

Gestão do ambiente organizacional na expansão e desenvolvimento do mercado de serviços de saúde no Brasil

Internal environment management for expansion and development of the health care market in Brazil

Marcelino José Jorge¹, Frederico Antonio Azevedo de Carvalho², Marina Filgueiras Jorge³, Renata de Oliveira Medeiros⁴

RESUMO

Introdução: diante do aumento dos gastos com saúde, uma questão importante diz respeito às dificuldades para efetivação dos investimentos nas unidades hospitalares (UHs), com vistas a evitar a deterioração dos serviços. Em face da escassez de recursos para investimento, ainda maior entre as UHs da rede pública de saúde no país, vislumbra-se a busca de solução alternativa, melhorando a gerência do ambiente hospitalar. **Objetivos:** este estudo testa a associação entre a gerência do ambiente hospitalar e as seguintes funções de organização da acreditação hospitalar (AH): o treinamento; a educação do paciente e do familiar; a governabilidade e a gerência da informação. **Métodos:** a amostra de conveniência é composta de 33 relatórios da AH, concluídos entre 2004 e 2009. Para tratar o material empírico, foram usados o modelo de regressão múltipla e a análise fatorial, com vistas a avaliar a influência daquelas funções de organização na gerência do ambiente hospitalar. **Resultados:** os testes da hipótese revelaram associações positivas e significativas entre as funções organizacionais selecionadas, o tipo de propriedade da UH e a gerência do ambiente hospitalar. **Conclusões:** como contribuição teórica, este trabalho esclareceu os fundamentos econômicos das relações existentes entre funções organizacionais e ambiente hospitalar. Como contribuição metodológica, o modelo estatístico utilizou dados de relatórios da AH, uma fonte de dados inédita na pesquisa sobre economia da gestão. Como contribuição gerencial, identificou fatores que influenciam o desempenho da gerência do ambiente hospitalar, contribuindo para o compromisso de gestores e profissionais de saúde com a mudança na organização.

Palavras-chave: Hospitais; Capacitação em Serviço; Participação do Paciente; Ambiente de Instituições de Saúde; Acreditação; Sistemas de Informação Hospitalar; Administração de Serviços de Saúde; Setor de Assistência à Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Given the increased expenses on health care, it is important to overcome difficulties in effectively applying investments in hospital units in order to avoid quality degradation of care services. The search of an alternative solution relying on improved management of the organizational environment is crucial to tackle issues of scarce investment resources, especially in public hospitals. **Objectives:** This study tests the association of hospital environment management with the following functions related to hospital accreditation: training; patients' and family members' education; governability; and information management. **Methods:** The convenience sample comprises 33 hospital accreditation reports from 2004 through 2009. The empirical data was analyzed using multiple regression and factorial analysis, with a view to assessing the influence of the organizational function on the management of the hospital environment. **Results:** The hypothesis tests pointed to positive and significant correlations involving the selected organizational functions, the type of

¹ Coordenador do Laboratório de Pesquisas sobre Economia das Organizações de Saúde (LAPECOS/IPEC/FIOCRUZ). Rio de Janeiro, RJ – Brasil.
² Professor Associado da Faculdade de Administração e Ciências Contábeis da Universidade Federal do Rio de Janeiro (FACC/UFRJ). Rio de Janeiro, RJ – Brasil.
³ Pesquisador em Propriedade Industrial do Instituto Nacional de Propriedade Industrial (INPI). Rio de Janeiro, RJ – Brasil.
⁴ Assistente na Seção de Monitoramento de Custos (SEMOC/IPEC/FIOCRUZ). Rio de Janeiro, RJ – Brasil.

Recebido em: 28/07/2010
 Aprovado em: 04/03/2012

Instituição
 Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)
 Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (IPEC)
 Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Endereço para correspondência:
 Dr. Marcelino José Jorge
 Av. Brasil, 4.365
 Bairro: Manguinhos
 Rio de Janeiro, RJ – Brasil
 CEP: 21040-360
 E-mail: marcelino.jorge@ipecc.fiocruz.br

hospital ownership, and the management of the hospital environment. Conclusions: As a theoretical contribution, this paper sheds a light into the economical grounds of the associations between organizational functions and the hospital environment. As a methodological contribution, the statistical model relied on data collected from hospital accreditation reports, an original source of data in studies on management economics. As a managerial contribution, this paper identifies factors influencing the management performance within the hospital environment, supporting managers and health professionals to fulfill their commitment to organizational change.

Key words: Hospitals; Service Qualification; Patients' Engagement; Environment in Health Care Institutions; Accreditation; Clinical Information Systems; Health Service Management; Health Assistance.

