelas de maior resistência, como desafio e manipulação, houve alinhamento entre o comportamento esperado e real.

O objetivo específico (e) buscou investigar as respostas organizacionais estratégicas assumidas pelos hospitais analisados frente às pressões externas no que diz respeito à gestão dos

custos da qualidade. Essa investigação foi cumprida de modo detalhado na discussão das ideologias constantes, na terceira etapa do método de análise do discurso empregado. Constatou-se que as causas das respostas organizacionais estratégicas assumidas primeiramente se revelam nos oito fatores institucionais externos apurados (conforme resposta ao objetivo específico b). Em nível maior de abstração, por meio das ideologias, destaca-se como resultados dessa investigação: as influências internacionais (americanas e europeias), dependência como fonte de sobrevivência organizacional, alinhamento à cultura gerencial hegemônica, liberdade de mercado, interesse na cooperação organizacional, a ideia de órgãos reguladores como fontes para melhoria, a imitação para aprendizado organizacional e o interesse em acompanhar mudanças e tendências no ambiente institucional.

Quanto às proposições definidas anteriormente, coube resgatá-las para que, em vista aos achados do estudo, sejam rejeitadas ou não rejeitadas. As Pressões Isomórficas Coercitivas, Miméticas e Normativas foram identificadas como fatores institucionais externos que influenciam as respostas organizacionais estratégicas na gestão dos Custos da Qualidade, o que permite a não rejeição das proposições 1 e 3, bem como a rejeição da Proposição 2. Causa-eficiência, Constituintes-dependência, Conteúdo-Consistência, Controle-difusão e Contexto-Interconectado foram fatores institucionais externos identificados no estudo como influenciadores dos comportamentos organizacionais estratégicos na gestão dos Custos da Qualidade, o que confirma as Proposições 4, 5, 6, 7 e 8. A Proposição 9 buscava rejeitar ou não o fato de que hospitais com selo de acreditação gerenciam os Custos da Qualidade. Baseados nos resultados na pesquisa, e principalmente nas análises cruzadas de evidências, no que tange à parte descritiva, constata-se sua rejeição, visto que foram explorados dois selos de acreditação distintos e em ambos foram encontrados os mesmos resultados: a pouca atenção à temática e apreensão a elementos de custos já dispostos na contabilidade fiscal apenas. Foi possível constatar também que os hospitais possuem respostas organizacionais estratégicas de caráter mais conformista, como as encontradas dentre as categorias aquiescência e compromisso, evidência que permite a não rejeição à proposição 10. Respostas comportamentais voltadas à esquiva, desafio e manipulação foram repudiadas pelos hospitais, que em muitos casos afirmaram fazer o contrário, fator que converge às constatações passivas assumidas e também permite não rejeitar a proposição 11. A Proposição 12, que trata da presença do *Decoupling* na gestão dos custos da

qualidade, foi rejeitada pela não constatação nos achados de nenhum dos hospitais, que declaram transparência em todas as práticas de qualidade.

Com o intuito de apresentar uma visualização sintética das constatações relativas às proposições, apresenta-se a figura 17.

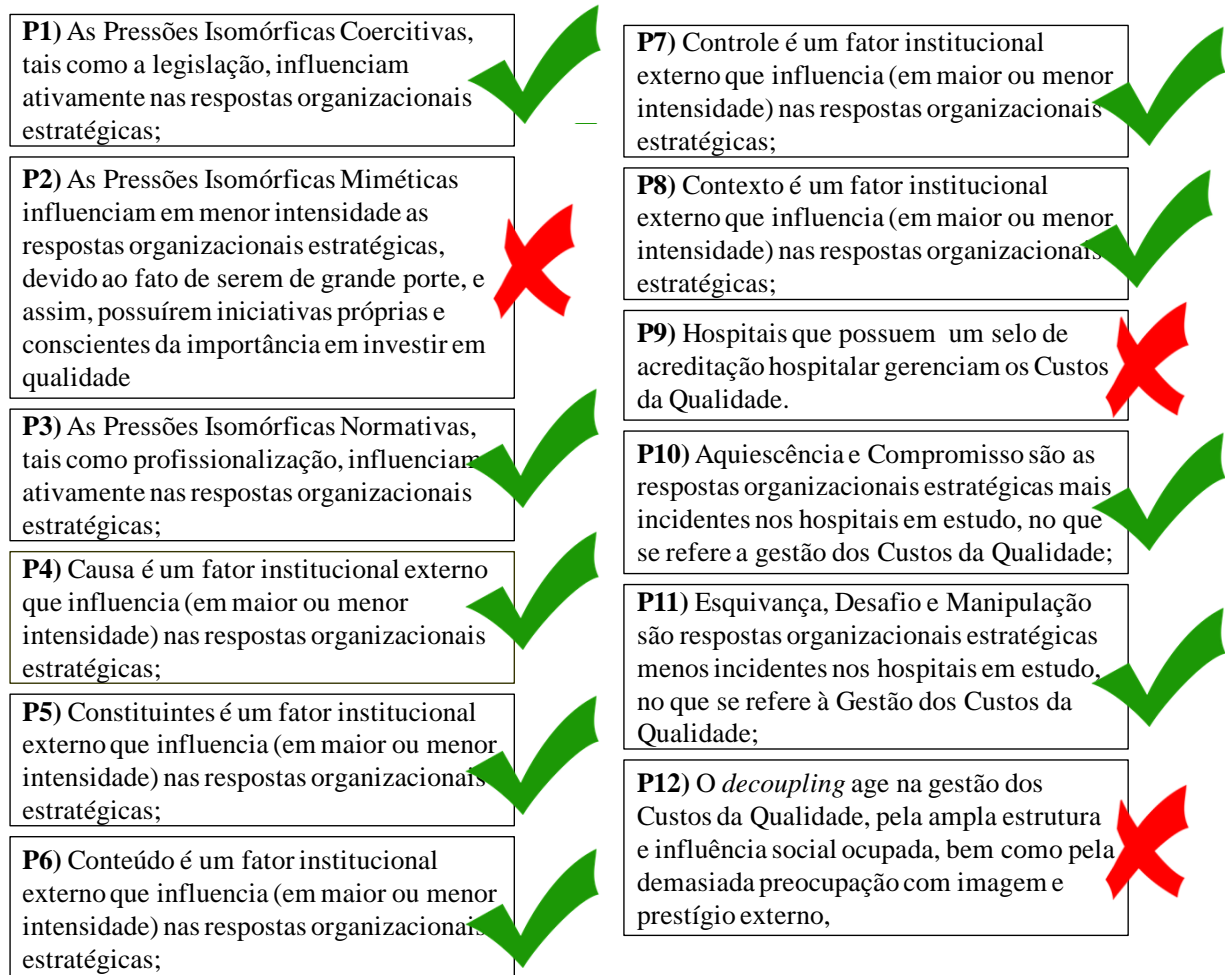


Figura 17. Rejeição ou não rejeição das proposições do estudo.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Em análise à figura, percebe-se que dentre as doze proposições abordadas na pesquisa, três foram rejeitadas: a que admitia as pressões miméticas como mínimas nos hospitais; a que admitia que hospitais acreditados gerenciavam os Custos da qualidade; e aquela que afirmava que o *decoupling* existia na realidade dos hospitais pesquisados.

Após a discussão de cada objetivo específico e de cada proposição, retoma-se a questão de pesquisa: Como os fatores institucionais externos influenciam as respostas organizacionais estratégicas na gestão dos Custos da Qualidade em hospitais acreditados?. Para que seja possível

enxergar esse “Como” é necessário situar os achados a pesquisa, em uma perspectiva conjunta. Como centro do estudo estão às respostas organizacionais estratégicas assumidas pelos hospitais analisados, que circundaram entre aquiescência e compromisso. Como causas intrínsecas a esses comportamentos organizacionais, de acordo com os constructos teóricos e à metodologia de análise, estão os fatores institucionais externos identificados, que foram: Causa-eficiência, Constituintes-dependência, Conteúdo-consistência, Controle-difusão, Contexto-interconectado, Isomorfismo Coercitivo, Isomorfismo Mimético e Isomorfismo Normativo. Por meio desses dois conjuntos de achados (fatores institucionais externos e respostas organizacionais estratégicas) instaura-se uma relação causa-efeito, onde os fatores institucionais do ambiente externo influenciam ativamente o modo como o hospital se comporta perante o meio. Contudo, essa influência ocorre de uma forma, segundo alguns preceitos e providas de alguma essência, e é a exposição dessa forma como a influência é feita que permite responder o “Como” os fatores externos influenciam as respostas comportamentais, requerido pela questão de pesquisa. Essa essência, que revela o modo como sucede a relação de influência, ocorre por meio das ideologias, etapa mais profunda do método de análise, que busca resgatar ideais passados ou raízes teóricas que permitam enxergar a forma como a pressão institucional é exercida sobre os hospitais. Desse modo, essa age sobre os comportamentos organizacionais munido pelas ideologias provenientes de tradições internacionais americanas e europeias, regiões onde a cultura de qualidade e cuidado foi mais desenvolvida, provida de essência social e prioridade voltada à cura do paciente, relações de dependência organizacional com maior ou menor autonomia gerencial (DPO ou DPPO), alinhamento à cultura gerencial hegemônica para qualidade, conceitos de liberdade de mercado ou adoção de mudanças voluntárias para a qualidade, o que condiz com a filosofia japonesa de melhoria de qualidade, interesse direto na coletividade com utilização de gestão democrática, percepção de órgãos reguladores como propulsores do aumento de qualidade, o que condiz com a visão que se tinha dos reguladores na Idade Contemporânea, imitação com intuito de aprendizagem organizacional, interesse no aperfeiçoamento de práticas internas de qualidade, acompanhamento às mudanças institucionais e tendências do meio externo, tanto na captação quanto propagação de modelos institucionais. Assim, a gestão dos Custos da Qualidade, mesmo que em partes ainda desconhecida e provida de falta de utilidade nas decisões dos casos analisados, é tratada sem muita resistência e em postura analítica e conformista, frente a um ambiente consistente, conectado, que pratica a difusão constante e que possui as ideologias

dominantes apresentadas, que acaba por definir a forma como age a influência dos fatores institucionais externos sobre as respostas organizacionais estratégicas nos hospitais.

Como limitações, destaca-se a generalização dos dados, já que envolve dois hospitais acreditados apenas, e assim, em outras organizações as constatações poderiam ser outras. Os possíveis vieses das respostas também podem ser considerados, frente ao fato de algumas perguntas buscavam captar posturas comportamentais resistentes (esquivança, desafio e manipulação) à adoção de novas práticas gerenciais, o que envolve intrinsecamente valores éticos e pessoais. Por fim atenta-se ao pouco contato dos Custos da Qualidade nos hospitais analisados, o que pode, de certo modo, limitar os resultados, pelo fato de que alguns participantes da pesquisa não terem conhecimento sobre o assunto e assim, não saber opinar ou discutir.

