



**Escola Nacional
de Saúde Pública**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

**A integração do lean aos processos da acreditação
hospitalar em Portugal e no Brasil: um estudo de casos múltiplos**

Mestrado em Gestão da Saúde

Andréa Prestes

Novembro de 2021.



**Escola Nacional
de Saúde Pública**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

**A integração do lean aos processos da acreditação
hospitalar em Portugal e no Brasil: um estudo de casos múltiplos**

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à
obtenção do grau de Mestre em Gestão da Saúde, realizada sob a orientação científica
do Professor Doutor Paulo Alexandre Faria Boto

Novembro de 2021.

Agradecimentos

Ainda que se trate de um esforço individual para cumprir uma importante e desejada etapa de minha vida, existiram forças que facilitaram a caminhada, dentre elas destaco e agradeço imensamente o fortalecimento vindo de:

- Deus, que me ampara e encoraja a cada novo amanhecer;
- Familiares, que me apoiaram durante todo o percurso do mestrado;
- Amigos, os de perto e os de longe que estiveram presentes com palavras de incentivo;
- Rodrigo, meu marido e companheiro que esteve o tempo todo ao meu lado com seu amor e carinho, me ouvindo e sendo um apoio constante;
- Professores, que foram essenciais na construção do conhecimento, em especial cito: Professor Paulo Boto, que além de coordenador do curso foi meu orientador, ao qual sou imensamente grata por toda sabedoria partilhada, ensinamentos e orientações fundamentais a este trabalho e para a minha vida; Professora Joana Alves, que contribuiu na estruturação e direcionamentos deste estudo; Professora Ana Rita Goes, sempre disposta a esclarecer as minhas dúvidas sobre aspectos metodológicos, de forma gentil e esclarecedora e; Dra. Isabel Andrade que além de ter me apresentado ao fantástico mundo do Mendeley, se manteve disposta a apoiar.

Por fim, mas não menos importante, agradeço a mim mesma, por ter buscado e encontrado a motivação diária para continuar, por ter acreditado que era possível, por ter dado o meu melhor e por compreender que este estudo faz parte de um processo próprio de melhoria contínua da Andréa profissional, pessoa, estudante e uma grande entusiasta dos trabalhos com a finalidade de promover um atendimento de saúde com qualidade para todos nós.

Resumo

Introdução: A acreditação e o lean podem contribuir para a obtenção de resultados positivos às organizações hospitalares. É suposto que ao serem complementares e integradas entre si, resultem em ações pragmáticas ao aperfeiçoamento dos processos, proporcionem um olhar sistêmico aos profissionais, possibilitem uma melhor sistematização e direcionamento dos esforços e recursos do hospital, a fim de que os resultados sejam positivos e mantidos no longo prazo. Esta pesquisa buscou identificar se/como os hospitais brasileiros e portugueses integram as ações do lean ao trabalho voltado à acreditação.

Metodologia: Trata-se de um estudo de casos múltiplos. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e a análise documental em dois hospitais portugueses e em três hospitais brasileiros, ambos com acreditação total e que usam o lean. Para a análise dos dados foi utilizada a análise temática.

Resultados: Os resultados dos participantes portugueses e brasileiros, foram condensados em três temas centrais: 1) Acreditação; 2) Lean e; 3) A Acreditação e o Lean. Cada tema central foi composto por subtemas.

Conclusões: Existe semelhança na forma como os hospitais portugueses e brasileiros trabalham os processos de acreditação, contudo, o mesmo não foi confirmado quanto a utilização do lean nos casos estudados. Na amostra portuguesa as barreiras identificadas para o uso do lean supostamente não foram ultrapassadas, questões estas que ainda podem impedir a integração da metodologia lean à acreditação. Nos hospitais brasileiros, identificou-se um trabalho ajustado à realidade de cada caso que demonstra ações de integração do lean à acreditação, contudo, não como a única abordagem utilizada para a implementação de melhorias. Ressalta-se que pelo tamanho da amostra dos casos brasileiros somado ao fato de que os hospitais selecionados podem ser considerados de referência em gestão da qualidade, não se pode fazer uma generalização do país, pois provavelmente não traduzem a realidade brasileira.

Palavras-Chaves: acreditação hospitalar, lean, melhoria contínua, qualidade.

Abstract

Introduction: Accreditation and lean can contribute to obtain positive results for hospital organizations. It is supposed that when they are complementary and integrated, they result in pragmatic actions to improve processes, provide a systemic view to professionals, enable better systematization and targeting of the hospital's efforts and resources so that the results are positive and maintained to long term. This research sought to identify whether/how Brazilian and Portuguese hospitals integrate lean actions into the work aimed at accreditation.

Methodology: This is a multiple case study. Semi-structured interviews and document analysis were carried out in two Portuguese hospitals and three Brazilian hospitals, both with full accreditation and lean. For data analysis, thematic analysis was used.

Results: The results of the Portuguese and Brazilian participants were condensed into three central themes: 1) Accreditation; 2) Lean and; 3) Accreditation and Lean. Each central theme was composed of sub-themes.

Conclusions: There is a similarity in the way in which Portuguese and Brazilian hospitals work the accreditation process, however, the same was not confirmed regarding the use of lean in the cases studied. In the Portuguese sample, the identified barriers to the use of lean supposedly have not been overcome, issues that may still impede the integration of lean methodology to accreditation. In Brazilian hospitals, a work adjusted to the reality of each case was identified, which demonstrates actions to integrate lean to accreditation, however, not as the only approach used to implement improvements. It is noteworthy that, due to the sample size of Brazilian cases, added to the fact that the selected hospitals can be considered a reference in quality management, it is not possible to generalize the country, as they probably do not reflect the Brazilian reality.

Keywords: hospital accreditation, lean, continuous improvement, quality.

Índice

Agradecimentos	I
Resumo	II
Abstract	III
Índice de Quadros	VI
Índice de Figuras	VII
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
2.1 A qualidade em saúde	4
2.2 Melhoria da qualidade em saúde.....	8
2.3 Avaliação da qualidade em saúde	11
2.3.1 A acreditação.....	12
2.3.2 Instituições acreditadoras dos serviços de saúde.....	14
2.3.3 A acreditação hospitalar em Portugal.....	16
2.3.4 A acreditação hospitalar no Brasil.....	17
2.4 A origem do lean	18
2.4.1 O lean no segmento da saúde.....	19
2.5 A visão sistêmica	22
3. METODOLOGIA	26
3.1 Caracterização da pesquisa.....	26
3.2 População, amostra e participantes.....	28
3.2.1 População	28
3.2.2 Amostra	29
3.2.3 Participantes.....	29
3.2.4 Passos para a seleção da população, amostra e participantes	30
3.3 Métodos de recolha de dados.....	36
3.3.1 Entrevista	36
3.3.2 Análise documental.....	39
3.4 Procedimento de análise dos dados	39
3.5 Fiabilidade do estudo	42
4. RESULTADOS	42
4.1 Resultados das entrevistas.....	42
4.2 Resultados da análise documental.....	67
5. DISCUSSÃO	76
5.1 Foco 1: Acreditação.....	76
5.2 Foco 2: O lean.....	79

5.3 Foco 3: A acreditação e o lean	83
6. CONCLUSÃO	87
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90
8. ANEXOS.....	97
Anexo 1 Guião da Entrevista Semiestruturada	97
Anexo 2 Quadro com os principais pontos extraídos dos excertos das entrevistas.....	99

Índice de Quadros

Quadro 01: Caracterização dos hospitais participantes da pesquisa.....	35
Quadro 02: Principais diferenças entre os casos portugueses e brasileiros estudados.....	86

Índice de Figuras

Figura 01: Percurso seguido para a elaboração desta dissertação.....	27
Figura 02: Hospitais da amostra e participantes do cenário português.....	33
Figura 03: Hospitais da amostra e participantes do cenário brasileiro.....	35
Figura 04: Síntese temática dos participantes portugueses.....	64
Figura 05: Síntese temática dos participantes brasileiros.....	65
Figura 06: Síntese da análise documental dos participantes portugueses.....	74
Figura 07: Síntese da análise documental dos participantes brasileiros.....	75

1. INTRODUÇÃO

A complexidade da gestão hospitalar é conhecida pelos profissionais da área da saúde e já referida por grandes pensadores da administração moderna (Drucker, 2002), devido aos múltiplos desafios que a englobam, desde os inerentes ao cuidado à vida humana, acrescidos das necessidades assistenciais da população que são cada vez maiores, ao mesmo tempo em que os recursos se mostram mais escassos, gerando um descompasso à sustentabilidade dos hospitais no longo prazo, o que fundamenta a necessidade de alternativas pragmáticas.

Diante deste cenário, implementar metodologias de melhoria contínua que promovam a qualidade e por meio dela, a ampliação dos resultados positivos, deixa de ser apenas um diferencial competitivo e sim um ponto crucial da estratégia necessária à sobrevivência das organizações (Carpinetti, 2016). É imperioso a implementação de trabalhos para melhorar de forma continuada a qualidade dos processos em saúde, aumentar a capacidade produtiva, garantir custos operacionais adequados à estabilidade financeira da instituição e satisfazer as expectativas dos utentes. Realizar mudanças para melhorar a qualidade nos cuidados de saúde, ampliar a agregação de valor e ao mesmo tempo economizar recursos, é um grande desafio dos administradores hospitalares (Ovretveit, 2015).

A acreditação hospitalar tem sido uma mais valia aos gestores para melhorar a qualidade na prestação do cuidado, por ser um processo assente em padrões previamente estabelecidos, com o objetivo de promover a autoavaliação, a revisão por pares externos e provocar melhorias contínuas nos estabelecimentos de saúde (Fortune et al., 2015). O lean também vem sendo utilizado por muitos hospitais para a melhoria dos processos por meio do pensamento enxuto, eliminação dos desperdícios e maior agregação de valor ao cliente final (Graban, 2013). O lean possui um conjunto de ferramentas basilares que auxiliam no processo da mudança, no desenvolvimento de uma cultura de melhoria contínua e na ampliação da qualidade do cuidado.