INTRODUÇÃO

Diante do aumento dos gastos com saúde pública e do crescimento da rede privada de assistência à saúde, uma questão importante diz respeito às dificuldades para efetivação dos investimentos em instalações físicas, alternativa de solução mais convencional para evitar a deterioração dos serviços.¹ Em face da escassez de recursos para investimento, maior entre as Unidades Hospitalares (UHs) da rede pública de saúde no país, vislumbra-se a solução alternativa de melhorar a gerência do ambiente hospitalar, ou seja, “proporcionar um ambiente seguro, funcional e operacional para pacientes, familiares, profissionais e visitantes e adequado para a realização do cuidado ao paciente, para o trabalho dos funcionários e para o trânsito das pessoas no hospital”, com o argumento de que a melhoria – a conformidade – do ambiente organizacional no hospital tem impacto efetivo na satisfação do consumidor e em termos de ganho de bem-estar.^{2:181,3}

A acreditação hospitalar, por seu turno, é mecanismo de certificação do controle da qualidade usado para avaliar e melhorar o atendimento em UHs. Esse mecanismo de gestão orientada para o mercado substitui a ênfase na regulamentação pela preocupação de permitir ao produtor sinalizar a qualidade do serviço e ao consumidor fazer escolhas genuínas. O uso desses sistemas de certificação baseado em padrões cresceu nas UHs brasileiras na última década, já sendo adotado em inúmeras UHs governamentais. Há evidências de que contribui para ganhos de eficiência e de qualidade bastante significativos.⁴

Além de poderem vir a complementar o investimento, a acreditação hospitalar e a preocupação com a gerência do ambiente hospitalar também ganharam

importância como parte da mudança recente do modelo de gestão das UHs da rede de saúde no Brasil.^{5,6}

Usando o modelo de representação das UHs adotado pela acreditação hospitalar como ponto de partida, este artigo tem os objetivos de recorrer às contribuições de Kahn⁷, Donabedian⁶, Harris⁸, Engel⁹, Viscusi, Vernon e Harrington¹⁰ e Mintzberg *et al.*¹¹, de maneira a: a) testar e quantificar a influência das funções de organização, *a priori* identificadas pela acreditação hospitalar sobre a gerência do ambiente; b) ressaltar a influência potencial dessas características sobre o desempenho da UH, visando agregar conhecimento e contribuição gerencial sobre os efeitos que a melhoria dessas características organizacionais pode exercer sobre a expansão das UHs e sobre o desenvolvimento do mercado de serviços de saúde; c) determinar empiricamente quais dessas funções têm influência significativa na gestão do ambiente hospitalar, visando agregar conhecimento e contribuição gerencial sobre alternativas independentes do investimento em instalações para os serviços de saúde.

Espera-se contribuir para desenvolver conhecimento em uma área importante da gestão da saúde pública em que os dados são pouco divulgados e os resultados, em larga medida, meramente descritivos.

O texto está organizado em quatro seções. A segunda seção resume os fundamentos teóricos da pesquisa e expõe os procedimentos metodológicos empregados na solução do problema formulado, incluindo a fonte dos dados usados e os métodos estatísticos. A terceira seção apresenta e analisa os resultados, seguidos das conclusões, na quarta e última seção.

METODOLOGIA

Segundo a perspectiva da análise econômica sobre o ambiente organizacional:

- a existência de benefícios e danos não cobertos pelo preço do serviço prestado – externalidades⁷ – é inerente à comercialização dos serviços baseados na experiência de uso;
- em certos casos, como o dos serviços de saúde, a barganha entre as partes atingidas por externalidades é tão complexa¹² que os altos custos de transação necessários a um acordo entre elas podem impedir a formação de um mercado para tal tipo de serviço;⁹
- em decorrência dos custos de barganha elevados, do comportamento dos agentes que buscam ganhos sem oferecer contrapartida e da dificuldade

para identificar as contrapartes que foram afetadas pelas condições de troca, na prática raras vezes é possível que as pessoas negociem as externalidades por intermédio do mercado;⁷

- os direitos de propriedade indefinidos e as despesas de avaliação e cobrança da compensação de valor alto também causam falhas nos mecanismos corretivos de solução judicial das pendências e de regulação direta dos preços de comercialização;⁷
- a gerência do ambiente da UH é, então, um mecanismo útil de prevenção da incidência das externalidades, que visa diminuir os custos de transação no mercado de serviços de saúde;⁹
- o treinamento de pessoal, a governabilidade, a educação do paciente e do familiar e a informação e comunicação contribuem para boas práticas de gerência do ambiente.^{2,181,3}

Vale destacar alguns pontos, especialmente os dois últimos.