Como recomendações de novos estudos destacam-se: (a) analisar os fatores institucionais voltados às mudanças organizacionais em hospitais que acabaram de adquirir um selo de acreditação; (b) desenvolver estudos longitudinais a fim de identificar a presença do *Decoupling* na realidade empresarial, por meio de observações diretas intensivas; (c) verificar dentre um maior grupo de empresas, da saúde ou de outro segmento, o porquê os Custos da Qualidade ainda são tão pouco explorados; (d) analisar o nível de institucionalização dos Custos da Qualidade nas organizações; e (e) explorar o impacto da não utilização de informações gerenciais sobre a temática para a tomada de decisões gerenciais.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. [ANVISA]. (2004). Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde. *Revista Saúde Pública*, 38(2), 335-336.
- Alástico, G. P., Toledo, J. C., & Costa, M. A. (2010). Gestão da qualidade em serviços médico-hospitalares: estudo de casos. Em FGV-EAESP (Org.). *Anais do Simpósio de Administração da Produção, Logística e Operações Internacionais* (1-17). São Paulo, SP: FGV.
- Almeida, E. P. (2005). O uso do território brasileiro e a segmentação dos serviços de saúde. Em Universidade de São Paulo (Org.). *Anais do X Encontro de Geógrafos da América Latina* (pp. 552-565). São Paulo, SP: USP.
- Alonso, L. B. N., Droval, C., Ferneda, E., & Emídio, L. (2014, julho). Acreditação hospitalar e a gestão da qualidade dos processos assistenciais. *Perspectivas em Gestão & Conhecimento*, 4(2), pp. 34-49.
- Antunes, J. L. F. (1991). *Hospital. Instituição e história social*. São Paulo: Letras & Letras.
- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS HOSPITAIS PRIVADOS. [ANAHP]. (2016). *Observatório ANAHP 2016*. (8ª. ed.). São Paulo: ANAHP.
- Appleyard G., & Ramsay J. (2008). Cost analysis of safety and quality accreditation in the Australian health system. (Relatório n° 1). Austrália: Australian Commission for Safety and Quality in Health Care.
- Araujo, C. A. S., Figueiredo, O. H. S., & Figueiredo, K. F. (2015, janeiro). O que motiva os hospitais brasileiros a buscar a acreditação?. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 4(1), 17.
- Azevedo, D. L., Oliveira, L. Z., Rocha, R. A. de, & Pistóia, L. C. (2002). Gestão da mudança na saúde – a acreditação hospitalar. Em ABEPRO – Associação Brasileira de Engenharia de Produção (Org.). *Encontro Nacional de Engenharia de Produção* (pp. 1-7). Curitiba, PR: ABEPRO.
- Bahia, L. (2009). O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. *Revista Ciência & Saúde coletiva*, 14(3), pp. 753-762.
- Balsanelli, A. P., & Jericó, M. de C. (2005). Os reflexos da gestão pela qualidade total em instituições hospitalares brasileiras. *Acta Paul Enferm*, 18(4), pp. 397-402.
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Persona.
- Barreto, M. da G. P. (2008). *Controladoria na gestão: a relevância dos custos da qualidade*. São Paulo: Saraiva.

- Barros, R. T. (2014). *Empresa brasileira de serviços hospitalares: uma análise sobre sua gestão no contexto institucional do hospital das clínicas da UFPE*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.
- Beckert, J. (2010, junho). Institutional isomorphism revisited: convergence and divergence in institutional change. *Sociological Theory - American Sociological Association*, 28(2), pp. 150-166.
- Berwick, D. M., Godfrey, A. B., & Roessner, J. (1994). *Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde*. Rio de Janeiro: Makron books.
- Bittar, O. J. N. V. (1996). *Hospital: qualidade & produtividade*. São Paulo: Sarvier.
- Bohm, R. S. (2007). *Qualificação da gestão e da assistência: diferenciação e integração em uma unidade hospitalar*. Porto Alegre: Dacasa/Palmarinca.
- Bonato, V. L. (2011). Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. *Revista o mundo da saúde*, 35(5), pp. 319-331.
- Borba, V. R. (2006). *Do planejamento ao controle de gestão hospitalar: instrumento para o desenvolvimento empresarial e técnico*. Rio de Janeiro: Qualitymark.
- Braga, A. T. (2015). *Métrica de indicadores assistenciais de hospitais certificados do interior do estado de São Paulo*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.
- Brandão, J. B., Breitenbach, R., & Bertoldo, A. (2009). As organizações e a busca por legitimidade no contexto territorial. Em SOBER (Org.). *47º Congresso da Sociedade Brasileira de Economia, Administração e Sociologia Rural* (1-18). Porto Alegre, RS: SOBER.
- Bromley, P., Hwang, H., & Powell, W. W. (2012). Decoupling revisited: common pressures, divergent strategies in the U.S. nonprofit sector. *Journal M@n@gement*, 15(5), pp. 468-501.
- Bromley, P., Powell, W. W. (2012, maio). From smoke and mirrors to walking the talk: decoupling in the contemporary world. *The Academy of Management*, 1-48.
- Burns, J., & Scapens, R. W. (2000). Conceptualizing management accounting change: an institutional framework. *Management Accounting Research*, 11, pp. 3-25.
- Caldas, M. P., & Fachin, R. (2005, abril). Paradigma funcionalista: desenvolvimento de teorias e institucionalismo nos anos 1980 e 1990. *Revista de Administração de Empresas*, 45(2), pp. 46-51.

- Carruthers, B. G. (1995). Accounting, ambiguity, and the new institutionalism. *Accounting, Organizations and Society*, 20(4), pp. 313-328.
- Carvalho, C. A. P. de, Falcão, M. M., & Lopes, F. D. (1999). Contribuições da perspectiva institucional para análise das organizações. Em ANPAD (Org.). *Anais do 23º encontro da ANPAD - ENANPAD*, Foz do Iguaçu, PR: ANPAD.
- Carvalho, M. M. de., & Paladini, E. P. (2012). *Gestão da Qualidade: teoria e casos*. (2ª. ed.). Rio de Janeiro: Elsevier, ABEPRO.
- Carvalho, C. A., Vieira, M. M. F., & Goulart, S. (2005). A Trajetória Conservadora da Teoria Institucional. *Revista de Administração Pública*, 39(4), pp. 849-874.
- Castelar, R. M., Mordelet, P., & Grabois, V. (1995). *Gestão hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro*. Avenue du Pr Léon-Bernard: Editions ENSP
- Cohn, A., & Elias, P. E. (2003). *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. (5ª. ed.). São Paulo: Cortez.
- Colluci, C. (2015, 14 de maio). Só 5% dos hospitais no Brasil têm selo de qualidade; 40% deles estão em SP. Folha de São Paulo. Recuperado em 01 de julho de 2016, de <http://www1.folha.uol.com.br/seminariosfolha/2015/05/1628532-so-5-dos-hospitais-do-brasil-tem-selo-de-qualidade-40-deles-estao-em-sp.shtml>
- Colucci, C. (2013). *Um estudo exploratório sobre as estratégias de mercado adotadas em grandes hospitais gerais privados brasileiros*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Colwell, S.R., & Joshi, A.W. (2013). Corporate Ecological Responsiveness: Antecedent Effects of Institutional Pressure and Top Management Commitment and Their Impact on Organizational Performance. *Business Strategy and the Environment*, 22(2), pp. 73-91.
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. (1988). Brasília. Diário Oficial da União de 05 de outubro de 1988. Obtido em 01 de julho, 2016, Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm
- Cooper, D. R., & Schindler, P. S. (2003). *Métodos de pesquisa em administração*. (7a. ed.). (L. de O. da Rocha, Trad.). Porto Alegre: Bookman.
- Corrêa, H. L., & Caon, M. (2012). *Gestão de serviços: lucratividade por meio de operação e de satisfação dos clientes*. São Paulo: Atlas.
- Costa, M. C. F. da, Souza, B. S. S. de, & Albuquerque Fell, A. F. de. (2012). Um estudo da estrutura organizacional e as mudanças organizacionais: proposta de um novo modelo. *Navus: Revista de Gestão e Tecnologia*, 2(1), pp. 57-74.

- Couto, R. C., & Pedrosa, T. M. G. (2007). *Hospital: acreditação e gestão em saúde*. (2ª. ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Crubellate, J. M. (2004). *Parâmetros de qualidade de ensino superior: análise institucional em IES privadas do estado de São Paulo*. Dissertação de mestrado, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, SP, Brasil.
- Crubellate, J. M. (2007). Três contribuições conceituais neofuncionalistas à teoria institucional em organizações. [Especial]. *Revista de Administração Contemporânea*, 11, pp. 199-222.
- Deephouse, D. L., & Carter, S. M. (2005, março). An examination of differences between organizational legitimacy and organizational reputation. *Journal of management studies*, 42(2), pp. 329- 360.
- Deming, W. E. (1990). *Qualidade: A revolução da administração*. Tradução: Clave Comunicações e recursos humanos. Rio de Janeiro: Marques-Saraiva.
- Deming, W. E. (2003). *Saia da crise*. Rio de Janeiro: Futura.
- Devkaran, S., & O'Farrell, P. N. (2015). The impact of hospital accreditation on quality measures: an interrupted time series analysis. *Bio Med Central – Health Services Research*, 15(137), pp. 1-14.
- Dimaggio, P. J., & Powell, W. W. (1983). The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American Sociological Review*, 48(1), pp. 147-160.
- Duarte, M. S. da M. (2011). *O processo de acreditação: estudo sobre a construção coletiva da melhoria da gestão da qualidade em saúde*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Eisenhardt, K. M. (1989, outubro). Building Theories from Case Study Research. *The Academy of Management Review*, 14(4), pp. 532-550.
- Emberland, L. (2015). *O líder como ator de mudança e melhorias organizacionais – um estudo qualitativo do papel do primeiro líder em um contexto hospitalar operatório*. Dissertação de mestrado, Volda University College, Noruega.
- Espejo, M. M. S. B. (2008). *Perfil dos atributos do sistema orçamentário sob a perspectiva contingencial: uma abordagem multivariada*. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Falconi, V. (2004). *TQC – Controle da qualidade total (no estilo japonês)*. Minas Gerais: INDG Tecnologia e Serviços.
- Feigenbaum, A. V. (1994). *Controle da qualidade total*. (Vol. 1). (R. C. Laverri, Trad.). São Paulo: Makron Books. (Obra original publicada em 1994).

- Feldman, L. B., Gatto, M. A., & Cunha, I. C. K. O. (2005). História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. *Acta Paul Enferm*, 18(2), pp. 213-219.
- Fernandes, C. A. (2007). *Análise do discurso: reflexões introdutórias*. São Carlos: Claraluz.
- Finkelman, J. (Org.). (2002). *Caminhos da saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Fortes, M. T. R. (2013). *Acreditação no Brasil: seus sentidos e significados na organização do sistema de saúde*. Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Fortes, M. T. R., & Baptista, T. W. de F. (2012). Acreditação: ferramenta ou política para organização dos sistemas de saúde?. *Acta Paul Enferm [internet]*, 25(4), pp. 626-631.
- Foucault, M. (1985). O nascimento do hospital. Em Foucault, M. *Microfísica do Poder* (pp. 99-111). (14^a. ed.). Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Freitas, A. F. de, & de Freitas, A. F. (2013, julho). Análise institucional de mudanças organizacionais em um sistema cooperativo de crédito solidário em Minas Gerais. *Revista de Administração Pública*, 47(4), pp. 999-1020.
- Garvin, D. A. (2002). *Gerenciando a qualidade: a visão estratégica e competitiva*. (J. F. B. de Souza, Trad.). Rio de Janeiro: Qualitymark.
- Gauthier, P. H., Grenon, A., Pinson, G., Rameau, E. (1979). *O controle de gestão hospitalar*. Paris: Bordas.
- Gil, A. C. (2010). *Como elaborar projetos de pesquisa*. (5^a. ed.). São Paulo: Atlas.
- Gil, A. C. (2012). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. (6^a. ed.). São Paulo: Atlas.
- Globekner, O. A. (2011). *A saúde entre o público e o privado: o desafio da alocação social dos recursos sanitários escassos*. Curitiba: Juruá.
- Gonçalves, E. L. (1983). *O hospital e a visão administrativa contemporânea*. São Paulo: Pioneira.
- Gonçalves, E. L. (2002, julho). Condicionantes internos e externos da atividade do hospital-empresa. *RAE-eletrônica*, 1(2), pp. 1-20.
- Grejo, L. M., Pavão, J. A., Camacho, R. R., & Abbas, K. (2015, julho). Análise crítica das pesquisas sobre o tema custos da qualidade. *RACEF – Revista de Administração, Contabilidade e Economia da Fundace*, 6(1), pp. 88-128.