Tanto a acreditação quanto o lean podem contribuir para a obtenção de resultados positivos às organizações hospitalares. A acreditação por apresentar padrões de qualidade que fomentam os trabalhos de melhoria dos processos para aperfeiçoar o cuidado prestado ao doente e, o lean, por se tratar de uma abordagem de melhoria capaz de otimizar o uso dos recursos disponíveis e ampliar a qualidade dos serviços entregues aos utentes. Contudo, os trabalhos empreendidos para a acreditação e o lean quando realizados sem o alinhamento de objetivos internos, podem implicar na sobreposição de ações, em maior necessidade de recursos humanos e

maior dedicação de tempo para a execução dos trabalhos e ainda, na possibilidade de que os profissionais envolvidos não compreendam que ambos esforços devem resultar em um cuidado de qualidade à população atendida e maior sustentabilidade à organização hospitalar.

É suposto que a proposição de melhorias por meio do processo da acreditação e da abordagem lean quando implementadas de forma complementar e integradas entre si, resultem em ações pragmáticas ao aperfeiçoamento dos processos, proporcionem um olhar sistêmico aos profissionais, possibilitem uma melhor sistematização e direcionamento dos esforços e recursos do hospital, a fim de que os resultados sejam positivos e mantidos no longo prazo.

A busca pela qualidade dos processos precisa ir além dos cuidados aos doentes. Os esforços para a melhoria, necessitam provocar também o aprimoramento nos custos, na racionalidade de recursos, bem como, das áreas que envolvem a qualidade e a segurança dos doentes (Ovretveit, 2015). Neste sentido, o presente trabalho se sustenta na necessidade de os hospitais promoverem maior qualidade dos serviços prestados, associada à sustentabilidade no longo prazo, por meio da acreditação e do lean. Assim sendo, esta pesquisa foi norteada pela seguinte questão de partida: os hospitais portugueses e brasileiros acreditados que utilizam o lean, integram as ações dos projetos lean à acreditação?

Além de identificar se e como os hospitais brasileiros e portugueses integram as ações do lean ao trabalho voltado à acreditação, se buscou saber se existe semelhança na utilização do lean nos hospitais acreditados nos países em estudo; analisar a existência de barreiras e facilitadores para integrar as ações do lean ao processo da acreditação nos hospitais; identificar se os gestores da qualidade dos hospitais estudados percebem benefícios em integrar as ações do lean aos processos da acreditação.

Visto a pouca publicação de estudos que relacionam a acreditação e o lean, este trabalho fundamenta-se em bibliografias que abordam o lean e a acreditação de maneira independente. Além disto, buscou-se subsídio teórico sobre a necessidade da visão sistêmica para o gerenciamento organizacional, que é um dos pilares da teoria do Sistema de Conhecimento Profundo de Deming (Deming, 1990), uma vez que os esforços de ambos projetos deveriam ter alinhamento de objetivos para a melhoria da qualidade dos serviços prestados. Segundo Deming, a abordagem de gestão que considera a organização como um sistema, permite visualizar as muitas conexões e interações internas e externas como partes de um macroprocesso, que trabalha para o

alcance de objetivos comuns, oposto à visão departamentalizada e segmentada, com comandos independentes. Quando as conexões e interações entre os vários processos são respeitadas e as ações de melhoria empreendidas no hospital são alinhadas estrategicamente, oportuniza a mitigação do esforço organizacional e os resultados passam a ser mais satisfatórios.

O presente trabalho encontra-se dividido em 06 capítulos. No primeiro capítulo consta a introdução ao tema, com a contextualização inicial do estudo. No segundo capítulo encontra-se o enquadramento teórico, que está dividido em cinco subcapítulos: no primeiro subcapítulo contempla a qualidade em saúde; no segundo subcapítulo a melhoria da qualidade em saúde; no terceiro subcapítulo a avaliação da qualidade em saúde, que aborda a acreditação, as instituições acreditadoras dos serviços de saúde, além da acreditação no Brasil e em Portugal; o quarto subcapítulo contempla a origem histórica do lean e o lean no segmento saúde; no quinto subcapítulo encontra-se a visão sistêmica. No terceiro capítulo estão descritos os aspectos metodológicos da pesquisa, dividido em cinco subcapítulos: no primeiro subcapítulo está a caracterização da pesquisa; o segundo subcapítulo contempla a descrição da população, amostra e participantes, bem como, os passos utilizados para a seleção; no terceiro subcapítulo estão descritos os métodos de recolha de dados, onde apresenta-se a entrevista e a análise documental; o quarto subcapítulo contempla os procedimentos de análise dos dados e; no quinto subcapítulo a confiabilidade do estudo. No quarto capítulo encontram-se os resultados. No quinto capítulo estão dispostas as discussões, e; no sexto capítulo encontram-se as conclusões da pesquisa.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Diante de um cenário com necessidades em saúde da população cada vez maiores, ao mesmo tempo em que os recursos se apresentam mais escassos, são essenciais práticas de gestão estruturadas e eficazes para equilibrar esta equação. Neste sentido é necessário que governos e instituições promovam a melhoria que agrega valor, aumenta a qualidade e reduz os custos dos cuidados em saúde (Ovretveit, 2015).

Além da limitação de recursos os hospitais possuem um ambiente complexo e incerto, onde encontrar soluções plausíveis para a obtenção de melhores resultados, requer visão consensual das partes com poder decisório, bem como, criatividade e flexibilidade, fazendo com que muitos gestores hospitalares passem a utilizar metodologias de melhoria contínua na busca de corrigir os problemas de desempenho em seus processos (Rakhmanova & Bouchet, 2017).

Muitas organizações hospitalares brasileiras e portuguesas, procuram na acreditação uma forma de promover maior qualidade e segurança aos doentes atendidos, além de utilizar a abordagem lean para a melhoria dos processos. Diante disto, para o entendimento e desenvolvimento deste estudo, se faz necessário o enquadramento sobre: melhoria contínua da qualidade em saúde; acreditação hospitalar e; lean. Como contextualização complementar e com a finalidade de embasar a discussão sobre a integração do lean aos projetos de acreditação, será apresentada a importância da visão sistêmica para a melhoria da qualidade nas instituições hospitalares.

2.1 A qualidade em saúde

Conceituar qualidade não é algo simples. As definições para o seu significado são distintas até mesmo entre os autores, ao exemplo do conceito existente no Juran's Quality Handbook, que descreveu a qualidade como algo apto ao uso, enquanto Deming considerava que a qualidade existia quando as entregas aos clientes estivessem em conformidade com os padrões requisitados. Por sua vez, Robert Galvin da Motorola preferia o Seis Sigma, referindo qualidade a partir da inexistência ou existência mínima de defeitos, enquanto DeFeo & Juran reconheciam a qualidade quando os produtos e os serviços estivessem de acordo com os objetivos e necessidades do cliente (DeFeo & Juran, 2015). Já, segundo Slack et al, "a qualidade pode ser definida como o grau de adequação entre as expectativas e as percepções dos clientes sobre o serviço ou produto" (Slack et al., 2013). Estes exemplos denotam a existência de múltiplas perspectivas e variações conceituais sobre a qualidade.

A literatura sobre qualidade em saúde é extensa e difícil de sistematizar (Legido-Quigley et al., 2008). Boa parte dos estudos para o desenvolvimento da qualidade em cuidados de saúde, com foco inicial às unidades hospitalares, veio da área industrial, particularmente dos Estados Unidos, (World Health Organization, 2003), e recebeu ao longo dos anos, importantes contributos de profissionais da área, a exemplo do cirurgião norte-americano Ernest Codman em seu estudo publicado em 1916 sobre o sistema de auditoria no atendimento cirúrgico. O médico Avedis Donabedian, nas décadas de 1960 e 1970, apresentou um conceito multidimensional da qualidade e o médico Don Berwick, na década de 1980, passou a estudar, trabalhar e aplicar modelos industriais de melhoria da qualidade nos cuidados de saúde. (Boaden, R., Harvey, G., Moxham, C., Proudlove, 2008). Os exemplos citados mostram que muitas foram as contribuições positivas para a construção do conhecimento da qualidade em saúde, porém, foi a partir

dos estudos e publicações de Donabedian (Burmester, 2013) que este tema ganhou maior notoriedade.

Nas últimas três décadas o trabalho para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde se tornou um movimento global, promovido principalmente com base nas abordagens de Walter Shewhart, W. Deming, Joseph Juran e Associates in Process Improvement (Scoville & Little, 2014), contudo, foi a partir das publicações do Institute of Medicine (IOM), de 1999 em "Error é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro" e de 2001 em "Crossing the Quality Chasm: um novo sistema de saúde para o século 21", que as atenções se voltaram para a melhoria da qualidade necessária para mitigar os erros associados aos cuidados em saúde (Rakhmanova & Bouchet, 2017).

Um estudo do NHS Institute for Innovation and Improvement em conjunto com Manchester Business School (Boaden, R., Harvey, G., Moxham, C., Proudlove, 2008), esclarece que apesar de existirem muitas formas de conceituar a qualidade, a segurança deve ser considerada como um elemento e um pré-requisito da qualidade, e são usadas, muitas vezes, como sinônimos: segurança e qualidade. Reporta que o conceito mais usual para a qualidade dos serviços de saúde é composto por uma assistência segura, eficaz, centrada no doente, oportuna, eficiente e equitativa. Assim, por ser a segurança do doente um importante atributo da qualidade em saúde e um componente indispensável ao atendimento de alta qualidade, muitas instituições priorizam ações para ampliar este aspecto e promover um cuidado com o mínimo possível de danos às pessoas atendidas (Yu et al., 2016).

Assim, o conceito de qualidade nos cuidados em saúde evoluiu, com o reconhecimento da existência de erros e riscos evitáveis, propiciando o trabalho na criação de barreiras que visam à ampliação da segurança dos doentes. Em outro aspecto, devido a pressão sobre os custos, existe uma ampliação de foco da qualidade nos cuidados em saúde para além da qualidade-segurança, a fim de que seja percebida como valor-qualidade, composta por segurança, acesso e experiência do doente, dividida pelo custo (Wachter, 2013).

O Institute of Medicine (IOM) define a qualidade em saúde como "o grau em que os serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual" (Legido-Quigley et al., 2008, p.2). Aponta que a existência de qualidade nos cuidados em saúde perpassa o atendimento das seis dimensões seguintes: 1) seguros, com foco em sistemas capazes de prevenir e gerenciar os riscos retirando a atribuição

de culpa aos profissionais da assistência; 2) eficazes, por meio da utilização assertiva do conhecimento científico disponível; 3) centrados no doente, reconhecendo suas individualidades que levam às necessidades específicas, com a participação do doente nas decisões de seu tratamento; 4) oportunos, no tempo certo e sem atrasos intencionais; 5) eficientes, com a redução constante de todos os tipos de desperdícios e o melhor uso da estrutura de dados e informações disponíveis e; 6) equitativos, sem que raça, etnia, gênero entre outros, interfiram na realização dos cuidados de saúde (Rakhmanova & Bouchet, 2017).