As garantias oferecidas aos agentes econômicos pela regulação direta podem ser de pouca ajuda se os custos de transação que são incorridos para assegurar sua efetividade forem elevados, quando comparados ao valor do serviço que está sendo prestado. O fato de ser dispendioso avaliar se o serviço prestado corresponde às características anunciadas pelo produtor ou de ter que decidir a adequada compensação devida ao consumidor em caso contrário pode concorrer para essa situação.⁹

No mercado de serviços de saúde, em particular, tal tipo de garantia de exclusão *a priori* das distorções associadas à presença de externalidades costuma ser descartado, uma vez que são transacionados serviços nesse mercado cuja qualidade, em geral, só é percebida depois que os bens foram adquiridos – são bens tipicamente “de experiência”.¹³

Existem transações envolvendo barganha entre a administração da UH e o profissional prestador de serviços clínicos, entre a administração e o paciente e seus familiares, entre os prestadores de serviços clínicos e o paciente e seus familiares⁸ e entre a administração e a coletividade, uma vez que a incerteza é inerente à assistência, assim como a complexidade dos procedimentos implica riscos e as condições de trabalho podem conduzir ao estresse. Todas essas transações são quase sempre realizadas a custos elevados, porque dizem respeito ao valor de preservação da vida e se espriam no interior do ambiente hospitalar, assim como nas

interfaces da UH com o seu ambiente externo¹², justificando, então, não descuidar da gerência do ambiente como prioridade da gestão orientada para o mercado. Por tudo isso, a gerência do ambiente deve complementar o investimento em instalações, sob pena de inviabilizar a expansão da UH.⁴

Muitos reguladores acreditam, de fato, que há elevado número de danos a terceiros que não podem ser prevenidos pela regulação direta e que os consumidores não devem compreender apenas a maneira como a economia funciona, mas também devem ser educados para fazê-la funcionar melhor⁹. Isso explica a importância atribuída, neste texto, ao efeito conjunto do treinamento de pessoal, da gestão participativa com governabilidade, da promoção do consumidor e da informação para o controle das perdas de terceiros, para a gerência do ambiente das UHs em particular e para o desenvolvimento do mercado de serviços de saúde em geral.¹⁴ Esse efeito múltiplo será objeto da modelagem aqui proposta.

A relevância do treinamento para a configuração do ambiente organizacional decorre de que as pessoas compõem um recurso estratégico em qualquer organização. Uma empresa não alcançará sucesso se seus funcionários não estiverem adequadamente preparados para o trabalho ou se não possuírem atitude adequada em relação ao cliente e ao serviço. Ou, ainda, se não puderem ou não souberem aproveitar com eficácia o suporte de sistemas, de tecnologias, dos demais prestadores internos de serviços e, principalmente, dos seus gerentes e supervisores. Assim sendo, práticas que visam assegurar que os funcionários contribuam para o desempenho externo da organização configuram uma questão estratégica.¹⁵

No entanto, em face da tensão e da assimetria de informação inerentes à UH¹², o “ajuste mútuo” entre a administração e os prestadores de serviços clínicos depende da governabilidade a partir de instâncias deliberativas e consultivas, substitutas da supervisão direta e estruturadas na forma de colegiados visando à gestão participativa da organização.^{8,11,16}

Se não há incentivo para que a informação suprida pelo prestador de serviço seja suficiente, pode ser vantajoso tanto para o produtor quanto para o consumidor do serviço que a informação seja suprida por terceiros. Entre os mecanismos da informação suprida por terceiros, a moderna teoria do consumidor destaca dois tipos: os chamados mecanismos utilizados pela regulação direta para a promoção do consumidor e os chamados mecanismos orientados pelo mercado.⁹

Quanto aos mecanismos do primeiro tipo, estão incluídas políticas governamentais e não governamentais destinadas a auxiliar o consumidor, mas que podem levar longo tempo antes de produzir o efeito desejado. Conhecidas como políticas de promoção do consumidor, são políticas que descartam qualquer tentativa de modificar o ambiente e têm em comum o objetivo de mudar o próprio comportamento do consumidor.

Entre os chamados mecanismos orientados pelo mercado, tem-se o caso dos sistemas de certificação do controle de qualidade, cujo efeito direto é aumentar o número de consumidores informados e que induzem as firmas com poder de mercado a produzirem bens de qualidade. Um exemplo desses sistemas é o modelo de avaliação do Manual de Certificação Hospitalar da *Joint Commission International* (JCI). A certificação é um processo de avaliação externa, contratado de forma voluntária pelas UHs, por meio do qual uma organização, em geral não governamental, avalia periodicamente se a UH contratante atende um conjunto de padrões de qualidade no cuidado ao paciente. A organização contratada deve ter por base padrões de qualidade determinados, públicos e factíveis e ter acumulado reputação com o uso de procedimentos de avaliação reconhecidos. A acreditação hospitalar teve início nos EUA na década de 50. A difusão da experiência de inovação organizacional a partir do uso de sistemas de certificação do controle de qualidade é bastante ampla.⁴ No Brasil, em particular, aumentou de intensidade com a globalização dos mercados, tendo crescido entre as organizações de atendimento à saúde na última década. A criação de uma agência de certificação não governamental e a adoção de padrões internacionais e de procedimentos para a certificação foram recomendadas pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões e pela Academia Nacional de Medicina desde 1994.

O Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) é o representante exclusivo da JCI no Brasil e aplica a metodologia de Acreditação Internacional de Sistemas e Serviços de Saúde, desenvolvida pela *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization* (JCAHO) há mais de 50 anos. A JCI já acumulava a experiência de mais de 12.000 organizações certificadas em 30 países em 2002, abarcando 85% do mercado americano. Em termos operacionais, os serviços do CBA obedecem a princípios e procedimentos regulados por manuais normativos do processo de certificação.²

Uma vez que o mecanismo de sinalização da qualidade da assistência a partir da certificação inclui a realização de avaliações periódicas independentes,

orientadas para as partes interessadas, com validade de três anos e que podem ser suspensas, as pontuações conferidas aos Elementos de Mensuração (EMs) que compõem os padrões da acreditação do manual pelos avaliadores externos e sua evolução no tempo são consideradas, neste artigo, manifestações objetivas do desenvolvimento organizacional da UH.¹⁷

A regulamentação pelas autoridades locais de um país determina, em grande parte, como o ambiente hospitalar é projetado, usado e mantido, de forma que, em princípio, as UHs buscam a conformidade com as leis e regulamentos.

Nesse sentido, uma minuciosa legislação aborda fatores que condicionam o ambiente de trabalho, direta ou indiretamente, sejam eles provocados ou não pelas pessoas e abrange projeto físico, ergonomia, meio ambiente e conforto no trabalho.¹⁸

A legislação aplicável fixa parâmetros sobre: formas, dimensões e volumes que configuram espaços; luz; ar – umidade e poluição; temperatura, vibrações, radiações, gases e vapores; odores que podem interferir no bem-estar das pessoas; música ambiente que considere a proteção acústica; sinestesia – percepção do espaço por meio dos movimentos, assim como das superfícies e texturas; arte – como meio de inter-relação e expressão das sensações humanas; cor – como um recurso útil, uma vez que a reação a ela é profunda e intuitiva; tratamento das áreas externas – um lugar muitas vezes de espera ou de descanso de trabalhadores, pacientes e seus acompanhantes; proteção da intimidade do paciente; e facilidade para o processo de trabalho. Além disso, trata dos materiais perigosos e das emergências – respostas planejadas e eficazes, por exemplo, às epidemias e calamidades.

Segundo intérpretes da doutrina da JCAHO, porém, as UHs começam a reunir dados e conhecimentos sobre os detalhes do ambiente hospitalar que ocupam ao longo do tempo e passam a executar ações próprias para reduzir riscos e aprimorar o ambiente de cuidado ao paciente da maneira proativa, mas que obedece estratégias evolutivas.¹⁸ Como resultado desse aprendizado, poderá ser possível avaliar se um grande aporte de recursos financeiros e de contratação de profissionais de fato melhoraria o ambiente, em tempo hábil, mesmo sem a ordenação prévia da “lógica institucional”. À falta dessa avaliação, os investimentos acabam sendo direcionados para a expansão da capacidade instalada, em detrimento da busca de garantias de operação do patrimônio existente por intermédio da gerência do ambiente.

Entre as ações consideradas influentes sobre a gerência do ambiente pelo modelo de organização das UHs para a certificação hospitalar, estão incluídas, em primeiro lugar, as ações de treinamento do profissional (EQP) e de promoção do paciente e do familiar (EPF). Essas ações geralmente ocorrem mediante um processo educativo sistemático, cujos desdobramentos práticos visam integrar a participação dos diversos profissionais envolvidos no cuidado ao paciente com a promoção dos pacientes e das respectivas famílias, de modo a que atuem em conjunto na preservação de um cenário adequado à prestação do cuidado.

Em segundo lugar, destacam-se as ações de estabelecimento e efetivação coordenada das normas, rotinas, instruções de serviço e protocolos de origem interna e externa (GLD), que asseguram a gestão participativa com governabilidade da UH. São consideradas necessárias para corrigir e minimizar os riscos que decorrem do tipo de conhecimento técnico que é exigido, dos serviços que são prestados, da tecnologia que é empregada e das situações específicas que são observadas nas atividades de assistência, quando tais atividades são conduzidas de forma compartimentalizada para o meio ambiente e para os clientes.

Em terceiro lugar, sublinha a necessidade das ações de uso da informação e de comunicação (GI) para a gerência do ambiente, em face de:

- incertezas decorrentes das contingências da demanda por serviços de saúde;
- problemas de coordenação, já que as UHs podem constituir complexos multiprodutos tão amplos quanto alguns dos grandes municípios brasileiros¹² e são reguladas por orçamento fixo;¹³
- problemas de compromisso, uma vez que a TI não substitui integralmente a comunicação direta entre o prestador de serviço clínico e o paciente para assegurar a eficácia do atendimento, nem o incentivo da administração da UH ao prestador de serviço clínico para conseguir incorporar o seu conhecimento de especialista à tomada de decisão.