- Guerra, M. (2011). *Análise de desempenho de organizações hospitalares*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.
- Gurgel, G. D. Júnior, & Vieira, M. M. F. (2002). Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(2), pp. 325-334.
- Haack, P., & Schoeneborn, D. (2014, 17 de outubro). Is decoupling becoming decoupled from institutional theory?. *Academy of Management Review*, pp. 1-9.
- Hartz Z. M. A., & Contandriopoulos A.P. (2004). Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Caderno de Saúde Pública*, 20, pp. 331–336.
- Hirose, M., Imanaka, Y., Ishizaki, T., & Evans E. (2003, janeiro). How can improve the quality of health care in Japan? Learning from JCQHC Hospital Accreditation. *Health Policy*, 66, pp. 29-49.
- Isidoro, C. (2012). *O impacto do desenho e uso dos sistemas de controle gerencial na estratégia organizacional*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.
- Johnson, A., & Schulz, R. (1976). *Administração de hospitais*. São Paulo: Pioneira.
- JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. [JCI]. (2014). *Padrões de acreditação da joint commission internacional para hospitais*. (5ª ed.). EUA: Joint Commission International.
- JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. [JCI]. (2016). *Quem é Jci*. EUA: Joint Commission International. Recuperado em 01 de julho de 2016, de <http://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/who-is-jci/>
- Juran, J. M. (2009). *A qualidade desde o projeto: novos passos para o planejamento da qualidade em produtos e serviços*. (N. Montingelli Jr., Trad.). São Paulo: Cengage Learning.
- Juran, J. M., & Gryna, F. M. (1991). *Controle da qualidade handbook: conceitos, políticas e filosofia da qualidade*. (4ª. ed.), São Paulo: Makron Books,
- Kaplan, R., & Cooper, R. (1998). *Custo e desempenho: administre seus custos para ser mais competitivo*. Tradução de O.P. Traduções. São Paulo: Futura.
- Kerlinger, F. N. (1980). *Metodologia da Pesquisa em Ciências Sociais: um tratamento conceitual*. (H. M. Rotundo, trad.). São Paulo: EPU - Editora Pedagógica e universitária.
- Kluck, M., Guimarães, J. R., Ferreira, J., & Prompt, C. A. (2002, julho). A gestão da qualidade assistencial do hospital de clínicas de Porto Alegre: implementação e validação de indicadores. *RAS – Revista de Administração em Saúde*, 4(16), pp. 27- 32.

- Koche, J. C. (2012). *Fundamentos de metodologia científica: teoria da ciência e iniciação à pesquisa*. (30ª. ed.). Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.
- La Forgia, G. M., & Couttolenc, B. F. (2008). Desempenho hospitalar no Brasil: a busca pela excelência. *Em Breve – Banco Mundial*, 120, pp. 1-4.
- Levin, D. Z. (2001). Institutionalism, learning, and patterns of selective decoupling: the case of total quality management. Em *Annual meeting of the Academy of Management* (pp. 1-38). Washington, DC.
- Lima, S. B. S. de, Erdman, A. L., Prochnow, A. G., Leite, J. L., & Moreira, M. C. (2007, novembro). Percepção dos enfermeiros do serviço de urgência e emergência em relação à acreditação hospitalar. *Revista Eletrônica Semestral de Enfermagem*, (11), pp. 1-14.
- Lorenzetti, J., Lanzoni, G. M. M., Assuiti, L. F. C., Pires, D. E. P., & Ramos, F. R. S. (2014, abril). Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. *Texto Contexto Enferm [online]*, 23(2), pp. 417-425.
- Luz, J. R. M. (2011). *Gestão estratégica baseada na qualidade e nos custos da qualidade: Um estudo no setor de construção civil da cidade de Campina Grande – PB*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.
- Machado-da-Silva, C. L., da Fonseca, V. S., & Crubellate, J. M. (2005). Estrutura, agência e interpretação: elementos para uma abordagem recursiva do processo de institucionalização [Especial]. *Revista de Administração Contemporânea*, pp. 9-39.
- Malik, A. M., & Teles, J. P. (2001, julho). Hospitais e programas de qualidade no estado de São Paulo. *RAE – Revista de Administração de Empresas*, 41(3), pp. 51-59.
- Malik, A. M., & Schiesari, L. M. C. (1998). *Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde*. São Paulo: Editora Fundação Petrópolis.
- Mamédio, D. F. (2014, 7 de outubro). Isomorfismo institucional em organizações de saúde: a gestão do processo de acreditação hospitalar. Em ABEPRO – Associação Brasileira de Engenharia de Produção (Org.). *Encontro Nacional de Engenharia de Produção* (1-14). Curitiba, PR: ABEPRO.
- Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2009). *Fundamentos de metodologia científica*. (6ª. ed.). São Paulo: Atlas.
- Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2011). *Metodologia científica*. (5ª. ed.). São Paulo: Atlas.
- Martins, G. de A., & Theóphilo, C. R. (2007). *Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas*. São Paulo: Atlas.
- Martins, D. (2000). *Custos e orçamentos hospitalares*. São Paulo: Atlas.

- Mateus, V. M. J. (2013). *Gestão da qualidade – avaliação do processo de acreditação do hospital divina providência*. Dissertação de mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, Portugal.
- Médici, A. C. (1992, abril). Incentivos governamentais ao setor privado de saúde no Brasil. *Revista de Administração Pública*, 26(2), pp. 79-115.
- Mehrotra, R., & Kumar A. (2013, abril). Quality & cost of healthcare: an Indian View of quality through hospitals. *International Journal of Advanced Research in Computer Science and Software Engineering*, 3(4), pp. 485-494.
- Meyer, J. W. (2007). *Reflections on Institutional Theories of Organizations*. In *The Handbook of Organizational Institutionalism*, ed. by R. Greenwood, C. Oliver, R. Suddaby & K. Sahlin-Andersson, Thousand Oaks, CA: Sage, pp. 788-809.
- Meyer, J. W., & Rowan, B. (1977, setembro). Institutionalized organizations: formal structure as myth and ceremony. *The American Journal of Sociology*, 83(2), pp. 340-363.
- Mezomo, J. C. (2001). *Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos*. (1ª. ed.). São Paulo: Manole.
- Miguel, P. A. C. (2001). *Qualidade: enfoques e ferramentas*. São Paul: Artliber Editora.
- Morgan, B. F., & Ramos, L. L. (2008, setembro). Mensuração dos custos da qualidade nas empresas de construção civil. *Enfoque: Reflexão Contábil*, 27(3), pp. 57-71.
- Nakagawa, M. (2010). *Gestão estratégica de custos: conceitos, sistemas e implementação*. (1a. ed.). São Paulo: Atlas.
- Navarro, P. (org.). (2006). *Estudos do texto e do discurso: mapeando conceitos e métodos*. São Carlos: Claraluz.
- Ng, G., Leung, G. K., Johnston, J. M., & Cowling, B. J. (2013, outubro). Factors affecting implementation of accreditation programmes and the impact of the accreditation process on quality improvement in hospitals: a SWOT analysis. *Hong Kong Med J*, 19(5), pp. 434-446.
- Nogueira, R. P. (1994). *Perspectivas da Qualidade em Saúde*. Rio de Janeiro: Quality Mark.
- Ogata, K., & Spraakman G. (2013). The persistence of delegitimated structures. *Journal of Accounting & Organizational Change*, 9(3), pp. 280-303.
- Oliveira, O. J. (Org.). (2004). *Gestão da qualidade: tópicos avançados*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Oliver, C. (1991). Strategic responses to institutional processes. *The Academy of Management*

Review, 16(1), pp. 145-179.

- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, [OMS], (2003). *Quality and accreditation in health care services: a global review*. Geneva: Organização Mundial da Saúde.
- ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, [ONA], (2002). *Manual De Acreditação Hospitalar*. Brasília-DF: Ministério da Saúde.
- ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, [ONA], (2010). *Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde*. Brasília-DF: Ministério da Saúde.
- ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, [ONA], (2016). *Organização Nacional de Acreditação*. Recuperado em 25 de maio de 2016, de <https://www.ona.org.br>
- Organização Pan-americana de Saúde (2004). *A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe*. Brasília: OPAS/OMS.
- Orlandi, E. P. (2001). *Discurso e texto: formulação e circulação dos sentidos*. Campinas, SP: Pontes.
- Orlandi, E. P., & Rodrigues, S. L. (2006). *Discurso e textualidade: análise do discurso – o texto nos estudos da linguagem – texto e autoria – semiótica e semiologia – filologia – retórica e argumentação*. Campinas, SP: Pontes.
- Orlandi, E. P. (2012). *Análise do discurso: princípios e procedimentos*. Campinas, SP: Pontes.
- Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., & Macinko, J. (2011, 9 de maio). O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Veja*, 6736(11), pp. 11-31.
- Paladini, E. P. (2004). *Gestão da Qualidade: teoria e prática*. (2ª. ed.). São Paulo: Atlas.
- Peci, A. (2006, março). A nova teoria institucional em estudos organizacionais: uma abordagem crítica. *Cadernos Ebape. br*, 4(1), pp. 1-12.
- Picchiai, D. (1998). Mudança em instituições hospitalares: análise do processo e estudo da ação do administrador hospitalar. (Relatório nº 4). São Paulo: FGV-EAESP.
- Pinto, L. J. S. (2012). Produção científica sobre custos da qualidade e da não qualidade no Brasil: um estudo bibliométrico nos principais livros, revistas acadêmicas e congressos na área de Ciências Contábeis. *ReCont Registro Contábil*, 3(2), 2, pp. 60-74.
- Põlluste, K., Habicht, J., Kalda, R., & Lember, M. (2006, 19 de outubro). Quality improvement in the Estonian health system – assessment of progress using an international tool. *International Journal for Quality in Health Care*, 18(6), pp. 403-413.

- Pomey, M. P., Contandriopoulos, A. P., & Bertrand, P. F. D. (2004). Accreditation: a tool for organizational change in hospitals?. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 17(3), pp. 113 – 124.
- Portela, M. C., Lima, S. M. L., Ugá, M. A. D., Gerschman, S., & Vasconcellos, M. T. L. de. (2010, fevereiro). Estrutura e qualidade assistencial dos prestadores de serviços hospitalares à saúde suplementar no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 26(2), pp. 399-408.
- Porter, M. E. (1980). *Competitive strategy: techniques for analysing industries and competitors*. New York: Free Press.
- Portulhak, H. (2013). *Proposta de modelagem conceitual do public value scorecard como instrumento integrado ao planejamento estratégico de um hospital universitário federal*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.
- Powell, W. W. (2007). The New Institutionalism. *To appear in the international encyclopedia of organization studies sage publishers*. 1-11.
- Ribeiro, C. M. A., & Arantes, B. R. (2009). Estudo descritivo na área de contabilidade gerencial defendidas no programa de mestrado em ciências contábeis da UERJ no período de 1993 a 2009. Em ABCustos-Associação Brasileira de Custos (Org.). *Anais do XVI Congresso Brasileiro de Custos*, Fortaleza, CE: ABCustos.
- Ribeiro, H. C. T. C. (2011). *Estudo de não conformidades no trabalho de enfermagem: evidências que interferem na qualidade de hospitais em Minas Gerais*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, MG, Brasil.
- Ribeiro, J. A., & Scapens, R. W. (2006). Institutional theories in management accounting change: contributions, issues, and paths for development. *Qualitative Research in Accounting & Management*, 3(2), pp. 94-111.
- Richardson, A. J. (1987). Accounting as a legitimating institution. *Accounting Organizations and Society*, 12(4), pp. 341-355.
- Richardson, R. J. (2015). *Pesquisa social: métodos e técnicas*. (3ª. ed.). São Paulo: Atlas.
- Robles, A. Júnior. (2003). *Custos da qualidade: aspectos econômicos da gestão da qualidade e da gestão ambiental*. (2ª. ed.). São Paulo: Atlas.
- Rodrigues, E. A. A. (2004). *Uma Revisão da acreditação hospitalar como método de avaliação de qualidade e da experiência brasileira*. Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, MS, Brasil.
- Romley, J. A., & Goldman, D. (2008). How costly is hospital quality? A revealed-preference approach. (Relatório nº 13730). Massachusetts: National Bureau of Economic Research.