Diante de todos os aspectos que propiciam o aumento da qualidade em saúde, as organizações que buscam promover um cuidado seguro, uma experiência positiva ao doente e a um baixo custo, estão conseguindo manter ao longo do tempo as mudanças positivas das melhorias implementadas (Rakhmanova & Bouchet, 2017). As instituições que se preocupam em entregar aos seus clientes a mais alta qualidade em bens e serviços já estão um passo à frente das demais que ainda não o fazem.

DeFeo & Juran explicam que as instituições devem dar a mesma importância à gestão da qualidade que dão à gestão financeira, pois quando as empresas trabalham a melhoria contínua de seus produtos e serviços, se destacam positivamente de seus concorrentes, ampliam a receita e conseguem reduzir seus custos operacionais, o que oportuniza maior rentabilidade. Os autores destacam que por meio de uma cultura da qualidade, as organizações são capazes de obter melhores resultados financeiros, além de os manter sustentáveis ao longo do tempo (DeFeo & Juran, 2015).

Apesar disto, ainda não existe uma concordância entre os gestores relativamente ao fato de que um alto padrão de qualidade pode atribuir às empresas maior ou menor custo. Isto se deve às formas distintas de perceber a qualidade entre estes profissionais e por não compreenderem a necessidade de a qualidade ser conceituada sob a ótica dos clientes, ou seja, dos consumidores de seus produtos e serviços (DeFeo & Juran, 2015).

Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS, uma das principais motivações que levam as instituições de saúde a trabalharem a melhoria da qualidade está na ampliação da segurança dos doentes, com a redução dos eventos adversos e dos erros (World Health Organization, 2003). Já para os governos e financiadores dos cuidados de saúde, os esforços para a melhoria começaram a crescer quando passaram a gastar mais recursos financeiros, no intuito de a maior qualidade pudesse diminuir os gastos (Rakhmanova & Bouchet, 2017). Contudo, segundo o Institute of Medicine (1990) o objetivo primordial de trabalhar a qualidade nos cuidados em saúde é o de promover

um esforço organizacional contínuo e confiante, onde a qualidade deixa de ser vista como um fim e passa a ser percebida como um meio de manter o trabalho orientado para a promoção de melhorias constantes aos cuidados (Institute of Medicine, 1990).

Independentemente de qual seja a motivação das organizações de saúde em promover a qualidade de seus cuidados, poderão observar benefícios diretos nos resultados dos custos e receitas. Isto se dá, pelo fato de que quando uma empresa passa a conhecer e a aplicar amplamente os métodos de melhoria da qualidade, a sistematizar suas ações para a redução de erros, de falhas e de defeitos, é capaz de alcançar o nível mais alto de qualidade, o que impacta substancialmente na redução dos custos. A partir deste ponto, a instituição consegue entregar produtos e serviços de melhor qualidade de acordo com as expectativas dos seus clientes. Estes por sua vez, passam a valorizar e a consumir mais os produtos e os serviços daquela organização, o que acarreta no aumento das receitas. Existe uma relação direta entre os custos e a receita. Quando os clientes são afetados por serviços de baixa qualidade, tendem a ficar insatisfeitos e a não voltarem mais a consumir daquela empresa e a repercutirem a informação com outros potenciais compradores, que deixam de comprar. Estes fatos criam um efeito negativo nas receitas (DeFeo & Juran, 2015).

Quando as instituições implementam atividades para a melhoria da qualidade, buscam a eficácia que se refere ao quanto o resultado de um processo atende às expectativas do cliente. Para além da eficácia, as organizações almejam a eficiência, que segundo a OMS é o maior resultado de saída possível que pode ser obtido a partir de um volume específico de entrada em um determinado sistema (World Health Organization, 2003).

Segundo o IOM, é preciso que sejam eliminadas ou minimizadas as situações que interferem na obtenção de um grau ótimo na prestação dos serviços de saúde, considerando os três principais tipos de problemas de qualidade: 1) a subutilização, quando o cuidado de saúde não realizado teria condições de desencadear em uma melhoria do quadro clínico do indivíduo. Pode ser um medicamento ou uma vacina não administrada, um procedimento cirúrgico eficaz não realizado ou uma consulta não efetuada. Tudo o que poderia ter contribuído para a melhoria da condição de saúde do utente e por alguma razão não foi feito; 2) a utilização excessiva, ocorre todas as vezes que é fornecido um serviço de saúde além do necessário e a possibilidade de ocasionar danos é superior aos benefícios e; 3) a utilização indevida, é quando apesar de o serviço escolhido ter sido o apropriado, resulta em uma complicação evitável ao doente (Institute of Medicine, 1998).

A apresentação deste pilar de problemas relacionados à qualidade nos serviços de saúde, oportuniza a ampliação do entendimento sobre a existência de relação entre o fator qualidade e os custos dos cuidados. Um ponto primordial a ser analisado é que ao se trabalhar para a mitigação do uso excessivo dos serviços de saúde, que se desdobra em menor exposição dos doentes aos riscos associados aos cuidados, além de mitigar as oportunidades de existir o mau uso de recursos decorrentes de complicações, é possível aferir que exista uma redução de desperdícios e uma melhoria da qualidade, que contribuem diretamente para a diminuição dos custos (Institute of Medicine, 1998).

De toda forma, a mudança necessária às organizações não ocorre de um dia para outro. É preciso ter uma linha estratégica que suporte as ações por meio de uma metodologia de gestão da qualidade como norte para a excelência almejada, com a inclusão de todos os stakeholders para que tenham seus níveis de satisfação elevados e conduzam a empresa à sustentabilidade dos resultados (DeFeo & Juran, 2015).

2.2 Melhoria da qualidade em saúde

A partir do entendimento de que a qualidade não poderia mais ser vista apenas como a garantia de padrões, passou a ter uma perspectiva mais ampliada e com esforços voltados para a mitigação dos pontos frágeis e o aproveitamento das oportunidades de melhoria. A partir de então, a melhoria da qualidade se tornou algo mais dinâmico e possibilitando um avanço continuado (World Health Organization, 2003).

A International Organization for Standardization (ISO) considera que ter foco em melhoria contínua é uma característica das empresas de sucesso. Por meio de ações para melhorar o desempenho as instituições se mostram mais preparadas para o enfrentamento das mudanças do cenário interno e externo (ISO, 2015), com a ampliação dos resultados positivos quando a qualidade faz parte do pensamento coletivo e do modo de agir na organização (Boaden, R., Harvey, G., Moxham, C., Proudlove, 2008).

Segundo um estudo realizado pela Organização Mundial da Saúde alguns quesitos são essenciais para a melhoria dos cuidados em saúde: maior tempo para os profissionais realizarem trocas de experiências e alinhamentos com colegas; profissionais com acesso a dados relevantes, precisos, completos e no tempo certo, orientação acadêmica e prática sobre padrões e medição; habilidades específicas sobre a qualidade, técnicas e treinamentos sobre metodologias e; recursos financeiros para

ter acesso a ferramentas, informações e treinamentos (World Health Organization, 2003).

Ao se trabalhar a melhoria contínua no segmento hospitalar, com a inclusão de novos métodos, é mais eficaz quando os esforços são sustentados por abordagens científicas capazes de aprimorar a prática clínica (Institute of Medicine, 1998), com alta participação das lideranças e da compreensão sobre a necessidade de aproveitar e adaptar as experiências favoráveis do setor industrial ao contexto dos estabelecimentos de saúde e assim, promover a melhoria da qualidade dos cuidados (Rakhmanova & Bouchet, 2017). Evidências demonstraram a eficácia que determinadas abordagens de melhoria oportunizam para a promoção da qualidade nas instituições (Boaden, R., Harvey, G., Moxham, C., Proudlove, 2008).

De toda forma, os melhores resultados na implementação de melhorias não estão ligados à utilização de métodos ou abordagens específicas, mas com a forma de implementação (Boaden, R., Harvey, G., Moxham, C., Proudlove, 2008). A abordagem para a melhoria da qualidade em saúde, deve levar em conta o contexto da organização, a metodologia de gestão, a formação e o treinamento dos profissionais, entre outros fatores que são determinantes para a ampliação da qualidade do serviço prestado. É imperioso que o foco para a busca das respostas para a melhoria da qualidade não seja no indivíduo e sim, contemple uma análise prioritária das deficiências do sistema organizacional, que por ser complexo, oportuniza a ocorrência de problemas nos cuidados em saúde (Institute of Medicine, 1998).

É necessário considerar a melhoria como uma ciência. Segundo a ISQua o conceito central da teoria da melhoria é de que "todo sistema é projetado para entregar os resultados que produz." (Rakhmanova & Bouchet, 2017, p. 12.). Significa dizer que são necessários processos devidamente modelados e com interfaces adequadas, com a visão ampliada de toda a cadeia de valor daquele sistema, para entregar resultados de qualidade. A partir deste conceito, é impressindível que a forma de organização dos processos institucionais estejam adequados e permitam que os profissionais de saúde forneçam assistência de qualidade aos utentes atendidos.

Deming (Rakhmanova & Bouchet, 2017) apresenta por meio de sua teoria do saber profundo, as quatro grandes áreas interrelacionadas da ciência da melhoria:

- 1) a avaliação integrada do sistema, ao considerar as pessoas e os processos que o compõem, como estão organizados e a maneira que interagem para a otimização dos resultados definidos pela instituição;

- 2) a teoria do conhecimento, que se baseia no teste de hipóteses para a mudança e obtenção da melhoria desejada, por meio do uso do ciclo de aprendizagem PDSA (P: Plan, D: Do, S: Study e A: Act), que ocasionará a retenção do conhecimento pela equipa;
- 3) a psicologia da mudança, com a compreensão de que as pessoas são motivadas principalmente por necessidades e fatores intrínsecos, entendimento de que devem participar e se sentir parte importante de todo o processo de mudança e a valorização do trabalho em equipa e;
- 4) conhecimento sobre as variações inerentes a todos os processos. O trabalho para a redução das variações consideradas prejudiciais e inaceitáveis é um propósito da melhoria contínua para o aumento da qualidade dos serviços entregues

O IHI possui um modelo de melhoria, denominado IHI-QI, que tem como base o PDSA de Deming (Plan-Do-Study-Act), junto a três perguntas norteadoras que orientam o ensino da melhoria dentro do método promulgado: 1) O que estamos tentando realizar? 2) Como saberemos que uma mudança é uma melhoria? 3) Que mudanças podemos fazer que vão resultar em melhorias? Se trata de uma ferramenta orientada para o estudo das melhorias no terreno, observadas na prática e transformadas em aprendizado por meio de testes das mudanças, para que após sejam replicadas em larga escala (Scoville & Little, 2014).