Em suma, independentemente do porte e da esfera de origem dos recursos (duas sub-hipóteses a serem aqui testadas) e do perfil de serviços da UH, o objetivo fixado para a gerência do ambiente no modelo de gestão para a certificação hospitalar da UH é instrumentar a organização para responder por sua atuação junto aos clientes, às entidades científicas e profissionais e à sociedade civil, segundo a legislação aplicável, utilizando protocolos de serviços que

favoreçam menos dispêndio de esforços e garantam cooperação mais efetiva de todos que atuam e influenciam suas condições no ambiente.

Por força das restrições de confidencialidade exigidas no processo de certificação hospitalar das UHs, a amostra de conveniência utilizada neste estudo é composta de 33 relatórios de avaliação concluídos entre 2004 e 2009, de 27 UHs não identificadas, uma vez que algumas delas foram avaliadas em mais de uma ocasião. Dos 959 EMs examinados nos relatórios disponíveis, todos os 410 EMs classificados em alguma das cinco funções de organização de interesse da análise foram levados em conta.

Para cada EM componente de um padrão da acreditação do manual foi então considerada a nota de avaliação que recebeu na avaliação educativa: se conforme – C; ou parcialmente conforme – PC; ou não conforme – NC.

Em seguida, foram obtidos os dados sobre as características organizacionais de tamanho e tipo de propriedade das UHs avaliadas.

A primeira etapa da pesquisa empírica consistiu em identificar o conjunto de todos os EMs dessas cinco funções de organização avaliados nos relatórios: a) 92 EMs da função educação e qualificação dos profissionais (EQP); b) 91 EMs da função governo, liderança e direção (GLD); c) 38 EMs da função educação de pacientes e familiares (EPF); d) 104 EMs da função gerenciamento de informação (GI); e) 85 EMs da função gerenciamento do ambiente hospitalar e segurança (GAS).

A nota de avaliação conferida a cada EM das cinco funções nos 33 relatórios educativos da acreditação examinados foi apurada a seguir.

A soma das frequências absolutas das diferentes notas de avaliação (C, NC e PC) atribuídas aos EMs de cada função nos relatórios consultados foi então obtida.

A quarta etapa foi calcular a frequência relativa das diferentes notas de avaliação dadas aos EMs em cada uma das cinco funções nos 33 relatórios estudados.

A média ponderada das notas de avaliação da UH em cada EM das cinco funções de interesse foi calculada em seguida, utilizando-se como pesos os valores numéricos atribuídos às diferentes notas pelos avaliadores responsáveis nos seus relatórios: peso 10 para a nota C, peso cinco para a nota PC e peso zero para a nota NC.

As médias ponderadas resultantes foram depois transformadas em cinco variáveis métricas contínuas – ou escores –, representativas da consolidação das notas de avaliação dadas em cada um dos K relatórios da amostra (K variando de um a 33) para o con-

junto dos EMs de cada função: a) o escore conferido à função EQP no K-ésimo relatório; b) o escore conferido à função GLD no K-ésimo relatório; c) o escore conferido à função EPF no K-ésimo relatório; d) o escore conferido à função GI no K-ésimo relatório; e) o escore conferido à função GAS no K-ésimo relatório.

Esses escores foram definidos como sendo as médias aritméticas das notas de avaliação calculadas em cada EM da função de organização correspondente na quinta etapa da série de procedimentos descrita e podem assumir, portanto, qualquer valor do intervalo [0,10].

Para completar, foram definidas duas variáveis *dummies* para representar atributos organizacionais que podem influenciar o comportamento da variável conformidade do ambiente hospitalar: a) o tamanho da UH avaliada no K-ésimo relatório¹⁹; b) o tipo de propriedade da UH avaliada no K-ésimo relatório.⁴ Na primeira *dummy*, UH grande = 1 e UH pequena = 0; na segunda, UH privada = 1 e UH pública = 0.

A seleção dessas variáveis, vale reiterar, foi decisiva para a opção pela técnica multivariada para o teste da hipótese nesse estudo e foi respaldada em questões conceituais e não apenas em bases empíricas.

Quantificadas as variáveis explicativas capacitação dos profissionais, governabilidade, educação do paciente, gerência da informação, tamanho da UH e tipo de propriedade da UH e a variável explicada conformidade do ambiente hospitalar, foi analisada a correlação entre as variáveis da pesquisa, que revelou altos coeficientes positivos e significativos entre a variável dependente e cada variável independente, além de forte colinearidade – alinhamento das direções de variação – entre os pares das variáveis independentes, sugerindo que poderia ser difícil determinar, separadamente, os efeitos individuais de algumas delas sobre a variável dependente.