- Rooney, A. L., & Ostenberg, P. (1999). Licenciamento, acreditação e certificação: abordagens à qualidade de serviços de saúde. *Projeto de Garantia de Qualidade, Centro dos Serviços Humanos-CHS*. USA: USAID.
- Ruef, M. & Scott, W. R. (1998, dezembro). A multidimensional model of organizational legitimacy: hospital survival in changing institutional environments. *Administrative Science Quarterly*, 43(4), pp. 877-904.
- Sá, V. M. R., Silva, A. P. F., Souza, E. X., Pinho, M. A. B., & Falk J. A. (2003). Uma contribuição aos futuros pesquisadores na área de custo da qualidade: uma pesquisa empírica dos artigos científicos publicados nos principais congressos realizados no Brasil. Em ABCustos-Associação Brasileira de Custos (Org.). *Anais do X Congresso Brasileiro de Custos*, Guarapari, ES: ABCustos.
- Sá, V. M. R. (2003). *Custo da qualidade nas indústrias de transformação de Pernambuco*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PB, Brasil.
- Sakurai, M. (1997). *Gerenciamento integrado de custos*. (1ª ed.). Tradução: Adalberto Ferreira das Neves. São Paulo: Atlas.
- Saleh, S. S., Sleiman, J. B., Dagher, D., Sbeit H., & Natafgi, N. (2013, 13 de fevereiro). Accreditation of hospitals in Lebanon: is it a worthy investment?. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(3), pp. 284-290.
- Samico, I., Felisberto E., Figueiró, A. C., & Frias, P. G. de. (2010). *Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: MedBook.
- Santos, A. R. (2008). *Diagnóstico institucional dos fatores que concorrem para o isomorfismo das práticas de contabilidade gerencial utilizadas pelas organizações do setor elétrico brasileiro*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.
- Santos, M. A. B., & Gerschman, S. (2004). As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil—arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3), pp. 795-806.
- Santos. I. S. (2009). *O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: elementos para a regulação da cobertura duplicada*. Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Scapens, R. W. (2006). Understanding management accounting practices: a personal journey. *The British Accounting Review*, (38), pp. 1-30.
- Schiesari, L. M. C., & Kisil, M. (2003, janeiro). A avaliação da qualidade nos hospitais brasileiros. *Revista de Administração em Saúde*, 5(18), pp. 7-17.

- Schiffauerova, A., & Thomson, V. (2006). A review of research on cost of quality models and best practices. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 23(6), pp. 647-669.
- Scott, W. R. (1987, dezembro). The adolescence of institutional theory. *Administrative Science Quarterly*, 32(4), pp. 493-511.
- Scott, W. R. (1995). *Institutions and organizations*. Thousands Oaks: Sage Publications,
- Scott, W. R. (2008, junho). Approaching adulthood: the maturing of institutional theory. *Theory and Society*, 37(4), pp. 427-442.
- Selltiz, C., Jahoda M., Deutsch, M., & Cook, S. M. (1975). *Métodos de Pesquisa nas relações sociais*. (D. M. Leite, Trad.). São Paulo: EPU - Editora Pedagógica e universitária.
- Shank, J. K., & Govindajaran, V. (1997). *A revolução dos custos: como reinventar e redefinir sua estratégia de custos para vencer em mercados crescentemente competitivos* (2ª. ed.). (L. O. C. Lemos, Trad.). Rio de Janeiro: Campus. (Obra original publicada em 1993).
- Silva, G. A., & Gomes da. (2014). *Os mecanismos de mudança isomórfica e respostas estratégicas aos processos institucionais: estudo em organizações hospitalares do município de Taquaritinga-SP*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil.
- Silva, T. D. (2003). *Inovações gerenciais em organizações hospitalares privadas de Salvador*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Bahia, Bahia, BA, Brasil.
- Slack, N., Chambers, S., & Johnston, R. (2009). *Administração da produção*. Tradução: Maria Tereza Corrêa de Oliveira. (3ª ed). São Paulo: Atlas.
- Souza, A. A., Freitas, J. M. de, Souza, J. R., & Avelar, E. A. (2015). Impactos financeiros e econômicos no desempenho dos hospitais antes e após o processo de acreditação. Em ABEPRO – Associação Brasileira de Engenharia de Produção (Org.). *XXXV Encontro Nacional de Engenharia de Produção*, Fortaleza, CE: ABEPRO.
- Souza, A. A., Lara, C. O., Lima, L. C. M, Pavione, C. S. S. N, & Xavier, A. G. (2013, janeiro). Análise de custos em hospitais: comparação dos custos dos partos normal e cesáreo e os valores repassados por um plano de saúde. *Revista de Administração e Contabilidade*, 5(1), pp. 50-61.
- Souza, M. A. de, & Collaziol, E. (2006, maio). Planejamento e controle dos custos da qualidade: uma investigação da prática empresarial. *Revista de Contabilidade & Finanças*, 41, pp. 38-55.
- Souza, M. A., Collaziol, E., & Damacena, C. (2010, julho). Mensuração e registro dos custos da qualidade: uma investigação das práticas e da percepção empresarial. *Revista de Administração Mackenzie*, 11(4), pp. 66-97.

- Spiller, E. S., Senna, A. M., Santos, J. F., & Vilar, J. M. (2009). *Gestão dos serviços em saúde*. Rio de Janeiro: FGV.
- Stake, R. E. (1995). *The art of case study research*. Thousand OAKS, London: Sage Publications.
- Stake, R. E. (2001). *The case study method in social inquiry*. In Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. *The American tradition in qualitative research*. (vol. II). California: Sage Publications.
- Stake, R. E. (2005). *Qualitative case studies*. In Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. *The sage handbook of qualitative research*. (3^a ed). London: Sage Publications.
- Stake, R. E. (2006). *Multiple case study analysis*. New York: Guilford.
- Suchman, M. C. (1995). Managing legitimacy: strategic and institutional approaches. *Academy of Management Review*, 20(3), pp. 571-610.
- Tatikonda, L. U., & Tatikonda, R. J. (1996). Measuring and reporting the cost of quality. *Production and Inventory Management Journal*, 37(2), 1-7.
- Tolbert, P. S., & Zucker, L. G. (1996). The institutionalization of Institutional Theory. In S. Clegg, C. Hardy, & W. Nord (Eds.). *Handbook of Organization Studies*. pp.175-190. London: SAGE.
- Townsend, P. L., & Gebhardt, J. E. (1991). *Compromisso com a qualidade: um sistema comprovado de melhoria da qualidade*. Tradução: Nivaldo Montigelli. Rio de Janeiro: Campus.
- Trivinos, A. N. S. (2012). *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. (1^a. ed.). São Paulo: Atlas.
- Vecina, G. Neto, & Malik, A. M. (2014). *Gestão em saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Vergara, S. C. (2013). *Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração*. (14^a. ed.). São Paulo: Atlas.
- Viana, M. F. (2011). *Processo de acreditação: uma análise de organizações hospitalares*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Lavras, Lavras, MG, Brasil.
- Vidal, E. C. F., Novais, C. V. de O., Vidal, E. C. F., & Fonseca, F. L. A. (2013). Gestão da qualidade nas instituições hospitalares. Em ABRASCO- Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Org.). *Anais do II Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde*, Belo Horizonte, MG: ABRASCO.
- Yin, R. K. (2005). *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos*. (3^a. ed.). Porto Alegre: Bookman.

- Zan, A. (2006). *Mudanças na contabilidade gerencial de uma organização: estudo de caso com diagnóstico institucional*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Zanon, U. (2001). *Qualidade da assistência médico-hospitalar: conceito, avaliação e discussão dos indicadores de qualidade*. Rio de Janeiro: Medsi.
- Zardo, L. M. P., Baum, M. S., & Gientorski, L. C. (1999). A importância dos custos da qualidade na gestão empresarial. Em ABCustos-Associação Brasileira de Custos (Org.). *Anais do VI Congresso Brasileiro de Custos*, São Paulo, SP: ABCustos.
- Zucker, L. G. (1977, outubro). The role of institutionalization in cultural persistence. *American Sociological Review*, 42(5), pp. 726-743.
- Zucker, L. G. (1987). Institutional theories of organization. *Annual Review of Sociology*, 13, pp. 443-464.

APÊNDICE A – PROTOCOLO DO ESTUDO DE CASO

FATORES INSTITUCIONAIS EXTERNOS QUE INFLUENCIAM AS RESPOSTAS ORGANIZACIONAIS ESTRATÉGICAS NA GESTÃO DOS CUSTOS DA QUALIDADE EM HOSPITAIS ACREDITADOS.

1. VISÃO GERAL DO PROJETO

(a) Questão do estudo de caso

Como os fatores institucionais externos influenciam as respostas organizacionais estratégicas na gestão dos Custos da Qualidade em hospitais acreditados?

(b) Objetivos

i. Objetivo geral

Analisar as respostas organizacionais estratégicas admitidas frente a influencia dos fatores institucionais externos na gestão dos custos da qualidade em hospitais acreditados.

ii. Objetivos específicos

- identificar quais elementos dos custos da qualidade são gerenciados pelos hospitais foco do estudo;
- identificar as pressões externas existentes nas organizações analisadas segundo as pressões isomórficas de Dimaggio e Powell (1983) e os preditores ambientais de Oliver (1991);
- identificar as respostas organizacionais estratégicas emitidas pelos hospitais em análise diante de pressões institucionais externas por qualidade;
- elaborar a matriz teórica das pressões institucionais e respostas organizacionais estratégicas, segundo o constructo de Oliver (1991);
- investigar as respostas organizacionais estratégicas assumidas pelos hospitais analisados frente às pressões externas no que tange à gestão dos custos da qualidade;

(c) Instituição de ensino promotora do estudo

Universidade Estadual de Maringá – Programa de Pós Graduação em Ciências Contábeis.

(d) Organizações objeto de análise do estudo de caso

- (i) Hospital Ministro Costa Cavalcanti – Rua Gramado, n°. 580, Foz do Iguaçu-PR;
- (ii) Hospital 2 – Rua ABC, n°. 00, Porto Alegre-RS;

(e) Pesquisador principal

Paulo Henrique Rezende da Silva, mestrando no programa de Pós Graduação em Ciências Contábeis da Universidade Estadual de Maringá (UEM), na linha de pesquisa de Contabilidade Gerencial. Especialista em Gestão de Empresas e de Negócios pela Unicesumar e graduado em Ciências Contábeis pela UEM.

(f) Pesquisador (a) orientador (a)

Katia Abbas, doutora em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), mestre em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), graduada em Ciências Contábeis pela UEM. Professora Adjunta do Programa de Pós Graduação em Ciências Contábeis (UEM).

2. PROCEDIMENTOS DE CAMPO

(a) Procedimentos Preliminares

- i. Acessar os hospitais objetos do estudo
 - Por quê?: Para atender o objetivo específico (1), (2), (3), (4) e (5).
 - Fonte: Diretoria ou gerência geral do hospital
 - Instrumentos: Ligações telefônicas, e-mails e visitas de campo.
- ii. Obter credenciais nas organizações objetos do estudo
 - Por quê?: Para atender o objetivo específico (1), (2), (3), (4) e (5).
 - Fonte: Diretoria ou gerência geral do hospital.
 - Instrumentos: Ligações telefônicas e e-mails.