Interessante observar que o ciclo do PDSA é uma abordagem de melhoria que pode ser utilizada em conjunto com diversos outros modelos de melhoria, aplicável em cada estágio do ciclo, ao exemplo do seis sigma ou do lean (Boaden, R., Harvey, G., Moxham, C., Proudlove, 2008).

Assim como o uso do PDSA, registra-se o crescente uso do Lean para a promoção de melhorias nos complexos processos do segmento saúde, devido ao fato de que suas características oportunizam enxergar os problemas e promover formas adequadas de medidas de desempenho (Boaden, R., Harvey, G., Moxham, C., Proudlove, 2008).

O Institute for Healthcare Improvement (IHI) reconhece, com base na experiência de muitos anos de seus consultores, que existe alinhamento, compatibilidade e sinergia entre o lean e o modelo de melhoria usado pelo IHI. Considera que ambos contribuem para a promoção de melhores processos e mudanças necessárias às instituições de saúde para um atendimento de qualidade aos doentes atendidos (Scoville & Little, 2014).

É fundamental que os gestores em saúde, enquanto profissionais com a responsabilidade de decidir sobre qual metodologia usar, se baseadas no modelo de melhoria do IHI ou o Lean, por exemplo, compreendam que podem aproveitar ao máximo os pontos fortes de ambos. Com conhecimento do que é necessário diante do cenário vivido, necessitam desenvolver “uma visão clara da complementariedade, pontos fortes e aplicação dos modelos, apreciando a compatibilidade profunda de suas filosofias e abordagens” (Scoville & Little, 2014, p.7).

A melhoria contínua nos hospitais tem sido impulsionada pela acreditação, contudo, nunca deve ser uma intervenção de qualidade independente, mas integrar um planejamento amplo para a melhoria, complementado por outras estratégias de qualidade, a exemplo do Lean (Vliet et al., 2021).

2.3 Avaliação da qualidade em saúde

Medir a qualidade do atendimento em saúde não é considerado algo fácil. (Donabedian, 1966), visto o contexto complexo do segmento por necessitar de equilíbrio das vertentes organizacionais, assistenciais, dos processos e resultados (Boaden, R., Harvey, G., Moxham, C., Proudlove, 2008). Segundo o IOM a avaliação da qualidade no setor saúde está relacionada com a capacidade de aferir os resultados dos cuidados, por meio da medição daquilo que integrou este processo, desde os aspectos técnicos e os interpessoais (Institute of Medicine, 1990).

Em 1980 foi apresentado por Donabedian, um modelo para avaliar a qualidade a partir da estrutura, processo e resultado, o que possibilitou uma análise do desempenho de forma global e a distinção entre processos e resultados. Este modelo auxilia a compreensão para que os resultados obtidos não sejam considerados como sinônimo de qualidade, o que denotaria em erro e equivoco de interpretação (Slack et al., 2013).

A partir do crescimento dos custos e problemas de qualidade nos sistemas de saúde à nível mundial, no final da década de 1990, muitos países passaram a implementar processos de avaliação da qualidade dos serviços e a recomendar melhorias, atuando na coordenação, definição de padrões, execução de avaliações seguras e confiáveis, a fim de que critérios e procedimentos de qualidade fossem seguidos e os resultados alcançados pudessem ser transparentes ao público (World Health Organization, 2003).

O intuito da avaliação da qualidade não tem o intuito de impor soluções ou a adoção de medidas corretivas por parte do avaliado, é pois, um comparativo entre o desempenho aferido e os padrões ou objetivos estipulados (World Health Organization, 2003).

A avaliação da qualidade pode ser interna ou externa. A avaliação interna é aquela realizada pela equipa do próprio hospital, profissionais e gestores. Já as avaliações externas são processos estruturados e mecanismos complementares, caracterizados por padrões explícitos e válidos, que visam melhorar a organização e prestação de serviços de saúde (Legido-Quigley et al., 2008). É um processo formal realizado por avaliador independente, sem a influência dos avaliados, com o intuito de comparar aquilo que é praticado pelo indivíduo, instituição, processo ou objeto aos padrões, diretrizes e requisitos pre-determinados e publicados, por meio de dados confiáveis e válidos, sistematizados para esta finalidade para que desta avaliação resultam saídas definidas (Fortune et al., 2015).

Existem diversos modelos de avaliação externa ao exemplo da acreditação, certificação, regulamentação e licenciamento (Fortune et al., 2015). A acreditação, que é um processo cíclico e contínuo (Vliet et al., 2021) é o modelo de avaliação externa foco deste trabalho, assunto abordado a seguir.

2.3.1 A acreditação

A acreditação é um processo assente em padrões previamente estabelecidos, com o objetivo de promover um processo de autoavaliação e revisão por pares externos e provocar melhorias contínuas nos sistemas de saúde ou de assistência social (Fortune et al., 2015), que visa obter o reconhecimento público sobre a qualidade de um estabelecimento (Legido-Quigley et al., 2008). A acreditação é considerada como metodologia para garantia da qualidade, visto que as organizações credenciadas cumprem determinados padrões, em consonância às melhores práticas internacionais, para o fornecimento dos cuidados de saúde, sejam eles públicos ou privados (Tabrizi et al., 2011).

Foi o American College of Surgeons dos Estados Unidos, em parceria com o Canadá que começou, há mais de um século, a avaliação externa, atingindo desde essa época organizações e programas em mais de 70 países (Vliet et al., 2021). Países como Austrália, Canadá e Estados Unidos, criaram programas de acreditação externa de serviços de saúde, como forma de disseminar padrões nacionais de qualidade, por meio

da colaboração voluntária, que envolviam associações especialmente médicas e administradores hospitalares (World Health Organization, 2003).

Segundo a International Society for Quality in Health Care – ISQua, a acreditação é um dos métodos mais antigos de avaliação externa. A adesão à acreditação pode ser voluntária ou obrigatória, para avaliar a organização de forma global incluindo os processos de gestão e os clínicos, contudo, também podem ser avaliados os processos individualmente. Sua estrutura possibilita que as instituições de saúde identifiquem o seu nível de atendimento aos padrões e requisitos pre-estabelecidos e publicados, que contemplam a necessidade de a organização cumprir com a sua missão central, apresentar melhorias baseadas em evidências, além de atender aos aspectos legais (Fortune et al., 2015).

A ISQua, é uma instituição sem fins lucrativos, para a promoção da melhoria da qualidade e a segurança dos cuidados em saúde, com atuação em todo o mundo há mais de 30 anos (ISQua, 2020), que estabelece, avalia e credencia internacionalmente as organizações para a realização da avaliação externa de acreditação das instituições de saúde (Vliet et al., 2021), verificando se estas instituições acreditadoras cumprem o conjunto de padrões e princípios estabelecidos por ela (Kavak et al., 2020).

A acreditação pode contribuir na ampliação da segurança do doente, na mitigação de riscos, gerar maior eficiência e promover a melhoria da qualidade e sustentabilidade do sistema de saúde. Se trata de um processo formal, que inclui a realização de uma auto-avaliação da instituição participante, avaliação externa por pares independentes que emitem um relatório como produto resultante deste processo, contendo o resumo, as conclusões da avaliação que incluem a decisão final sobre o status da acreditação.

A acreditação intenciona promover maneiras de implementar a melhoria continuada (Fortune et al., 2015), e como um método de avaliação externa, precisa ser vista como um meio de aprimorar a qualidade e não o objetivo fim (Vliet et al., 2021). Ainda que o objetivo central dos processos de acreditação seja o de melhorar os resultados obtidos, não é espectável que isto ocorra rapidamente (Boto et al., 2008), trazendo a necessidade de se trabalhar a educação continuada de forma sistemática, com o intuito de esclarecer aos profissionais os conceitos estruturantes da acreditação (DGS, 2014) reter o aprendizado organizacional, para que o foco na qualidade seja parte da cultura organizacional, por meio dos ciclos contínuos de melhoria.

Apesar de haver uma certa confusão entre a abordagem dos processos de acreditação e certificação, a ISQua esclarece que o modelo de acreditação

habitualmente tem sido aplicado para organizações de forma global e a certificação para indivíduos, departamentos e serviços individualmente. Outro ponto a ser destacado, é que a acreditação busca evidenciar e promover práticas de melhoria contínua nas organizações avaliadas, enquanto a certificação foca normalmente no atendimento dos objetos essenciais e não na melhoria contínua da qualidade (Fortune et al., 2015).

O que motiva uma organização a ingressar em um programa de qualidade e aderir à acreditação, pode incluir ou combinar diversos objetivos, desde a minimização dos erros e problemas assistenciais, buscar um nível mais elevado no atendimento prestado, promover a educação continuada com vistas na ampliação do conhecimento técnico dos profissionais, entre outros (Institute of Medicine, 1990).

Nesta pesquisa o foco é a acreditação hospitalar. Existem variações metodológicas entre os modelos praticados pelas instituições de acreditação hospitalar. Alguns oportunizam que o processo seja parcial, ou seja, que a instituição trabalhe isoladamente serviços ou departamentos, sem que exista a necessidade de ao mesmo tempo, desenvolver o processo em toda a cadeia produtiva do hospital. Já outros modelos, possuem a exigência de que ao ingressar num programa de acreditação, o hospital desenvolva o processo em todos os serviços, a fim de garantir que toda a unidade hospitalar, atinja os padrões de qualidade estabelecidos, o que denota a acreditação total ou integral do hospital.