RESULTADOS

Realizadas as primeiras estimações com as variáveis originais, confirmou-se a suspeita, anteriormente comentada, da presença de multicolinearidade. Mostrou-se desejável, então, proceder a uma análise fatorial antes de usar a equação de regressão múltipla para determinar os efeitos individuais das variáveis.²¹

Como o objetivo era isolar as variáveis originais em “fatores” (ou subgrupos) com menos colinearidade, foi tentado o caminho de fixar o número de fatores²⁰.

A solução com dois fatores ortogonais foi considerada suficiente e promissora, sendo então escolhida. Os dois fatores resultantes aparecem na Tabela 1. Incidentalmente, o isolamento da variável educação do paciente em um fator exclusivo é por si só interessante, pois essa variável, em oposição às outras três, refere-se aos atores externos à UH, fato intuitivamente aceitável, mas ainda não registrado na literatura.

Tabela 1 - Matriz * de cargas fatoriais

Variáveis	Cargas Fatoriais **	
	Fator 1	Fator 2
Capacitação	0,925	
Governabilidade	0,904	
Grau de informação	0,891	
Educação do paciente		0,939

Notas: *rotação varimax com normalização de Kaiser²⁰; **extração dos fatores por componentes principais (*id.*).

A seguir, a equação completa foi especificada, incluindo as quatro *dummies* de ano (de 2005 a 2008) – para tentar captar diferenças temporais, as duas *dummies* demográficas – tamanho e propriedade – e os dois fatores de agrupamento das quatro variáveis explicativas da conformidade do ambiente hospitalar, fornecidos pela análise fatorial. Os resultados aparecem na Tabela 2.

A despeito da limitação imposta pela multicolinearidade, esses resultados podem ser considerados bastante bons, pois todos os coeficientes significativos têm sinal positivo, correspondente ao esperado, e sua significância conjunta foi confirmada pelo teste F. Além disso, o poder explicativo refletido no R² ajustado pode ser considerado alto, ainda mais em se tratando de dados em *cross section*.

A significância isolada de cada variável independente, aí incluídas as *dummies*, pode ser avaliada pelo p valor, que aparece na sexta coluna da tabela, confirmando o impacto: do fator 1, que representa os aspectos (ou atores) internos influentes no ambiente hospitalar – profissionais de saúde e administração; do fator 2, que é essencialmente a variável relativa aos atores externos, a saber, os pacientes e suas famílias; e do tipo de propriedade da UH. Em termos do coeficiente beta, que permite comparar quaisquer pares de coeficientes, independentemente da unidade de medida, o impacto mais importante se deve ao fator 1, seguido do fator 2. O tipo de propriedade da UH também foi significativo; seu sinal positivo indica que as UHs privadas estão mais direcionadas para a conformidade na gerência do ambiente hospitalar.

Tabela 2 - Resultados da regressão múltipla

Variáveis	Coefficientes	Erro-padrão	Coefficientes Padronizados (Beta)	T de Student	p Valor
Constante	5,604	0,929		6,032	0,000
Relatório de 2005	0,841	1,095	0,097	0,768	0,450
Relatório de 2006	0,135	1,049	0,017	0,129	0,899
Relatório de 2007	- 0,986	1,053	- 0,124	- 0,937	0,359
Relatório de 2008	- 0,815	0,978	- 0,123	- 0,833	0,414
Relatório de 2009	- 0,546	1,065	- 0,074	- 0,512	0,613
Propriedade	1,386	0,596	0,244	2,325	0,029
Tamanho	0,344	0,728	0,052	0,472	0,641
Fator 1	2,355	0,337	0,816	6,990	0,000
Fator 2	1,147	0,336	0,398	3,414	0,002

Nota: N = 33; R2 ajust = 0,712; F = 9,805, p < 0,1%.

Com os dados disponíveis, mesmo sem ter sido possível individualizar completamente os impactos, os testes da hipótese revelaram associações positivas e significativas entre, de um lado, as funções organizacionais selecionadas e o tipo de propriedade da UH e, de outro, a gerência do ambiente hospitalar. Quanto ao ano de conclusão do relatório da AH e à característica demográfica tamanho, não foram confirmadas associações significativas com a função gerência do ambiente hospitalar. Isso não quer dizer que não haja tal associação, mas que sua confirmação empírica fica aguardando novos dados.