- iii. Estabelecer agenda clara das atividades para efetuar a coleta de dados visando a conclusão em períodos especificados de tempo
 - Por quê?: Para cumprir com os objetivos específicos (1), (2), (3), (4) e (5).
 - Fonte: Base de dados da pesquisa.
 - Instrumentos: *Microsoft Excel*®, computador pessoal, agenda.

- iv. Adentrar nas organizações objetos do estudo
 - Por quê?: Para atender o objetivo específico (1), (2), (3), (4) e (5).
 - Fonte: Recepção do hospital e profissional responsável pelo suporte à pesquisa.
 - Instrumentos: visitas de campo.

- v. Obter um local reservado pré-estabelecido na organização hospitalar para realização e registro da coleta de dados
 - Por quê?: Para atender o objetivo específico (1), (2), (3), (4) e (5).
 - Fonte: Diretoria ou gerência geral do hospital
 - Instrumentos: Ligações telefônicas, e-mails e visitas de campo.

(b) Procedimentos para análise documental

- vi. Solicitar documentação para análise documental
 - Por quê?: Para atender o objetivo específico (1), (2) e (3).
 - Fonte: Diretoria, gerência geral do hospital ou departamento de qualidade.
 - Instrumentos: E-mails e visitas de campo.

- vii. Analisar a documentação disponibilizada
 - Por quê?: Para atender o objetivo específico (1), (2) e (3).
 - Fonte: documentação disponibilizada.
 - Instrumentos: visitas de campo, análise documental, análise interpretativa.

- viii. Fotocopiar ou salvar as partes dos documentos relevantes para a pesquisa
 - Por quê?: Para atender o objetivo específico (1), (2) e (3).

- Fonte: documentação disponibilizada
 - Instrumentos: visitas de campo, máquina de fotocópia.
- ix. Identificar previamente as práticas de qualidade executadas pelos hospitais em análise
- Por quê?: Para atender o objetivo específico (1) e para direcionar a discussão das entrevistas.
 - Fonte: Documentos fotocopiados ou anotações já efetuadas
 - Instrumentos: análise documental, relatórios, fotografias, documentos internos.

(c) Procedimentos para observações

- x. Agendar horário para efetuar as observações
- Por quê?: Para atender o objetivo específico (1), (2), (3), (4) e (5).
 - Fonte: Departamento de qualidade do hospital
 - Instrumentos: Ligações telefônicas e e-mails.
- xi. Percorrer o ambiente interno da organização hospitalar
- Por quê?: Para atender o objetivo específico (1), (2), (3), (4) e (5).
 - Fonte: Hospital Ministro Costa Cavalcanti/2
 - Instrumentos: visitas de campo, plano para observações.
- xii. Anotar e/ou fotografar sinais evidentes relativos à qualidade no contexto hospitalar
- Por quê?: Para atender o objetivo específico (1), (2), (3), (4) e (5).
 - Fonte: Hospital Ministro Costa Cavalcanti/2
 - Instrumentos: visitas de campo, plano para observações, câmera fotográfica, caderno.

(d) Procedimentos para as entrevistas

- xiii. Obter estrutura hierárquica do hospital
- Por quê?: Para identificar as pessoas a serem entrevistadas.

- Fonte: Departamento de planejamento ou de RH do hospital
 - Instrumentos: Ligações telefônicas, e-mails, documentos disponibilizados.
- xiv. Identificar os envolvidos no que tange à qualidade
- Por quê?: Para realização posterior das entrevistas.
 - Fonte: estrutura hierárquica do hospital.
 - Instrumentos: Relatórios internos, planilhas, organograma.
- xv. Contatar cada participante para apresentação do projeto e agendamento de entrevista
- Por quê?: Para atender o objetivo específico (1), (2), (3), (4) e (5).
 - Fonte: Diretoria, controladoria e departamento de qualidade do hospital.
 - Instrumentos: e-mail, ligações telefônicas e visitas de campo.
- xvi. Agendar entrevistas com os diretores, controllers, gerentes e com profissionais da área de qualidade
- Por quê?: Para atender o objetivo específico (1), (2), (3), (4) e (5).
 - Fonte: Diretoria, controladoria e departamento de qualidade do hospital.
 - Instrumentos: e-mail e ligações telefônicas.
- xvii. Entrevistar os participantes envolvidos na gestão dos Custos da Qualidade
- Por quê?: Para atender o objetivos específicos (1), (2), (3), (4) e (5).
 - Fonte: Diretoria, controladoria e departamento de qualidade do hospital.
 - Instrumentos: Roteiro de entrevista, TCLE, gravador de áudio.

3. QUESTÕES DO ESTUDO DE CASO

- (a) Quais as práticas de Custos da Qualidade o hospital executa?
- i. Objetivo específico: (1)
 - ii. Fonte: documentos, departamento de qualidade do hospital, entrevistas.
 - iii. Instrumentos: Análise documental, observação, análise de conteúdo.

- (b) A adoção da Acreditação Hospitalar impulsionou o uso de práticas voltadas aos Custos da Qualidade?
- i. Objetivo específico: (1) e (2)
 - ii. Fonte: Diretoria, gerência e departamento de qualidade do hospital, documentos.
 - iii. Instrumentos: Análise documental, análise interpretativa, análise de conteúdo, observações.
- (c) A adoção da Acreditação Hospitalar representou uma fonte real de mudança organizacional?
- i. Objetivo específico: (4) e (5)
 - i. Fonte: Diretoria, gerência e departamento de qualidade do hospital, ambiente interno do Hospital Ministro Costa Cavalcanti/2
 - ii. Instrumentos: Observação, análise de conteúdo, análise interpretativa.
- (d) As práticas de Custos da Qualidade executadas abrangem todas as áreas do hospital?
- i. Objetivo específico: (1) e (4)
 - ii. Fonte: Diretoria, gerência e departamento de qualidade do hospital, ambiente interno do Hospital Ministro Costa Cavalcanti/2, documentos.
 - iii. Instrumentos: Observações, análise de conteúdo.
- (e) De que forma o hospital divulga suas práticas de qualidade?
- i. Objetivo específico: (3) e (4)
 - ii. Fonte: Documentos, murais, publicações, diálogos.
 - iii. Instrumentos: Observação, análise documental, análise de conteúdo.
- (f) Quais as principais fontes de pressões externas que atuam sobre o hospital?
- ii. Objetivo específico: (2) e (5)
 - i. Fonte: Documentos, diretoria, gerência e departamento de qualidade do hospital, ambiente interno do Hospital Ministro Costa Cavalcanti/2, documentos.
 - ii. Instrumentos: Análise documental, análise interpretativa, observações.

(g) Como o hospital responde às pressões institucionais advindas do meio externo?

- iii. Objetivo específico: (3), (4) e (5)
- iv. Fonte: Diretoria, gerência e departamento de qualidade do hospital, documentos.
- iii. Instrumentos: Análise documental, análise de conteúdo.

4. GUIA PARA O RELATÓRIO DO ESTUDO DE CASO

Foram tomadas como base as diretrizes apresentadas por Stake (1995) e Eisenhardt (1989), quando abordam a análise de casos múltiplos e cruzados, além da utilização da técnica de Análise do Discurso. O foco foi na análise descritiva e interpretativa conjuntamente, conforme aborda Orlandi (2012), base para a realização da Análise do Discurso.

Stake (1995) propõe analisar estudos de caso com base em padrões de dados, indicados ou não pela questão de pesquisa. O essencial foi procurar ligações entre esses padrões, atividades observadas, fatos coletados, e os resultados da aplicação do protocolo. Após as explicações baseadas em tais conceitos, cabe organizar as constatações de acordo com a questão principal do estudo, ou seja, visando atendê-la. Stake (2001) também enfatiza a relevância de comparações quando se trata de estudos de caso, aspecto também abordado em meio aos resultados da pesquisa.

Eisenhardt (1989) aborda a análise cruzada de casos e busca olhar os dados sob diferentes formas. Como táticas vantajosas nesse contexto, a autora enfatiza a definição e exploração de dimensões, das quais se originarão as reflexões e posteriores buscas por evidências relevantes; selecionar pares de casos, e em seguida listar semelhanças e diferenças; e dividir dados a partir da fonte de dados que os originou, de modo que quando uma evidência reincidir em mais de um instrumento de coleta de fonte de dados, esta mostra-se mais consistente.

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA (NÍVEL: DIRETORIA)

INFORMAÇÕES INICIAIS
Hospital: _____ Nome do entrevistado: _____ Setor/Departamento: _____ Função ocupada: _____ Contato: _____ Codificação (a ser considerada no relatório do estudo de caso): _____

PARTE I – FATORES INSTITUCIONAIS EXTERNOS QUE INFLUENCIAM AS RESPOSTAS ORGANIZACIONAIS ESTRATÉGICAS

2.1 PRESSÕES ISOMÓRFICAS DE DIMMAGIO E POWELL (1983)

Isomorfismo Coercitivo

1. Algum usuário pressiona/exige algo do hospital relativo à gestão da qualidade (governo, Ministério da Saúde, JCI/ONA, ANVISA, etc.)? De que forma?

Isomorfismo Mimético

2. Para a qualidade ser como é hoje houve ou há utilização de *Benchmarking* em concorrentes?
3. Houve contato com outras organizações de sucesso para as adoções?

Isomorfismo Normativo

4. Existe a busca pela capacitação de pessoal em centros externos ao hospital?
5. Você Participa de algum sindicato/associação da área?

2.2 ANTECEDENTES DO COMPORTAMENTO ORGANIZACIONAL DE OLIVER (1991)

Causa

6. O alto investimento em qualidade é mais voltado à imagem/divulgação externa ou mais à eficiência interna, no que se refere a processos, custos e resultados?

Constituintes

7. São diversas e muitas as exigências sobre qualidade vindas de fora?
8. Existe algum órgão que o hospital mantém alguma relação de dependência (de recursos, financiamento, etc.)?

Conteúdo

9. As exigências externas por qualidade estão alinhadas aos objetivos do hospital completamente?
10. Existe alguma demanda por qualidade que contraria os objetivos internos principais do hospital?

Controle

11. O investimento em qualidade foi adotado de forma imposta por alguém ou de maneira natural, pelo mercado estar aderindo aos poucos essa tendência?

Contexto

12. O hospital atua em um mercado imprevisível e instável?
13. O hospital é altamente conectado com seus clientes, fornecedores e demais usuários?

PARTE III – RESPOSTAS ORGANIZACIONAIS ESTRATÉGICAS ASSUMIDAS FRENTE ÀS PRESSÕES EXTERNAS

Aquiência

14. Todos (inclusive você) contribuem e respeitam os investimentos e a filosofia de qualidade que atua no hospital, pois enxerga que se tornou um hábito?
15. Todos (inclusive você) contribuem e respeitam os investimentos e a filosofia de qualidade que atua no hospital, pois veem que os outros hospitais estão fazendo?
16. Todos (inclusive você) contribuem e respeitam os investimentos e a filosofia de qualidade que atua no hospital, pois tem consciência de que isso converge à estratégia do hospital?

Compromisso

17. O hospital tenta equilibrar as exigências por qualidade vindas de fora?
18. O hospital atende somente o que pedem as fontes de pressões externas, tais como JCI e ANVISA, ou faz mais que isso?
19. O hospital tenta negociar para cumprir as exigências sobre qualidade?

Esquivança

20. Já aconteceu do hospital não conseguir cumprir as demandas por qualidade exigidas e ocultar alguma prática tentando se mostrar conforme?
21. Existe certa distância entre aquilo que é formal daquilo que é informal em relação às práticas por qualidade no hospital?
22. O hospital já tentou, diante da exigência externa por qualidade, repassar a responsabilidade para outros órgãos, outros setores ou outras pessoas para não ter que fazer?