2.3.2 Instituições acreditadoras dos serviços de saúde

Atualmente à nível global, são diversas as instituições que atuam na acreditação dos serviços de saúde. Algumas destas são direcionadas apenas aos seus países de origem, enquanto outras, atuam internacionalmente. A história nos mostra que tudo teve início a partir da criação da Comissão Conjunta de Acreditação em 1951, nos Estados Unidos, composta pelo Colégio Americano de Clínicos e da Comissão Americana de Hospitais, além da Comissão Médica dos Estados Unidos e do Canadá, que em 1952 constituiu oficialmente o programa de Acreditação da Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH) (Feldman et al., 2005).

Para expressar a sua atuação em outros ambientes de saúde, além dos hospitalares em 1988 a JCAH passou a ser Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) e anos mais tarde, com o intuito de oferecer acreditação no âmbito internacional, foi criada a Joint Commission International (JCI) (Thereza et al., 2012). Além do pioneirismo da JCI, o seu modelo de avaliação tem importante influência no mercado global da acreditação (Legido-Quigley et al., 2008).

Os padrões da Joint Commission focam na segurança do paciente e na qualidade do atendimento, regularmente atualizados para acompanhar os avanços na área de saúde e medicina. No seu modelo hospitalar, são mais de 250 padrões contemplados, que incluem desde direitos e educação do paciente, controle de infecção, gerenciamento de medicamentos e prevenção de erros médicos, até a avaliação sobre a forma que o hospital verifica a competência e qualificação de seus profissionais, como se prepara para possíveis emergências e como gerencia o seu desempenho baseado em dados para a promoção da melhoria contínua (JCI, 2021a).

Outra importante instituição acreditadora surgiu em meados de 1989, com base no King's Fund, atualmente denominada de Casper Healthcare Knowledge Service (CHKS). Desde o seu primeiro serviço de benchmarking hospitalar no Reino Unido, esta acreditadora cresceu rapidamente, impulsionada pela aquisição de outras empresas do segmento que ampliaram o seu escopo, fortaleceram o seu posicionamento como referência em programas de benchmarking hospitalar e de acreditação internacional do National Health Service, sistema de saúde do Reino Unido (NHS) (CHKS, 2021a).

Fundada na Espanha a Agência Andaluza de Qualidade da Saúde (ACSA) é outra instituição acreditadora da qualidade das organizações de saúde e assistência social, que além de atuar no território nacional, expandiu seu trabalho para outros países da Europa e da América Latina, a exemplo de Portugal e Brasil. A ACSA é um organismo público vinculado ao Ministério da Saúde e da Família da Junta de Andalucía com apoio Fundação Progreso y Salud. Disponibiliza diferentes programas de certificação de acordo com o perfil da instituição e os níveis de atenção. Fundada em 2003 já certificou mais de 1.600 centros e unidades. O processo estabelecido pela ACSA inclui 4 grandes fases: 1) início do processo; 2) autoavaliação; 3) avaliação e; 4) certificação e monitoramento (ACSA, 2021).

Também reconhecida à nível mundial a instituição acreditadora Accreditation Canadá, se trata de uma organização independente, não governamental e sem fins lucrativos que disponibiliza programas de avaliação para organizações de saúde e serviço social personalizados para as necessidades locais, já que atua em mais de 38 países, o que inclui a cobertura de todo o território do Canadá. Seus mais de 120 padrões são desenvolvidos pelo Health Standards Organization (HSO), com base nas evidências desenvolvidas mundialmente, em programas de avaliação e melhoria da qualidade, para atender as diversas instituições de serviço social e de saúde, ambientes, comunidades, culturas e idiomas. O principal programa de acreditação da Accreditation Canadá é o Qmentum com foco no desenvolvimento do compromisso das instituições

com a qualidade e segurança dos doentes. O Programa de Acreditação Qmentum já está em uso em 30 países (Canada, 2021).

A Organização Nacional de Acreditação – ONA é uma instituição brasileira responsável pelo desenvolvimento e gestão dos padrões de qualidade e segurança do paciente exclusivamente no país. Atua desde 1998 e atualmente é responsável pela acreditação de mais de 80% das instituições acreditadas no Brasil. Seus padrões incluem os diversos perfis de instituições de saúde, visando a adoção de boas práticas de gestão e assistenciais para a melhoria do cuidado ao paciente. O modelo de acreditação ONA contempla a avaliação em diferentes níveis, no intuito de acompanhar a melhoria contínua na gestão e nos processos das organizações de saúde: Nível 1 Acreditado – a instituição cumpre ou supera, em 70% ou mais, os padrões de qualidade e segurança com a avaliação de todas as áreas e serviços, o que incluir questões estruturais e assistenciais; Nível 2 Acreditado Pleno – a instituição deverá cumprir ou superar os dois critérios seguintes: 80% ou mais os padrões de qualidade e segurança e 70% ou mais, os padrões ONA de gestão integrada, com evidências de que os processos são realizados de forma fluida e que existe comunicação plena entre as atividades; Nível 3 Acreditado com Excelência – as instituições precisam cumprir os superar os três critérios seguintes: 90% ou mais, os padrões de qualidade e segurança, 80% ou mais, os padrões de gestão integrada e 70% ou mais, os padrões ONA de Excelência em Gestão, que evidenciarão uma cultura organizacional de melhoria contínua e maturidade institucional. Os Níveis 1 e 2 são válidos por dois anos, já o Nível 3 possui validade de três anos (ONA, 2021).

O intuito deste subcapítulo não possui o intuito de fazer uma apresentação completa de todas as instituições acreditadas existentes no mundo, tão pouco sobre seus métodos de trabalho. Buscou-se fazer uma breve abordagem sobre as principais instituições acreditadoras reconhecidas pela ISQua com atuação nos países foco deste estudo.

2.3.3 A acreditação hospitalar em Portugal

Para trabalhar e desenvolver os aspectos da qualidade e segurança nos cuidados de saúde, o Ministério da Saúde de Portugal, por meio do Instituto da Qualidade em Saúde (IQS), implementou o primeiro programa de acreditação no ano de 1999, com o modelo inglês, à época chamado de King's Fund, atual CHKS. Passados alguns anos, o modelo da JCI chegou à Portugal com a iniciativa da Unidade de Missão dos Hospitais S.A (DGS, 2014).

Com a extinção do IQS, anos após, a Direção-Geral da Saúde criou o Departamento da Qualidade na Saúde (DQS), por meio da Portaria nº 155/2009, que assumiu todas as responsabilidades do extinto instituto. Deste novo departamento derivou a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e associada a esta, o programa nacional de acreditação em saúde, com o compromisso de ser baseado em um modelo de acreditação sustentável e de acordo com as características do cenário da saúde Português (DGS, 2014). Portugal, a exemplo de outros países, integrou a acreditação à estrutura de reformas mais amplas nos cuidados de saúde (Legido-Quigley et al., 2008).

Não há em Portugal um modelo próprio, desenvolvido especialmente para o país, com vistas à acreditação em saúde. A DGS considerou encontrar um modelo externo que atendesse as necessidades portuguesas, uma vez que todos os passos para a criação de um modelo próprio, levaria demasiado tempo. Assim sendo, o modelo escolhido para as instituições públicas de saúde em Portugal foi o da Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), instituição acreditadora com sede em Espanha, hoje chamada de ACSA Internacional (DGS, 2014).

Segundo Sistema Nacional de Saúde (SNS) existem mais de um modelo e programa de certificação e acreditação a ser utilizado em Portugal (Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde, 2021). Neste sentido, ainda que o modelo de acreditação oficial estabelecido pela DGS seja o da ACSA, os hospitais e demais instituições de saúde públicas continuaram com a autonomia para utilizar outros modelos reconhecidos internacionalmente, uma vez que, muitas destas, já haviam sido reconhecidas por outras acreditadoras, nomeadamente a CHKS e JCI.

2.3.4 A acreditação hospitalar no Brasil

Até os anos de 1990 as discussões sobre acreditação e qualidade no Brasil ocorriam de forma isolada. A partir de um acordo firmado entre a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) para a elaboração de um Manual de Padrões de Acreditação para América Latina e Caribe. Este compêndio foi distribuído em 1992 às instituições associadas à Federação Brasileira de Hospitais (FBH) (ONA, 2020).

A iniciativa da OMS e Opas não prosperou no Brasil, contudo, fomentou a composição de grupos de estudos sobre os processos de melhoria da qualidade em hospitais em 4 regiões do país. Estes estudos ao serem capitaneados pelo Ministério da Saúde do país, deu origem em 1998 ao Manual de Acreditação brasileiro, onde foram

padronizadas as iniciativas e experiências dos grupos de trabalhos regionais em um projeto nacional, baseadas no documento original da Opas e nas melhores práticas internacionais existentes (ONA, 2020).

Ainda na fase de testes do manual, realizado em hospitais de diversas regiões do Brasil, o Ministério da Saúde (MS) percebeu que seria necessário desenvolver um Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA) a ser conduzido por uma instituição específica para esse fim. Então, em 1999 nasceu a Organização Nacional de Acreditação (ONA), oficializada em 2001, por meio de uma portaria do MS que reconheceu as atribuições da organização. Alguns pontos definidos para a estrutura base da ONA permanecem até hoje, a exemplo do Conselho de Administração plural, composto por representantes de entidades compradoras de serviços de saúde, prestadoras de serviços de saúde e órgãos governamentais (ONA, 2020).

Ainda que o Sistema Único de Saúde (SUS) não exige que os hospitais sejam acreditados pela ONA, os programas de acreditação tem auxiliado a implementação e a garantia da qualidade para uma melhoria progressiva nos serviços dos hospitais brasileiros, favorecendo que os profissionais sejam incluídos na mudança esperada, por meio da avaliação contínua, estabelecimento de metas claras, minimização de fragilidades com o objetivo único de aprimorar a qualidade da assistência prestada (Novaes, 2015).

Desde a criação da ONA e do Sistema Brasileiro de Acreditação, o Brasil foi recebendo novas instituições acreditadoras internacionais. Atualmente a JCI, a Qmentun e ACSA tem atuação no país com hospitais acreditados, contudo, ONA e JCI, respectivamente, são as que detém maior número de hospitais adequados aos seus padrões.