CONCLUSÕES

O objetivo inicial do estudo só foi atingido parcialmente, uma vez que foi confirmada a influência das funções de organização, *a priori* identificadas pela acreditação hospitalar sobre a gerência do ambiente, mas não foi possível quantificá-la, em parte devido à elevada correlação entre as variáveis independentes, que dificultou individualizar sua influência sobre a gerência do ambiente hospitalar; e em parte devido à reduzida variância dos escores usados como variáveis independentes.²¹

Como há pouca literatura sobre o tema, no entanto, o artigo divulga uma fonte de dados inédita na pesquisa sobre economia da gestão. Como contribuição gerencial, identifica fatores que têm influência sobre o desempenho da gestão no ambiente hospitalar, motivando o compromisso da administração e dos profissionais com a reestruturação da organização.

Em outras palavras, a confirmação desse tipo de associação e a estimativa de medidas da influência de cada variável sobre a gerência do ambiente hospitalar

não foi, em geral, possível, em função das dificuldades encontradas para obter estimadores com reduzido erro-padrão para esses coeficientes, por força da soma dos problemas de multicolinearidade com aqueles relacionados ao tamanho da amostra e à reduzida variância das variáveis definidas no modelo que foram enfrentados na análise de regressão múltipla.

Em termos agregados, porém, o resultado da análise fatorial permite confirmar, sem perda de generalidade, a associação entre, de um lado, o treinamento, a gestão participativa com governabilidade, a promoção do consumidor e a informação suprida pelo prestador de serviço e, de outro lado, a melhoria da gerência do ambiente hospitalar, identificando a contribuição potencial do aperfeiçoamento dessas funções para a expansão da UH e para o desenvolvimento do mercado de serviços de saúde.

Em primeiro lugar, a menção detalhada aos dados contidos nos relatórios educativos, assim como ao elevado número de unidades amostrais cujos dados estão potencialmente ao alcance da pesquisa sobre a gestão das UHs, visou despertar:

- o interesse dos pesquisadores pelo estudo de diferentes representações dessas organizações como unidades produtivas^{12,13} e de diferentes mecanismos orientados pelo mercado que podem suprir o incentivo para a prestação de serviços de saúde;
- um novo tipo de engajamento da administração e dos profissionais na experiência da acreditação hospitalar, em que a percepção de ambos sobre as relações existentes entre os padrões das rotinas de atividades específicas, as funções da organização e os objetivos de posicionamento estratégico da UH pode contribuir para o compromisso do gerente com o suporte à rotina das unidades

operacionais, ao mesmo tempo em que pode descentralizar o incentivo²² e motivar o especialista a partir de um horizonte de inserção mais abrangente e funcionalmente promissor.

Quanto ao tamanho da amostra, em segundo lugar, cabe mencionar que os resultados obtidos em relação aos objetivos anteriores encorajam futuras replicações desta pesquisa empírica em amostras maiores, como caminho promissor para estudar a reconhecida influência dos diversos mecanismos internos de aperfeiçoamento da gestão sobre o desempenho das UHs⁴ e o desenvolvimento do mercado de serviços de saúde.

Espera-se, finalmente, que a análise de um número mais alto de unidades de observação também possa amenizar o problema de especificação das variáveis independentes que foi apontado como terceiro óbice a um resultado mais completo, uma vez que a opção atual decorreu de limitações incontornáveis da escala com três categorias de mensuração de conformidade que é usada na avaliação educativa.

As ressalvas são as variáveis representativas do tipo de propriedade e do tamanho.

Com respeito à primeira dessas variáveis, que se mostrou significativa ($p=0,05$), a evidência extraída da análise indica que a organização privada é relativamente mais propensa à conformidade aos padrões de gerência do ambiente hospitalar do que a UH sob administração pública, revelando mais capacidade de resposta às limitações do marco regulatório e dos canais judiciais na solução dos conflitos entre a administração, os usuários e os profissionais.

Em contrapartida, não foi possível confirmar a influência do tamanho da UH sobre a conformidade dos padrões observados de gerência do ambiente hospitalar.

Como visto, a dificuldade para gerenciar o ambiente da UH representa um *handicap* para o sucesso da estratégia de prestação de serviço da organização e pode constituir num obstáculo ao desenvolvimento do mercado de serviços de saúde, corroborando a importância do resultado acerca do efeito que a capacitação de pessoal, a governabilidade e o gasto em informação têm no ambiente hospitalar, embutido no coeficiente do fator 1.

Recentemente, com a reforma do Estado e a busca por eficiência²³ no uso dos recursos da assistência à saúde no país, a adesão aos princípios da administração pública gerencial deu origem à utilização da certificação hospitalar também nas organizações governamentais.⁴

Nessas organizações, particularmente caracterizadas por colegiados de decisão descentralizados,

a acreditação hospitalar reveste-se de grande importância como modelo de aprendizado em que os relatórios são usados para catalisar a adesão da administração e dos profissionais a padrões de atendimento de forma coordenada.