Desafio

23. O hospital já ignorou alguma exigência voltada à qualidade, em casos onde o risco de punição era pequeno?
24. No hospital você enxerga que as práticas voltadas à Qualidade não são totalmente praticadas e que algumas são até contestadas por alguns não acreditarem ou julgarem não ser aplicáveis?
25. O hospital já se posicionou contrariando ou menosprezando abertamente as exigências externas por qualidade?

Manipulação

26. O hospital mantém alguma relação de afinidade, amizade ou cumplicidade com algum ente de uma fonte de pressão externa por qualidade?
27. O hospital influencia, de algum modo, a fonte de pressão ou o mercado, para a não adoção de mudanças voltadas à qualidade?
28. O hospital já tentou, de algum modo, manipular a fonte de exigência, controlando o modo de avaliação ou as conclusões finais?

Decoupling

29. Alguma prática de custos ou gestão voltada à Gestão da Qualidade possui estrutura formal mas é pouco utilizada em meio às decisões?

PARTE IV – PERFIL DO RESPONDENTE

30. Qual sua idade? _____
31. Qual sua formação?
 - () Graduação, em que área: _____
 - () Pós-Graduação, em que área: _____
 - () Mestrado, em que área: _____
 - () Doutorado, em que área: _____

Muito obrigado pela sua contribuição.

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA (NÍVEL: GERÊNCIA/COORD.)

INFORMAÇÕES INICIAIS
Hospital: _____ Nome do entrevistado: _____ Setor/Departamento: _____ Contato: _____ Função ocupada: _____ Codificação (a ser considerada no relatório do estudo de caso): _____

PARTE I – PRÁTICAS VOLTADAS AO ARTEFATO CUSTOS DA QUALIDADE
--

1. A partir de quando as práticas voltadas à mensuração e gestão dos gastos com Qualidade se tornaram mais presentes na realidade do hospital?
2. Quais tipos de relatórios são apresentados e analisados por você sobre a Qualidade e seus gastos? Com qual frequência?
3. Quais decisões se utilizam de informações de Custos voltados à Qualidade? Com qual frequência?
4. Há alguma reunião onde são apresentados os dados, inclusive de qualidade? Se sim, em qual periodicidade?
5. Quanto aos Custos de Prevenção:

Tipo de Custo de Prevenção	Intensidade da Ocorrência			Mensura ?	Registra/Contabiliza?	Controla ?
	Mín	Méd	Alt.			
Custos com treinamento de funcionários.						
Manutenção preventiva dos equipamentos						
Tecnologia (aquisição de softwares e novos equipamentos).						
Revisões e atualizações de instruções e procedimentos.						
Custos com Prevenções de infecções.						
Custos com Prevenção contra quedas.						
Custos com produtos de limpeza e higienização específicos e de primeira linha						

6. Quanto aos Custos de Avaliação:

Tipo de Custo de Avaliação	Intensidade da Ocorrência			Mensura ?	Registra/Contabiliza?	Controla ?
	Mín	Méd	Alt.			

Custos com a coleta, análise e relato dos dados de qualidade						
Mensuração visando controle do processo e do serviço prestado						
Testes e inspeções nos materiais comprados						
Custos com estrutura e supervisão da área de inspeção						
Auditoria do sistema de qualidade.						

7. Quanto aos Custos de Falhas Internas:

Tipo de Custo de FI	Intensidade da Ocorrência			Mensura ?	Registra/Contabiliza?	Controla ?
	Mín	Méd	Alt.			
Retrabalho						
Desperdícios (por exemplo, na cozinha e farmácia).						
Redesenhos de procedimentos (inclui aqui as horas perdidas)						
Manutenção corretiva dos equipamentos						
Compras não planejadas (de medicamentos, por exemplo).						
Re-higienizações ou dedetizações						
Medicamentos vencidos						
Erros médicos						
Índices de infecção ou mortes por incapacidade hospitalar						

8. Quanto aos Custos de Falhas Externas:

Tipo de Custo de FE	Intensidade da Ocorrência			Mensura ?	Registra/Contabiliza?	Controla ?
	Mín	Méd	Alt.			
Atitudes tomadas pela empresa frente às reclamações discurridas						
Pagamento de indenizações e multas aos clientes ou órgãos responsáveis						
Custos para manter a imagem externa da empresa						
Assistência adicional ao cliente						
Mensuração de prejuízo econômico, social e psicológico gerado						

PARTE II – FATORES INSTITUCIONAIS EXTERNOS QUE INFLUENCIAM AS RESPOSTAS ORGANIZACIONAIS ESTRATÉGICAS

2.1 PRESSÕES ISOMÓRFICAS DE DIMMAGIO E POWELL (1983)

Isomorfismo Coercitivo

9. Existe algum stakeholder externo que exerce influência sobre a forma como o hospital gerencia a Qualidade e seus custos, seja natureza voluntária ou imposta?
10. Existe alguma exigência de vocês gestores em relação ao investimento em qualidade, ou à forma dos relatórios e informações geradas?
11. No que diz respeito à forma com que é feita a gestão da Qualidade e seus Custos, houve alguma interferência da Vigilância Sanitária, já que é um órgão regulador de destaque para hospitais?

Isomorfismo Mimético

12. Houve utilização do *Benchmarking* em outra organização para adoção de tais práticas no hospital?
13. Você conhece algum fornecedor, cliente ou outro stakeholder do hospital que investiu em qualidade e efetua a gestão e controle desses custos?
14. Para a adoção de implantação de tais práticas houve contratação de profissionais ou consultores externos?

Isomorfismo Normativo

15. Há no hospital preocupação em recrutar pessoal que já trabalharam em outros hospitais em específico ou com determinado perfil?
16. Há no hospital preocupação em contratar profissionais de determinada Faculdade, Universidade, ou Centro de Ensino?
17. Os funcionários passam por treinamentos padrões em centros profissionalizantes externos?
18. Você ou algum outro gestor/diretor participa de associações profissionais ou sindicatos (como ouvinte, palestrante ou membro)? Se sim, qual? Qual a intensidade dessa participação na forma como é hoje a qualidade no hospital?

2.2 ANTECEDENTES DO COMPORTAMENTO ORGANIZACIONAL DE OLIVER (1991)

Causa

19. O investimento e custo voltado à Gestão da Qualidade foram adotados para atender as pressões do ambiente, ou seja, como forma de aumentar o status, reputação e imagem perante o meio externo?
20. O investimento e custo voltado à Gestão da Qualidade foram adotados a fim de contribuir com a eficiência dos processos, redução de custos e aumento dos lucros?

Constituintes

21. As diversas pressões impostas pelos diversos stakeholders que mantém relações com o hospital influenciam na forma como o hospital gerencia e mensura Qualidade?
22. Existe alguma relação de dependência do hospital com alguma organização do meio externo? Se sim, qual?

Conteúdo

23. É possível admitir que a preocupação e investimento em qualidade estão alinhados aos objetivos internos e estratégia do hospital?
24. Os investimento e gastos referentes à Gestão da Qualidade contrariam ou limitam em alguma extensão os objetivos internos do hospital?

Controle

25. A forma como o hospital gerencia e mensura qualidade foi adotada por alguma imposição legal, formal ou informal?
26. A forma como o hospital gerencia e mensura qualidade foi adotada de forma natural, pelo fato de estar sendo feito por concorrentes, clientes e fornecedores do hospital?

Contexto

27. Pode-se afirmar que atualmente, o mercado no qual o hospital atua vive um momento de incertezas e imprevisibilidade?
28. Pode-se afirmar que atualmente, existe uma conexão alta do hospital com o mercado, à satisfação de seus clientes, fornecedores e demais stakeholders?

PARTE III – RESPOSTAS ORGANIZACIONAIS ESTRATÉGICAS ASSUMIDAS PARA A GESTÃO DOS CUSTOS DA QUALIDADE FRENTE ÀS PRESSÕES EXTERNAS

29. É possível afirmar que os procedimentos voltados à gestão da Qualidade existente se encontram institucionalizados no hospital (todos aceitam, respeitam e executam)?
30. Se não, qual (ais) procedimentos ainda não estão totalmente institucionalizados? (voltados à mensuração e gestão da qualidade).

Aquiescência

31. Pode-se considerar que todos aceitam e contribuem com a opção do hospital em investir e gerenciar a qualidade, já que enxergam ser benéfico e como algo que já vem sendo executado há muito tempo?
32. A justificativa por todos aceitarem e contribuírem com a forma do hospital mensurar e gerenciar a qualidade é pelo fato disso ser feito na maioria dos outros hospitais?
33. A justificativa por todos aceitarem e contribuírem com a forma do hospital mensurar e gerenciar a qualidade é pelo fato de enxergarem isso como benéfico e presente na estratégia do hospital?

Compromisso

34. Pode-se admitir que exista um conflito entre o que os stakeholders exigem e o que os objetivos internos do hospital e assim, procura-se ao máximo aceitar tais exigências, equilibrando interesses e gerenciando as divergências (por exemplo: algum conflito entre o que a vigilância exige e o que a IA exige)?
35. As exigências voltadas à gestão da qualidade e seus custos são atendidas apenas no que é exigido pela fonte de pressão (por exemplo, a vigilância sanitária ou a IA)?
36. Frente às mudanças exigidas por agentes externos, é possível admitir que ocorre uma negociação do hospital com atores externos, ou seja, a instituição preza pela conformidade organizacional ao mesmo tempo em que preza por seus objetivos internos?

Esquivança

37. É possível assumir que o hospital não concorda com todos os aspectos exigidos pela fonte de pressão, e assim, permanece em silêncio e fala que adota e que concorda quando auditada ou questionada, somente para se mostrar conforme?
38. Pode-se admitir que nem toda a área operacional cumpre as demandas exigidas pelas fontes de mudança para qualidade, levando a percepção de que existe uma relação entre práticas formais e informais?
39. Quando o hospital fica frente às mudanças por qualidade impostas, em algumas vezes, acaba por repassar a responsabilidade para outro órgão, outro pessoal ou ainda optam por outros procedimentos ocultos para não ter que fazer o que é pedido?

Desafio

40. Já ocorreu de alguma exigência externa voltada à qualidade ser ignorada, frente ao risco pequeno de ser punido, ou pelas consequências de desconsiderá-las serem administráveis?
41. Pode-se admitir que os procedimentos sobre qualidade e seus gastos não é totalmente praticado, e que algumas são contestadas, por alguns acreditarem não ser necessário ou aplicável no hospital?
42. Em relação às práticas voltadas a qualidade, pode-se afirmar que o hospital já atacou as exigências externas por mudança, contestando ou menosprezando abertamente os critérios ou benefícios?

Manipulação

43. O hospital questiona algumas práticas ou mudanças voltadas à Qualidade e seus gastos junto à fonte de pressão, em uma relação de afinidade, amizade ou cumplicidade?
44. Pode-se considerar que o hospital influencia de alguma forma a não adoção de mudança voltada à Qualidade ou as fontes de pressão para sua não adoção?
45. Alguma mudança voltada à qualidade foi ou é contrariada pelo hospital, que busca por meio do poder que tem controlar tal órgão externo, tentando mudar as exigências ou critérios de análise?

Decoupling

46. Alguma prática ou processo voltado à qualidade e seus Custos possui estrutura formal, mas é pouco utilizada em meio às decisões?
47. Os Custos da Qualidade são divididos em categorias ou apurados em montante geral?