2.4 A origem do lean

O lean surgiu no Sistema Toyota de Produção (Toyota Production System – TPS), no Japão pós-Segunda Guerra Mundial e teve sua criação atribuída ao engenheiro Taiichi Ohno. Os resultados alcançados foram excelentes, decorrentes das práticas implementadas com o foco na eliminação do desperdício para atribuir maior rapidez e flexibilidade aos processos, para entregar aos clientes o que eles desejavam, quando desejavam, com o máximo de qualidade e a um custo interessante (Liker, 2015).

Foi por meio de um estudo de cinco anos sobre o futuro do automóvel, realizado por pesquisadores do Massachusetts Institute of Technology (MIT) de onde surgiu o

livro “A Máquina que Mudou o Mundo”, publicado em 1990, a filosofia da produção enxuta foi difundida e reconhecida mundialmente (Womack, J. P; Jondes, D. T.; Roos, 2004).

O propósito central do lean é a eliminação total dos desperdícios, de tudo aquilo que impossibilita o adequado avanço do processo, com o intuito de deixar apenas o que agrega valor na perspectiva do cliente (Shingo, 2017). O lean busca a perfeição ao promover o trabalho sem paradas, ao eliminar as perdas e solucionar os problemas, com foco no fluxo de valor e no cliente.

Inicialmente o lean foi muito associado às indústrias automotivas, ficando restrito à produção deste tipo de empresa. Ao longo dos anos ganhou espaço em outros segmentos empresariais, a partir do interesse das organizações em descobrir o segredo dos bons resultados da Toyota. Foi assim que o lean passou a ser utilizado também em instituições de saúde (Convis., 2013).

2.4.1 O lean no segmento da saúde

O lean passou a ser usado no setor saúde, em hospitais, a partir de 1990 (Graban, 2013). Neste segmento, encontrar formas de melhorar a qualidade da assistência prestada e ao mesmo tempo aferir maior eficiência, tem sido um dos principais desafios dos gestores. Somado a isso, existe a necessidade de responder às oscilações de demanda, a redução dos custos e a promoção de maior valor agregado ao doente (Zepeda-Lugo et al., 2020).

O lean tem contribuído para melhorar a qualidade do cuidado prestado ao doente, melhorar a segurança, eliminar atrasos, reduzir a demora média, por exemplo, sem utilizar mais recursos para isso (Westwood et al., 2007). Foi para qualificar uma instituição de alto desempenho ou que trabalha a jornada do doente com foco no processo, construído por equipa multidisciplinar, com altos níveis de aprendizagem que oportunizam a melhoria contínua, que literaturas de saúde e clínicas começaram a descrever as abordagens dos sistemas enxutos de saúde, usando o termo lean para caracterizá-las (Rich & Piercy, 2013).

Nesse sentido, o lean vem ganhando espaço, pois fomenta a redução dos custos ao impulsionar a melhoria da qualidade. Desmistifica a ideia de que melhorar a qualidade incide em aumento de custos de operação, uma vez que ao aprimorar os processos organizacionais, a exemplo da prevenção de erros, é possível desencadear um impacto positivo para a redução dos custos do cuidado em saúde (Graban, 2013).

São muitos os resultados positivos conhecidos com a melhoria da qualidade que o lean vem ocasionando em diversos hospitais em todo o mundo. Contemplam desde resultados assistenciais, desempenho de funcionários e aspectos financeiros, a exemplo do UPMC St. Margaret Hospital, localizado na Pensilvânia, que reduziu em 48% os índices de reinternação de doentes com doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC); já o hospital St. Boniface Hospital, sediado em Manitoba, obteve um aumento de 15% nos escores de comprometimento dos funcionários com a sua missão; e no Denver Health, hospital do Colorado, houve um resultado positivo de US\$ 54 milhões, por meio da redução de custos e aumento das receitas (Graban, 2013).

Como uma das premissas do lean é eliminar desperdícios e agregar mais valor (Womack; & Daniel T Jones, 2004), o lean healthcare separa as atividades em duas grandes categorias: com valor agregado (VA) e sem valor agregado (NVA) (Cohen, 2018). As atividades VA são aquelas indispensáveis às necessidades dos doentes, enquanto as NVA consomem recursos (humanos, físicos, insumos, tempo, etc) e não contribuem para o atendimento do doente.

Desta forma, ao identificar as atividades NVA, consideradas desperdício, o próximo passo é estruturar ações para que sejam eliminadas. Desperdício é tudo o que não seja essencial para agregar valor, considerando a quantidade mínima de equipamentos, espaço, tempo, insumos e recursos humanos (Westwood et al., 2007).

Muito além de trabalhar apenas a eliminação dos desperdícios em departamentos específicos, o lean pode se tornar a forma de gestão da organização, a maneira como a operação é conduzida, passando a integrar a estratégia (Graban, 2013). Por meio do pensamento lean e suas ferramentas associadas, os hospitais conseguem observar toda a jornada do doente, percebem como o trabalho é feito, identificam e eliminam os desperdícios nos processos (Westwood et al., 2007).

Por possibilitar uma análise detalhada dos processos para a eliminação dos desperdícios, o lean oportuniza a ampliação da qualidade no cuidado aos doentes, contribui para que os problemas enfrentados pelas equipes sejam resolvidos para que estas possam dedicar seus esforços e tempo na assistência aos doentes (Graban, 2013).

O pensamento enxuto requer que os problemas sejam tratados com clareza e reconhecidos como oportunidades de melhoria nos processos (Graban, 2013). O foco deve ser para a melhoria do fluxo assistencial, eliminar o esforço ineficaz e maximizar o valor aos doentes. Isto tudo, por fim, ajudará a reduzir custos. Segundo o IOM, ao melhorar a qualidade a partir da redução de desperdícios causados por uso excessivo

ou uso incorreto, ocorre um aumento de valor dos serviços de saúde, que pode ser compreendido como o benefício de saúde por dinheiro gasto (Institute of Medicine, 1998).

O lean procura melhorar os resultados atingidos por meio da assistência prestada ao utente, ao aperfeiçoar os processos de toda a cadeia produtiva do cuidado, uma vez que segundo Porter & Teisber o valor em saúde “só pode ser medido tomando-se por base o ciclo de atendimento, e não um procedimento, serviço, consulta ou exame isoladamente” (Porter & Teisberg, 2007. p.22). De forma sintética, segundo os autores, o valor em saúde pode ser considerado como os resultados alcançados em relação aos custos, o que denota a inclusão da eficiência (Porter & Teisberg, 2007).

O lean possibilita uma melhora nas interfaces entre os processos independentes, evitando e rompendo barreiras que comprometem a realização de um trabalho coeso e conjunto, o que de forma direta oportuniza maior eficiência nas entregas. Ao reduzir riscos e custos e promover uma melhoria sustentável em longo prazo para as organizações hospitalares, o lean permeia todo o sistema organizacional, provocando mudanças positivas (Graban, 2013).

Para que resultados positivos sejam alcançados por meio do lean é preciso que exista uma mudança na forma como as instituições são gerenciadas (Westwood et al., 2007). O lean auxilia na análise de como o trabalho é executado e em quais pontos existem possibilidades de melhorias para a promoção de maior qualidade e produtividade, além de ser utilizado para a identificação e solução de problemas enfrentados na execução diária do trabalho (Graban, 2013).

Para que o lean seja capaz de promover todos os impactos positivos na qualidade, é preciso que seja conduzido por liderança com visão sistêmica, persistência e capacidade. Encontrar lideranças capazes de implementar a estratégia transformadora do lean, a fim de afetar positivamente os cuidados de saúde aos doentes é um dos principais desafios (Graban, 2013). As lideranças tem o papel de desenvolver um olhar crítico nos colaboradores, para que sejam as principais fontes e promotores da melhoria na execução diária das suas atividades e cada vez mais, mudanças positivas sejam conquistadas e permaneçam, visto que “só é possível manter os ganhos de uma abordagem enxuta com o foco incansável na melhoria contínua de todos os processos” (Liker & Timothy N. Ogden, 2012, p.13.)

O lean oportuniza aos líderes das organizações a compreenderem que o foco de análise e resolução dos problemas devem ser os processos que compoem todo o sistema e não as pessoas. Desenvolve o entendimento de que é possível corrigir os problemas, fragmentar as ações e realizar pequenas melhorias no dia a dia e gerenciá-

las para que, de forma coletiva e continuada, possam promover um ganho sustentável ao hospital (Graban, 2013). Os colaboradores por sua vez, com o desenvolvimento do pensamento enxuto, compreendem que conseguem fazer mais com menos: esforço humano, equipamento, menos tempo e espaço, e ainda assim, continuar a atender o que os clientes querem, trazendo ainda, maior satisfação à execução do trabalho (Womack; & Daniel T Jones, 2004).

Isto é algo que necessita de uma base institucional que promova o desenvolvimento contínuo das pessoas, incentive o aprendizado dos funcionários, com capacidade de promover uma cultura organizacional voltada para constantes ações de melhoria, para que desencadeiem no progresso da organização como um todo (Graban, 2013).

O lean se diferencia de outras abordagens de melhoria por promover um envolvimento dos profissionais para atuarem diretamente sobre os problemas relacionados às suas tarefas diárias (Rother, 2010). Estimula as equipes para que sejam detalhistas ao observar as possibilidades de melhorias sem que exista a dependência de um especialista externo para conduzir e determinar soluções aos equívocos detectados (Graban, 2013).

A partir da execução das atividades laborais diárias de forma mais eficiente, com a implementação de melhorias em todo o sistema percebido de forma macro, decorre em menos esforço das pessoas para o atingimento dos resultados, ou seja, os indivíduos passam a ser afetados positivamente pelas melhorias (Graban, 2013).

O lean é comprovadamente uma metodologia capaz de ampliar a segurança, qualidade e custos dos cuidados em saúde, além de oportunizar redução de esperas e a maior satisfação dos funcionários (Graban, 2013).

2.5 A visão sistêmica

A teoria dos sistemas não é uma abordagem nova de gestão, contudo, ainda não existe uma definição universalmente aceita. O foco comumente utilizado é o de analisar cada organização como um corpo único e interconectado (Rich & Piercy, 2013). Para complementar o presente estudo, se buscou demonstrar o quão importante é a visão sistêmica nas instituições hospitalares. A pertinência do olhar macro da gestão nas organizações, considerando as muitas conexões, interações e inter-relações existentes (Deming, 1990), para o atingimento de melhores resultados na gestão da qualidade,

especialmente no que tange aos processos de acreditação e projetos de melhoria por meio do lean.