A influência da cultura em questões dessa natureza já é conhecida. As conclusões obtidas a partir deste artigo contribuem, portanto, para elucidar elementos da doutrina da acreditação hospitalar, facilitam o entendimento dos profissionais a respeito da integração das suas atividades específicas com o conjunto das funções gerenciais da UH e proporcionam o incentivo para o seu engajamento com a dinâmica de mudança com vistas à certificação.

Também favorecem o entendimento da necessidade de compromisso da administração da UH com a gerência do ambiente hospitalar e esclarecem a importância dessa função organizacional para a busca de posicionamento estratégico da UH e, em última análise, para o desenvolvimento do mercado de serviços de saúde.

Tendo em vista a oportunidade que a representação das características de organização da UH segundo o manual da certificação hospitalar abre para conhecer os fatores internos influentes sobre o desempenho dessas organizações, recomenda-se: a) o desdobramento do marco analítico aqui utilizado para explorar outras relações de influência entre as funções de organização que são avaliadas nos relatórios para acreditação; b) a extensão desse tipo de pesquisa empírica para amostras maiores; c) que novas pesquisas sejam direcionadas para as organizações da esfera pública de prestação de serviços de saúde.²³

A importância que outras pesquisas deste tipo podem ter para o compromisso da administração e dos profissionais com a reestruturação interna dessas organizações deve ser em particular mencionada em relação às UHs da rede pública²⁴, para as quais o conhecimento das implicações do processo de decisão colegiada no “ajuste mútuo” abarca outras funções de organização não cobertas neste artigo.¹¹

REFERÊNCIAS

1. Smith CE, Kleinbeck SVM, Fernengel K, Mayer LS. Efficiency of families managing home health care. *Ann Operat Res*. 1997; 73:157-75.
2. Consórcio Brasileiro de Acreditação-CBA. Manual internacional de padrões de acreditação hospitalar. Rio de Janeiro: CEPESC; 2003.
3. Brasil. Ministério da Saúde. *Ambiência*. 2ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.

4. La Forgia GM, Couttolenc BF. Hospital performance in Brazil: the search for excellence. Washington, DC.: The World Bank; 2008.
5. O'Leary DS, Donahue KT. A evolução dos sistemas de acreditação de instituições de saúde. Ensaio Aval Polít Públicas Educ. 2000 jun; 8:5-16.
6. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, MI: Health Administration Press; 1980.
7. Kahn AE. The economics of regulation: principles and institutions. New York: John Wiley & Sons; 1970.
8. Harris JE. The internal organization of hospital: some economic implications. Bell J Econom. 1977; 8(2):467-82.
9. Engel E. The basics of consumer protection: principles and policies. In: Frischtak CR, editor. Regulatory policies and reform: a comparative perspective. Washington, DC: World Bank; 1995. p. 104-30.
10. Viscusi WK, Vernon JM, Harrington JE. Economics of regulation and antitrust. 2nd ed. Cambridge, MA: The MIT Press; 1997.
11. Mintzberg H, Lampel J, Quinn JB, Ghoshal S. O processo da estratégia: conceitos, contextos e casos selecionados. 4^a ed. Porto Alegre: Bookman; 2006.
12. Djellal F, Gallouj F. Mapping innovation dynamics in hospitals. Res Policy. 2005; (34):817-35.
13. Ozcan YA. Quantitative methods in health care management: techniques and applications. 2nd ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2009.
14. Gastal FL, Quinto Neto A. Acreditação hospitalar: proteção aos usuários, dos profissionais e das instituições de saúde. Porto Alegre: Dacasa; 1997.
15. Grönroos C. Marketing: gerenciamento e serviços. Rio de Janeiro: Elsevier; 2003.
16. Ubel PA. Dose response. Sciences. 1999; 39(6):18-23.
17. Ginkel HJA, Dias MAR. Institutional and political challenges of accreditation at the international level. In: Proceedings of Third International Barcelona Conference on Higher Education; 2006; Barcelona, SPA. Barcelona: GUNI; 2006. p. 37-57.
18. Sales PR. Gestão de ambiente: responsabilidade de todos; benefícios e segurança para todos. Rev Home Care Bras. 2008; 2(16):5-6.
19. Marinho A, Façanha LO. Hospitais universitários: indicadores de utilização e análise de eficiência. Econom Apl. 2002; 6(3):607-38.
20. Hair Jr. JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. Multivariate data analysis. 5th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 1998.
21. Gujarati DN. Econometria básica. Rio de Janeiro: Campus; 2006.
22. Façanha LO, Resende M. Determinants of hierarchical structure in industrial firms: an empirical study. Econom Govern. 2010; 11(3):295-308.
23. Smith PC, Street A. Measuring the efficiency of public services: the limits of analysis. J R Stat Soc A Stat Soc. 2005; 168(2):401-17.
24. Vakkuri J. Research techniques and their use in managing non-profit organizations: an illustration of DEA analysis in NPO environments. Finan Account Manag. 2003; 19(3):243-63.