PARTE IV – PERFIL DO RESPONDENTE

48. Qual sua idade? _____
49. Qual sua formação?
 - () Graduação, em que área: _____
 - () Pós-Graduação, em que área: _____
 - () Mestrado, em que área: _____
 - () Doutorado, em que área: _____
50. Há quanto tempo você realizou o último curso da questão anterior? _____
51. Qual seu cargo/função no hospital? _____
52. Há quanto tempo você ocupa seu atual cargo no hospital? _____
53. Há quanto tempo você trabalha na organização atual? _____

54. Em relação à sua participação nos órgãos (como associado, palestrante, membro, etc.):
1. Nunca
 2. As vezes
 3. Sempre

ANS	
CVM	
ANVISA	
Ministério da Saúde	
CRC	
Sindicatos	
Outros? Quais?	

PARTE V – INFORMAÇÕES SOBRE O HOSPITAL E A ACREDITAÇÃO

55. Qual o número de leitos do hospital?
56. Qual Certificado de Acreditação Hospitalar o hospital possui?
57. Há quantos anos o Hospital conquistou o selo de qualidade provido por uma Acreditação Hospitalar?
58. O que motivou a busca por uma Acreditação Hospitalar?
59. Houve algum tipo de dificuldade na adoção da Acreditação Hospitalar (recursos, resistência pessoal, processos complexos, mudanças drásticas, etc.)?
60. Como tais dificuldades/obstáculos foram minimizados?
61. Existe alguém ou algum departamento responsável pela qualidade?
62. A qualidade é considerada como parte do planejamento estratégico do hospital?
63. Existe um orçamento que destine parte de recursos especificamente à Qualidade?

Muito obrigado pela sua contribuição.

APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA (NÍVEL: DPTO DE QUALIDADE)

INFORMAÇÕES INICIAIS
Hospital: _____ Nome do entrevistado: _____ Setor/Departamento: _____ Função ocupada: _____ Contato: _____ Codificação (a ser considerada no relatório do estudo de caso): _____

PARTE I – PRÁTICAS VOLTADAS AO ARTEFATO CUSTOS DA QUALIDADE

1. A partir de quando as práticas de Custos da Qualidade se tornaram mais presentes na realidade do hospital?
2. Você faz algum relatório voltado aos Custos da Qualidade? Se sim, quais e em qual periodicidade (mensal, trimestral, etc.)?
3. É apresentado em alguma reunião ou integração os resultados alcançados com a redução de erros e/ou não conformidades?
4. É apresentado ou divulgado por algum meio (e-mail, mural, impressos, etc.) informações sobre a gestão da qualidade e/ou redução de custos alcançada?
5. Você participa de alguma auditoria interna voltada a qualidade, ou em alguma ação voltada a tal natureza? Em qual periodicidade?
6. Existe alguma interação tais como reuniões, discussões ou questionamentos de seu superior para com você sobre as informações prestadas sobre a qualidade e seus custos?
7. Quanto aos Custos de Prevenção:

Tipo de Custo de Prevenção	Intensidade da Ocorrência			Mensura ?	Registra/Contabiliza?	Controla ?
	Mín	Méd	Alt.			
Custos com treinamento de funcionários.						
Manutenção preventiva dos equipamentos						
Tecnologia (aquisição de softwares e novos equipamentos).						
Revisões e atualizações de instruções e procedimentos.						
Custos com Prevenções de infecções.						
Custos com Prevenção contra quedas.						
Custos com produtos de limpeza e higienização específicos e de primeira linha						

8. Quanto aos Custos de Avaliação:

Tipo de Custo de Avaliação	Intensidade da Ocorrência			Mensura ?	Registra/Contabiliza?	Controla ?
	Mín	Méd	Alt.			
Custos com a coleta, análise e relato dos dados de qualidade						
Mensuração visando controle do processo e do serviço prestado						
Testes e inspeções nos materiais comprados						
Custos com estrutura e supervisão da área de inspeção						
Auditoria do sistema de qualidade.						

9. Quanto aos Custos de Falhas Internas:

Tipo de Custo de FI	Intensidade da Ocorrência			Mensura ?	Registra/Contabiliza?	Controla ?
	Mín	Méd	Alt.			
Retrabalho						
Desperdícios (por exemplo, na cozinha e farmácia).						
Redesenhos de procedimentos (inclui aqui as horas perdidas)						
Manutenção corretiva dos equipamentos						
Compras não planejadas (de medicamentos, por exemplo).						
Re-higienizações ou dedetizações						
Medicamentos vencidos						
Erros médicos						
Índices de infecção ou mortes por incapacidade hospitalar						

10. Quanto aos Custos de Falhas Externas:

Tipo de Custo de FE	Intensidade da Ocorrência			Mensura ?	Registra/Contabiliza?	Controla ?
	Mín	Méd	Alt.			
Atitudes tomadas pela empresa frente às reclamações discorridas						
Pagamento de indenizações e multas aos clientes ou órgãos responsáveis						
Custos para manter a imagem externa da empresa						
Assistência adicional ao cliente						
Mensuração de prejuízo econômico, social e psicológico gerado						

PARTE II – FATORES INSTITUCIONAIS EXTERNOS QUE INFLUENCIAM AS RESPOSTAS ORGANIZACIONAIS ESTRATÉGICAS

2.1 PRESSÕES ISOMÓRFICAS DE DIMMAGIO E POWELL (1983)

Isomorfismo Coercitivo

11. As exigências de algum órgão externo sobre qualidade e seus custos contribuíram para o conjunto de atividades e relatórios que você faz hoje?
12. Existe alguma exigência dos gestores sobre a forma como você trabalha ou sobre como você faz esses relatórios ou gera essas informações?

Isomorfismo Mimético

13. Quando o hospital começou a investir mais pesado em Qualidade, você visitou (juntamente com os gestores do hospital) algum outro hospital que já tivesse investido nisso?
14. Você conhece alguma organização de sucesso que investiu em qualidade? Isso contribuiu em seu modo de trabalhar aqui dentro?
15. Algum modelo de documento ou relatório que você faz aqui veio de outra organização ou órgão externo?
16. Você já trabalhou em algum outro hospital acreditado ou que investia muito em qualidade?

Isomorfismo Normativo

17. Por atuar na área de qualidade, o hospital exige ou incentiva que você faça cursos ou treinamentos externos em alguma organização de ensino?
18. Você participa de alguma associação ou sindicato da área? Se sim, qual sua participação?

2.2 ANTECEDENTES DO COMPORTAMENTO ORGANIZACIONAL DE OLIVER (1991)

Causa

19. Os relatórios e as informações sobre qualidade que você gera (relatórios) se voltam mais à área de comunicação externa (tais como gráficos de resultado, panfletos, ou matérias online) ou voltam-se mais à informações internas envolvendo melhoria de processos, redução de custos e ganhos econômicos?

Constituintes

20. Você percebe hoje alguma inconsistência ou conflito existente entre órgãos externos quando em contato com o hospital (ex. Vigilância Sanitária e IA)? Se sim, como você faz para administrar essas demandas?
21. Analisando as atividades que você desenvolve, pode-se admitir que o hospital hoje mantém relação de dependência com alguma empresa do meio externo? Se sim, com qual?

Conteúdo

22. É possível admitir que a preocupação e investimento com qualidade estão alinhados aos objetivos e estratégia do hospital? Você tem conhecimento disso?

(Caso a resposta da pergunta anterior for não)

23. De acordo com as atividades que você desenvolve, os custos e demandas advindas com os investimentos em qualidade restringiram em alguma extensão os objetivos internos do hospital?

Controle

24. Você sabe se algum dos relatórios, informações ou atividades desenvolvidas por você foram adotadas no hospital por representar uma imposição legal (formal ou informal)?
25. É possível considerar que as informações sobre qualidade por você geradas foram adotadas de forma natural, por estar sendo feito pelos fornecedores e concorrentes do hospital?

Contexto

26. Você percebe se no cenário atual, o hospital atua em um ambiente incerto e imprevisível?
27. Você enxerga o hospital como um ente altamente conectado com seus clientes, fornecedores e demais organizações?

PARTE III – RESPOSTAS ORGANIZACIONAIS ESTRATÉGICAS ASSUMIDAS FRENTE ÀS PRESSÕES EXTERNAS

Aquiescência

28. Todos (inclusive você) contribuem e respeitam os investimentos e a filosofia de qualidade que atua no hospital, enxergando como algo benéfico e executado há muito tempo na organização?
29. Pode-se considerar que a justificativa por você aceitar e contribuir com a geração e gestão de informações sobre custos e qualidade se dá pelo fato ser feito na maioria dos outros hospitais?
30. Pode-se considerar que os custos e investimentos voltados à qualidade são aceitos por você e pelo pessoal pelo fato de enxergarem a qualidade como benéfica e presente na estratégia do hospital?

Compromisso

31. Pode-se admitir que existe um conflito entre o que os stakeholders pedem e o que os objetivos do hospital prezam e assim, você procura equilibrar essas divergências ao atendê-los?
32. As exigências voltadas à gestão da Qualidade são atendidas apenas no que é exigido pela fonte de pressão (por exemplo, a vigilância sanitária ou a IA), não mais que isso?
33. Frente às mudanças exigidas por agentes externos, é possível admitir que ocorra uma negociação entre o agente e o hospital em relação à adequação demandada?

Esquivança

34. Frente às mudanças exigidas para aumento de qualidade, o hospital não concorda com tudo ou não possui estrutura para executar, e assim mantém silêncio de suas discordâncias e finge que adota e que concorda. Isso já aconteceu em alguma situação com você?
35. Pode-se admitir que nem toda a área operacional cumpre as demandas exigidas pelas fontes de mudança para qualidade, levando a percepção de que existe uma relação entre práticas formais e informais?
36. Quando os funcionários entram em contato com as mudanças ou procedimentos voltados à qualidade, eles procuram não fazer e repassar a responsabilidade a outros, ou buscam ainda alterá-las para não ter que fazer?

Desafio

37. Já ocorreu de você ou com alguém de ignorar alguma mudança exigida para a Qualidade, frente à percepção do risco de punição ser pequeno ou pelo fato das consequências serem pequenas?
38. Você enxerga que as práticas voltadas à Qualidade não são praticadas totalmente, e que algumas são até contestadas pelo pessoal, por acreditarem não ser necessário ou aplicável no hospital?
39. Você já fez ou conhece alguém no hospital que já atacou as mudanças voltadas à qualidade, contraindo ou menosprezando abertamente, sem confiar nos critérios ou benefícios?

Manipulação

40. Algum funcionário ou departamento questiona a validade das mudanças voltadas à Qualidade no hospital junto à sua fonte de pressão, por possuir afinidade, amizade ou cumplicidade?
41. Pode-se considerar que o hospital influencia de alguma forma a não adoção de mudança voltada à Qualidade ou as fontes de pressão para a não adoção?
42. Você enxerga que as mudanças voltadas à Qualidade são contrariadas pelo hospital ou por alguns funcionários, que busca pelo poder que possui, controlar e mudar a fonte de pressão?

Decoupling

43. Alguma prática ou processo de Custos voltados à Gestão da Qualidade possui estrutura formal pouco utilizada em meio às decisões ou processos?
44. Os Custos da Qualidade são divididos em categorias ou apurados em montante geral? Para quem os relatórios são passados?

PARTE IV – PERFIL DO RESPONDENTE

45. Qual sua idade? _____
46. Qual sua formação?
 - () Graduação, em que área: _____
 - () Pós-Graduação, em que área: _____
 - () Mestrado, em que área: _____
 - () Doutorado, em que área: _____
47. Há quanto tempo você realizou o último curso da questão anterior? _____
48. Qual seu cargo/função no hospital? _____
49. Há quanto tempo você ocupa seu atual cargo no hospital? _____
50. Há quanto tempo você trabalha na organização atual? _____

PARTE V – INFORMAÇÕES SOBRE O HOSPITAL E A ACREDITAÇÃO

51. Há quantos anos o Hospital conquistou o selo de qualidade provido por uma Acreditação Hospitalar?
52. O que motivou a busca por uma Acreditação Hospitalar?
53. Houve algum tipo de dificuldade na adoção da Acreditação Hospitalar (recursos, resistência pessoal, processos complexos, mudanças drásticas, etc.)?
54. Como tais dificuldades/obstáculos foram minimizados?
55. Existe alguém ou algum departamento responsável pela qualidade?