Nota-se um crescimento recente do enfoque ao pensamento sistêmico no setor da saúde, impulsionado pela complexidade das organizações, da burocracia e das hierarquias que as envolvem, do impacto de suas microculturas e dos conjuntos de habilidades e especialidades (Rich & Piercy, 2013). A visão sistêmica oportuniza melhorias contínuas, por meio da análise dos processos individualizados, mas não isolados, ao considerar a ligação com os processos antecedentes e procedentes, desde os clínicos aos administrativos (Boaden, R., Harvey, G., Moxham, C., Proudlove, 2008).

Compreende-se que para promover melhores resultados, a gestão necessita clarificar os objetivos dos esforços institucionais para a melhoria da qualidade, oportunizar um alinhamento do trabalho executado e, conseqüentemente, a mitigação do esforço e a redundância de atividades, a partir do olhar do todo organizacional e integrado das partes. Ver a instituição de forma sistêmica é um dos fundamentos de W. Edwards Deming, em sua teoria do Sistema de Conhecimento Profundo (Deming, 1990), o que nos ajuda a compreender a sua importância na gestão das organizações.

Deming explica que a gestão precisa considerar as quatro perspectivas do sistema: 1) a visão sistêmica: ver a organização como um sistema composto de processos correlacionados; 2) o conhecimento da variação: processos e indicadores variam. É necessário estudar e aprender com essa variação; 3) a teoria do conhecimento: é preciso saber como gerar conhecimento sobre o que está em execução e compreender como disseminá-lo para toda a empresa e; 4) a psicologia: empresas são compostas por pessoas, com seus próprios objetivos e ambições. Compreendê-los é crucial para o sucesso da organização (Deming, 1990).

Peter Senger considera que o pensamento sistêmico possibilita coerência entre a teoria e a prática, unindo recursos ao invés de separá-los, conscientizando de que o todo pode exceder a soma das partes. Senger enfatiza que para que haja pensamento sistêmico é necessário: visão compartilhada; modelos mentais; aprendizagem em equipa e domínio pessoal (Senger, 2010).

Kralj destaca que perceber os problemas como decorrentes de um sistema geral, a partir da relação do todo, é a base do pensamento sistêmico que permite analisar a causa raiz e contextual, evitando que possa se agravar (Kralj, 2009). A palavra sistema aqui utilizada significa o todo organizacional - setores ou equipas (Piercy et al., 2009).

A gestão com a abordagem integrada, ao considerar a organização como um sistema, opõe-se ao trabalho isolado de departamentos ou processos, com o trabalho e

a gestão distintas e independentes. É suposto que todas as partes desenhem e estabeleçam as conexões e interações necessárias para as ações conjuntas, no intuito de atingir os objetivos comuns, neste caso específico, a melhoria da qualidade do serviço prestado.

Uma visão do sistema da organização, oportuniza a orientação a partir do macrofluxo único, contudo, sem desconsiderar as partes que o compõe. É necessário que todos os esforços organizacionais estejam alinhados no mesmo sistema que deve ser desenhado para que a operação seja mais eficaz (Piercy et al., 2009). As interações entre os vários processos e suas especificidades, precisam ser percebidas e respeitadas, com o objetivo de otimizar a execução do trabalho, ao eliminar barreiras, interrupções e desperdícios, bem como, possibilitar segurança assistencial, ao criar métodos de controle e sinalização de problemas organizacionais, que poderão evitar as falhas nas atividades. Olhar para o todo de forma integrada, ajuda ainda a criar um foco de longo prazo, ao não buscar culpados pelos resultados insatisfatórios, uma vez que os gestores têm sua concentração em impulsionar os pontos sistêmicos para o bom resultado.

É imperioso que ao planejar ações de melhoria nos hospitais, seja considerada toda a cadeia de valor da assistência, bem como os processos que sustentam a sua execução, com o entendimento de continuidade e integração dos fluxos, uma vez que ao se abordar melhorias em organização com sistema complexo, o conhecimento das inter-relações e inter-dependências se torna fundamental para que não sejam desenvolvidas atividades sobrepostas e desconexas, além de que, segundo Rich & Piercy “as dependências dentro de um sistema significam que uma falha em um ponto é influenciada por outras partes do sistema e, por sua vez, influencia outras partes do sistema” (Rich & Piercy, 2013, p.7).

É necessário que os gestores compreendam que a organização deve ser observada como um sistema integrado. O fato de melhorar uma parte do sistema, não significa que o resultado impactará a empresa como um todo. Da mesma forma, precisa existir a compreensão de que ao otimizar um processo não significa que ele estará operando com o máximo de benefício para todo o sistema (*The W. Edwards Deming Institute*, 2021a).

Neste interim, ter pensamento sistêmico, conhecer ferramentas e métodos de gestão que possam ser complementadas para o atingimento dos objetivos, é essencial para a melhoria da qualidade nos serviços hospitalares. Para o Dr. Deming, o propósito de uma organização é o de criar um sistema que proporcione benefícios a todas as

partes interessadas (Deming, 2000) . O maior desafio para a implementação das atividades de melhoria da qualidade na área da saúde é o trabalho alinhado, ao considerar a necessidade de interação em duas principais vertentes: clínica e gerencial (Boaden, R., Harvey, G., Moxham, C., Proudlove, 2008).

O Dr. Deming alertou sobre a alta porcentagem de problemas atribuíveis ao sistema, em relação às causas especiais (fora do sistema), tirando a relação direta da ocorrência de erros à ação humana. Obviamente, isso não quer dizer que os problemas sejam inevitáveis, apenas significa que a maneira mais eficaz de evitar esses problemas no futuro é melhorar o sistema (The W. Edwards Deming Institute, 2021b).

O trabalho para a promoção da melhoria da qualidade inclui a gestão da mudança organizacional, que o torna um processo complexo por envolver treinamentos específicos, dissiminação do conhecimento sobre métodos e abordagens de melhoria, equipes dedicadas às ações de melhoria, disponibilização de dados, entre outros fatores (Boaden, R., Harvey, G., Moxham, C., Proudlove, 2008).

Autores consideram que não é necessário desenvolver uma nova metodologia para a implementação de melhorias no segmento saúde e sim buscar a integração das existentes, conciliando conflitos entre elas, absorvendo o aprendizado de cada perspectiva, a fim de promover a contínua melhoria (Boaden, R., Harvey, G., Moxham, C., Proudlove, 2008).

Assim sendo, repensar o desenho dos processos na área da saúde incluem questões implícitas e explícitas para o utente, os recursos necessários para a execução da atividade e a maneira como são executados. O intuito deve ser o de proporcionar melhorias nos processos operacionais para ampliar os resultados positivos aos clientes (Slack et al., 2013). Neste sentido, o lean se destaca com forma para a melhoria da qualidade dos processos, bem como, na otimização dos fluxos para a promoção do pensamento sistêmico (Boaden, R., Harvey, G., Moxham, C., Proudlove, 2008), ao passo em que o processo de acreditação estabelece os padrões e requisitos de qualidade que direcionam os esforços de melhoria.

O pensamento sistêmico é essencial para conectar as crescentes iniciativas internas dos hospitais, com o propósito de melhorar a qualidade do cuidado, que se voltam, cada vez mais, para a segurança do doente, apesar de serem escassas as pesquisas direcionadas ao tema, o que denota a existência de um campo fértil e importante para o desenvolvimento de estudos acadêmicos voltados à ciência da melhoria. A suposta inexistência de uma metodologia considerada ideal para a abordagem da melhoria é um ponto de discussão, devido a necessidade de colaboração

entre as múltiplas disciplinas na área da saúde (Boaden, R., Harvey, G., Moxham, C., Proudlove, 2008).

Nesse sentido, é necessário alinhar todos os esforços de melhoria e controles internos, a exemplo das ferramentas de medição, como o uso de indicadores, que foram os primeiros desenvolvimentos da qualidade pela enfermagem (Boaden, R., Harvey, G., Moxham, C., Proudlove, 2008) e reconhecer que os resultados não são necessariamente iguais à qualidade (Slack et al., 2013). É necessário que o olhar sistêmico amplie a concepção de qualidade existente nos hospitais, e passe a incluir na análise do impacto positivo que deve advir da melhoria da qualidade, além das questões diretamente relacionadas à assistência prestada aos utentes, pontos como um melhor faturamento, redução de custos, maior produtividade e um melhor uso dos recursos (Slack et al., 2013).

É esperado que as pessoas percebem um serviço ou produto de formas distintas, embasadas em suas vivências pregressas, conhecimento e expectativas individuais. No caso de serviços de saúde, por exemplo, os utentes podem não ter a capacidade de analisar tecnicamente, e assim, tendem a utilizar como base de avaliação da qualidade a conduta dos profissionais que prestaram a assistência (Slack et al., 2013).

3. METODOLOGIA

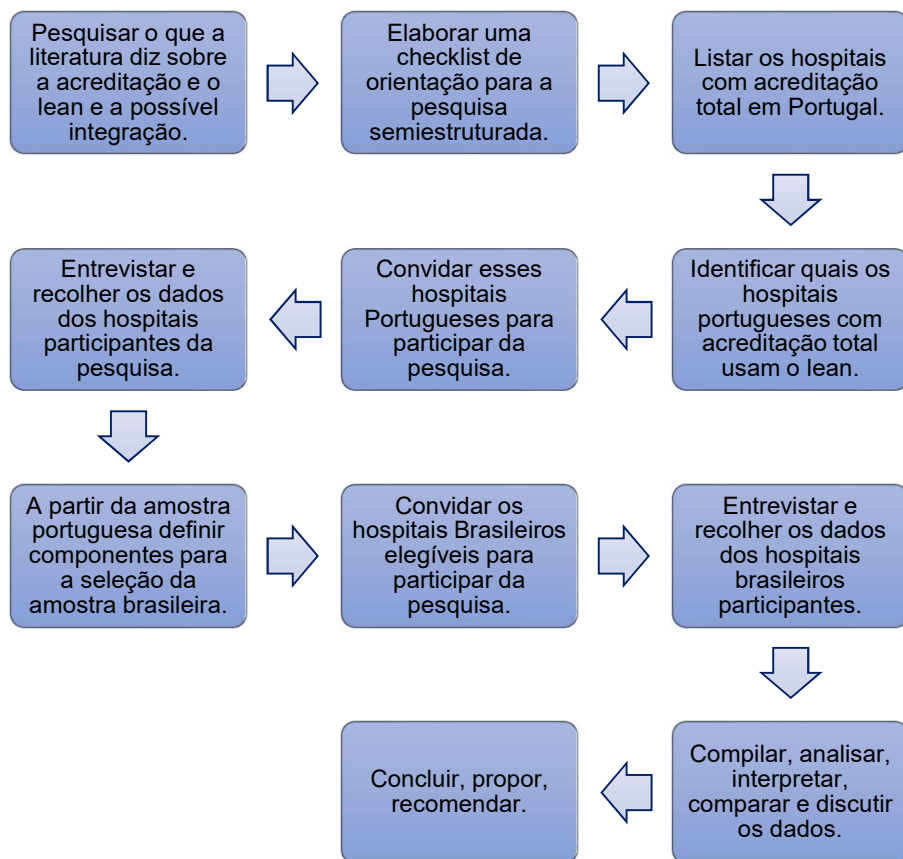
Neste capítulo estão descritos os procedimentos metodológicos utilizados para o desenvolvimento do estudo. Como parte inicial, é feita a caracterização da pesquisa, demonstração dos critérios para a definição da população, seleção da amostra e participantes. Em seguida estão dispostas as informações sobre os métodos de recolhas de dados utilizados, os procedimentos de análise dos dados e a fiabilidade do estudo.