56. A qualidade é considerada como parte do planejamento estratégico do hospital?
57. Existe um orçamento que destine parte de recursos especificamente à Qualidade?

Muito obrigado pela sua contribuição.

APÊNDICE E – CARTA DE APRESENTAÇÃO DO ESTUDO DE CASO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
AV. COLOMBO, 5790, BLOCO C-23
MARINGÁ, PARANÁ.

30 de Setembro de 2016.

Prezados (as) senhores (as),

Meu nome é Paulo Henrique Rezende da Silva, sou mestrando do programa de Pós Graduação em Ciências Contábeis da Universidade Estadual de Maringá, na linha de pesquisa de Contabilidade Gerencial. Estou realizando a dissertação na área de Custos da Qualidade em Hospitais e, assim, busco coletar dados para a pesquisa intitulada: Fatores institucionais externos que influenciam as respostas organizacionais na gestão dos Custos da Qualidade em hospitais acreditados, sob orientação da Professora Doutora Katia Abbas.

Basicamente, por meio da abordagem de estudo de caso, o objetivo da pesquisa é identificar e documentar respostas a questões como: Como é a gestão dos Custos da Qualidade no hospital? Quais pressões externas ambientais influenciaram na forma como é feita a gestão dos Custos da Qualidade no hospital? De que forma essas práticas são efetivamente realizadas pelo hospital como ferramenta de apoio a gestão? Com isso, a pesquisa pretende contribuir com a prática e importância dos Custos da Qualidade no contexto hospitalar, bem como para o aumento de conhecimento sobre o assunto, que pode ajudar empresários e pesquisadores quanto à relevância em explorar tal artefato gerencial.

Esta carta é dirigida a superintendentes, diretores, *controllers*, gerentes e a cargos voltados à gestão da qualidade no hospital. Assim, solicito que conceda alguns minutos de seu tempo, de sua experiência e paciência para realização de uma entrevista, que irá durar cerca de uma hora.

A pesquisa não demanda informações sigilosas ou estratégicas, e os dados serão mantidos com sigilo e respeito, com fins estritamente voltados à pesquisa científica. Além disso, tais informações serão divulgadas posteriormente por meio de um relatório final de estudo de caso, que envolve a situação em caráter geral, sem a devida identificação dos entrevistados. Sua contribuição é essencial para que a pesquisa atinja os objetivos as quais se propõe.

Desde já, expresso minha gratidão por sua ajuda e enfatizo que tais informações contribuirão para a pesquisa científica no que tange à compreensão de práticas gerenciais nos hospitais brasileiros. Caso seja de seu interesse, ao fim da pesquisa enviaremos o relatório final, que pode contribuir com a gestão do hospital pela exposição da intensidade de variáveis externas, além do grau efetivo de institucionalização das práticas de Custos da Qualidade no contexto organizacional interno. Novamente, agradeço sua colaboração.

Muito obrigado!

Atenciosamente,

Paulo Henrique Rezende da Silva
Mestrando em Contabilidade Gerencial
Universidade Estadual de Maringá

Prof^ª Doutora Katia Abbas
Orientadora
Universidade Estadual de Maringá

APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, Paulo Henrique Rezende da Silva, mestrando do Programa de Pós Graduação em Ciências Contábeis da Universidade Estadual de Maringá, convido o Sr (a) Diretor / Gerente / *Controller* / Profissional da área de qualidade a participar da pesquisa intitulada: Fatores institucionais externos que influenciam as respostas organizacionais estratégicas na gestão dos Custos da Qualidade em hospitais acreditados, sob orientação da Professora Doutora Kátia Abbas. Como contribuições primordiais destaca-se as possíveis reflexões quanto ao tratamento e importância dada aos Custos da Qualidade no contexto hospitalar, bem como no identificar de falhas ou pontos dignos de atenção estratégica voltada a tal natureza.

Este estudo objetiva analisar as respostas organizacionais estratégicas admitidas frente a influência dos fatores institucionais externos na gestão dos Custos da Qualidade em hospitais acreditados, e admite como foco de análise o hospital _____, acreditado com _____, e localizado em _____.

Com a concordância em contribuir com esse estudo, será necessário que o Sr (a) participe de uma entrevista semi-estruturada individual com aproximadamente uma hora de duração. Tal prática deverá ocorrer nas dependências do hospital, em horário previamente agendado, em consonância com sua disponibilidade e do hospital objeto de análise. Mediante sua liberação, as entrevistas serão gravadas em áudio, a fim de melhor captar os dados e possibilitar achados mais completos e consistentes.

Os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa são considerados pequenos, porém existentes. As entrevistas a serem realizadas abordam aspectos estritamente voltados à gestão da qualidade na organização, onde será buscado não expor o participante a constrangimentos ou desrespeito. Contudo, destaca-se como possíveis riscos o desconforto gerado pelo tempo demandado nas respostas às perguntas e a gravação das respostas em áudio (caso liberado pelo participante), que pode vir a retrair o participante. Evidencia-se também que como se trata de entrevistas semi estruturadas, perguntas adicionais, pedidos de exemplificações e instigações podem ocorrer, e isso pode representar certo risco para o entrevistado gerando certo desagrado ou desconforto. Para amenizar tais riscos os pesquisadores envolvidos fizeram um pré-teste aplicando as perguntas a especialistas da área e por meio de conversas informais com alguns profissionais da área hospitalar. Isso proporcionou a visualização

de um melhor modo de agir frente aos respondentes, com mais cautela e preparação no ato de questionar ou no tempo demandando de resposta.

Mediante sua contribuição e após as questões dessa pesquisa serem respondidas, pretende-se contribuir em alguns pontos: (i) despertar nos hospitais o interesse em controlar e gerir a qualidade e os Custos da Qualidade com maior atenção, cientes do impacto a serem causados tanto a resultados internos quanto a imagem externa e competitividade; (ii) evidenciar possíveis fatores institucionais externos que impactam de modo direto o hospital, o que possivelmente evidencia pontos estratégicos e fontes de oportunidades ou ameaças a serem explorados; (iii) expor aspectos relevantes ao meio social relativo a presença e uso efetivo da qualidade em hospitais acreditados, o que influencia diretamente no grau de confiabilidade do serviço; (vi) produzir um estudo empírico sobre os Custos da Qualidade em hospitais, frente a carência de estudos dessa natureza na área contábil brasileira, o que contribui para o conhecimento científico na área; (v) contribuir para redução ou exploração do *gap* existente entre o que é exigido por agentes externos e o que efetivamente é executado nas organizações.

A pesquisadora Katia Abbas, Doutora em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina é a principal responsável por esse estudo e assim, poderá ser contatada sempre que necessário para esclarecer qualquer questionamento que o Sr (a) pode vir a ter, antes, durante ou depois de encerrado esse estudo, pelo endereço eletrônico katia_abbas@yahoo.com. Também poderá ser contatado a qualquer momento, caso necessário, o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com seres humanos – COPEP/UEM, pelo telefone (44) 3011 - 4444, ou no PPG, sala 4, de segunda, terça, quinta e sexta-feira das 8h às 11h40 e 13h30 às 17h30; e nas quartas-feiras das 9h40 às 11h40 e 13h30 às 17h30.

É importante destacar também que sua participação nessa pesquisa é totalmente voluntária e assim, você poderá desistir de fazer parte a qualquer momento e solicitar que seja devolvido este termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) assinado, bem como outros eventuais instrumentos de coleta de dados que o envolva.

As informações referentes ao estudo só serão acessadas por pessoas autorizadas, sendo os principais, a pesquisadora principal Katia Abbas e o mestrando Paulo Henrique Rezende da Silva, que se comprometem com o sigilo das informações e uso estritamente voltado à pesquisa científica. Entretanto, qualquer informação a ser exposta no relatório final do estudo de caso da pesquisa, ou posteriormente em outras publicações científicas, será feita de forma codificada, em

contexto geral da situação, sem exposição de qualquer nomenclatura, a fim de preservar integralmente a identidade do entrevistado e manter a confidencialidade aqui firmada. As gravações das entrevistas em áudio, depois de transcritas, serão destruídas, também visando atender a tais premissas ao mesmo tempo em que satisfaz as necessidades da pesquisa.

As despesas com locomoção ou afins, necessárias ao desenvolvimento dessa pesquisa não são de sua responsabilidade. Sua participação no estudo também não envolve qualquer pagamento de valor em dinheiro ou outro tipo de remuneração.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. As explicações de que tive acesso menciona os riscos e benefícios, bem como minhas responsabilidades enquanto participante. Entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento e que não cabe a mim qualquer despesa ou remuneração pela contribuição no estudo.

Eu concordo voluntariamente em participar desse estudo.

(Assinatura do entrevistado ou responsável legal)

Maringá, ____ de _____ de _____.

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) deste Sr (a) para sua respectiva participação no estudo.

Paulo Henrique Rezende da Silva

Maringá, ____ de _____ de _____.

APÊNDICE G – PLANO PARA AS OBSERVAÇÕES

FATORES INSTITUCIONAIS EXTERNOS QUE INFLUENCIAM AS RESPOSTAS ORGANIZACIONAIS ESTRATÉGICAS NA GESTÃO DOS CUSTOS DA QUALIDADE EM HOSPITAIS ACREDITADOS.

1. OBJETIVO

O objetivo da utilização de observação direta no estudo é auferir informações na realidade hospitalar assim como ela ocorre (Gil, 2012), além de oferecer dados adicionais que contribuam ativamente na compreensão do contexto estudado e que possibilitem a posterior confrontação entre outras fontes de coleta de dados.

2. VISÃO GERAL DOS PROCEDIMENTOS

Primeiramente busca-se identificar uma pessoa responsável por direcionar e/ou acompanhar o processo de observação direta, sendo preferencialmente um profissional do departamento de qualidade do hospital. Após, será agendado um dia e um horário (segundo disponibilidade do profissional e da organização) para a execução da técnica.

Na execução pretende-se percorrer o ambiente interno da organização, atentando diretamente a sinais ou ações que demonstrem preocupação ou presença de aspectos voltados a qualidade, e mais especificamente aos Custos da Qualidade.

3. ASPECTOS PRINCIPAIS A OBSERVAR NA EXECUÇÃO

- (a) Processos e rotinas diárias do hospital;
- (b) Vestimentas dos funcionários;
- (c) Organização da estrutura física;
- (d) Demora para atendimento;
- (e) Manuseio de materiais;
- (f) *Outdoors* sobre a organização em meio à região na qual se situa o hospital;
- (g) Agilidade e competência na prestação de serviços;
- (h) Instrumentos de comunicação da qualidade como cartazes, normas de conduta e propagandas (mecanismos de divulgação);
- (i) Ocorrência de retrabalhos;

- (j) Murais de recados;
- (k) Ocorrência de reuniões internas para correção de erros ou de natureza instrutiva;
- (l) Utilização de práticas de Custos da Qualidade para suporte informacional, tal como relatórios de qualidade;

4. FORMA PREVISTA DE ANÁLISE

Após a coleta de dados, primeiramente pretende-se identificar e analisar as evidências sobre os elementos de Custos da Qualidade existentes, de modo descritivo, o que contribui para o atendimento do objetivo específico a. Após, tal técnica de coleta de dados irá compor parte da análise dos resultados de forma complementar, a fim de corroborar ou contrariar evidências auferidas nas outras técnicas de coleta de dados (entrevistas e observações).