3.1 Caracterização da pesquisa

O primeiro passo desta pesquisa foi a realização de um levantamento bibliográfico sobre a acreditação e o lean. Buscou-se ainda, identificar a existência de estudos pregressos que pudessem apresentar a união dos dois assuntos: a acreditação e o lean. Ambas pesquisas subsidiaram a construção do referencial teórico desta dissertação. Ao findar do primeiro passo, foi possível dar início ao segundo passo, que buscou identificar a metodologia para atender aos objetivos deste estudo.

Com o intuito de trazer maior clareza sobre o percurso seguido para a elaboração desta dissertação, apresenta-se a figura a seguir:

Figura 01: Percurso seguido para a elaboração desta dissertação



O presente estudo segue uma abordagem qualitativa. Segundo Yin (2016), esta abordagem aplica-se para que sejam conhecidas as perspectivas e os pensamentos dos profissionais no contexto real, para promover conceitos e auxiliar a esclarecer o comportamento social humano (Yin, 2016). Assim sendo, optou-se pela pesquisa qualitativa para perceber o pensamento e as perspectivas dos gestores da qualidade acerca da acreditação hospitalar e do lean, no contexto real experienciado pelos participantes nos hospitais que integraram o estudo.

Esta pesquisa caracteriza-se como exploratória, que, segundo Gil (2019), é realizada para desenvolver, esclarecer e modificar conceitos, com o intuito de se obter uma ideia aproximada sobre o tema estudado, especialmente quando ainda é pouco explorado, genérico e amplo e que necessita de delimitação e aprofundamento para o seu entendimento, subsidiado por revisão de literatura neste caso, usada para compreender a visão dos gestores da qualidade sobre o uso do lean em hospitais

acreditados. Ainda segundo Provdanov & Freitas (2013) a pesquisa exploratória oportuniza que o tema seja visto de diversos aspectos e ângulos, por meio da flexibilidade de seu planejamento, e pode incluir desde o levantamento bibliográfico, a realização de entrevistas para conhecer sobre as práticas e experiências foco do tema em estudo, e ainda, analisar exemplos para estimular e ampliar a compreensão do objeto central da pesquisa (Provdanov & Freitas, 2013).

Quanto aos procedimentos, o presente estudo caracteriza-se como um estudo de caso, que conforme explica Yin (2015), permite aos investigadores um entendimento holístico com base na realidade. Segundo o mesmo autor, existem três aspectos que devem ser observados para corroborar a escolha pelo estudo de caso: 1) questão da pesquisa com o uso de “como” ou “porquê”; 2) a não existência de controles comportamentais por parte do pesquisador e; 3) quando o foco do estudo trata-se de um fenômeno contemporâneo experienciado no contexto real (Yin, 2015).

A escolha pelo estudo de caso justifica-se assim pelo estudo de temas contemporâneos, que são a acreditação hospitalar e o lean, analisado no contexto experienciado pelos gestores da qualidade participantes do estudo, no âmbito real de seu trabalho. A pesquisa contemplou mais de um caso, ou seja, casos múltiplos, sendo assim considerada um estudo de casos múltiplos, que segundo Provdanov & Freitas (2013) possibilita maior robustez nas conclusões, por envolver mais de um caso, e assim costumam ser mais convincentes (Provdanov & Freitas, 2013).

3.2 População, amostra e participantes

Serão apresentadas a seguir a composição da população, da amostra e dos participantes, os critérios usados para a escolha e elegibilidade, a justificativa para sua utilização, bem como a forma de operacionalização das etapas.

3.2.1 População

De acordo com Provdanov & Freitas (2013), “a população (ou universo da pesquisa) é a totalidade de indivíduos que possuem as mesmas características definidas para um determinado estudo” (Provdanov & Freitas, 2013, p. 98). A população considerada para a realização desta pesquisa foi composta por hospitais brasileiros e portugueses, a partir de dois requisitos para a elegibilidade:

1) ser um hospital acreditado, e;

2) ser um hospital que usa o lean em projetos de melhoria de qualidade.

Foram selecionados apenas os hospitais que atendiam ambos os requisitos. O intuito de selecionar somente hospitais acreditados é que, habitualmente, estas organizações necessitam estabelecer estruturas internas de trabalho no âmbito da gestão da qualidade, sendo provável que tenham desenvolvido maior maturidade neste processo em comparação aos que ainda não alcançaram a acreditação (Henrique et al., 2015). O segundo critério da escolha está relacionado ao uso do lean em projetos de melhoria nestes hospitais acreditados, requisito complementar para subsidiar a construção da resposta à pergunta de partida desta dissertação.

3.2.2 Amostra

Segundo Marconi & Lakatos (Marconi & Lakatos, 2003, p. 223) a amostra “é uma porção ou parcela, convenientemente selecionada do universo - população”. Também na visão de Provdanov & Freitas a amostra é um subconjunto da população, para a qual são estimadas características específicas que as diferenciam dentro desta população. Para esta pesquisa foi utilizada uma amostra não probabilística intencional, caracterizada quando o pesquisador “se dirige intencionalmente a grupos de elementos dos quais deseja saber a opinião” (Provdanov & Freitas, 2013, p. 99).

De acordo com Merriam (Merriam, 2009) a amostra intencional é baseada em critérios essenciais previamente estabelecidos para a seleção dos casos. Para a escolha dos hospitais da amostra deste estudo, foi adicionado um requisito específico: os hospitais deveriam possuir acreditação no seu todo, no intuito de diferenciar os hospitais dentro da população selecionada, com a principal finalidade de minimizar um possível viés da pesquisa, visto que, no caso da amostra incluir hospitais com acreditação parcial (em um único serviço/setor ou em alguns serviços/setores), poderia tornar frágil a avaliação da possível integração do lean ao projeto de acreditação institucional, pois a acreditação poderia ter sido conquistada por serviços, sem que estes tivessem sido alvo de projeto lean.

3.2.3 Participantes

Para a realização deste estudo, foram considerados como “participantes” os hospitais elegíveis de acordo com os critérios estabelecidos: acreditação total, utilizadores do lean e que os gestores da qualidade aceitaram participar desta pesquisa.

3.2.4 Passos para a seleção da população, amostra e participantes

Para a seleção da população, amostra e participantes deste estudo foram seguidos alguns passos sequenciais, no cenário dos hospitais portugueses e brasileiros. Cabe ressaltar que a primeira parte desta etapa foi direcionada ao setor hospitalar Português, uma vez que o número de hospitais é consideravelmente menor do que no mercado Brasileiro, e, conseqüentemente, as unidades hospitalares elegíveis e que aceitariam integrar a pesquisa, também seriam em número menor. Esta busca por hospitais elegíveis foi realizada de maio a setembro de 2021. Os passos utilizados para guiar esta etapa são descritos a seguir.

Hospitais portugueses:

1º passo: conhecer o número total de hospitais existentes em Portugal (públicos, privados, parceria público-privada (PPP), do setor social, ou privados sem fins lucrativos). Este levantamento ocorreu por meio do acesso ao portal do Instituto Nacional de Estatística - INE, na página inicial “Produtos” e em seguida “Base de Dados”. Foram selecionados os filtros relativamente ao número de hospitais e a localização geográfica. O resultado obtido foi o seguinte: um total de 238 hospitais, destes 220 no Continente, 8 na Região Autónoma dos Açores e 10 na Região Autónoma da Madeira. Conforme informação existente no rodapé da página web, a última atualização destes dados foi em 13 de maio de 2021 (INE, 2021).

2º passo: identificar os hospitais acreditados em Portugal. Não foi localizada uma única página web com esta informação, então para compor esta informação a pesquisa incluiu duas formas distintas de busca:

- Hospitais públicos: para conhecer quais hospitais públicos possuíam acreditação pelo modelo ACSA, metodologia utilizada para a acreditação dos serviços de saúde públicos em Portugal, realizou-se uma busca por meio do Portal do Serviço Nacional de Saúde, no tópico “Transparência” (SNS, 2021a). A partir do ícone “Catálogo”, foi selecionada a opção “Certificação de Unidades de Saúde”, utilizando o filtro da data até abril de 2021. Esta pesquisa resultou em 21 hospitais, distribuídos nas diversas regiões de saúde, com pelo menos um serviço acreditado. Ressalta-se que a metodologia de acreditação ACSA, utilizada pelo Serviço Nacional de Saúde, possibilita que serviços/setores sejam acreditados de forma isolada. Significa dizer que não existe prerrogativa que obriga o hospital a buscar a acreditação total, ou seja, passar por avaliação e atingir os padrões de qualidade estabelecidos previamente pela acreditadora em todos os setores/serviços (SNS, 2021b).

- Hospitais acreditados por outras instituições acreditadoras em Portugal (públicos, privados, parceria público-privada, ou outros): é de conhecimento comum dos profissionais que atuam na qualidade em saúde em Portugal, que além da instituição acreditadora ACSA, têm atuação no segmento da acreditação em saúde no país as empresas CHKS e JCI, caracterizadas anteriormente nesta dissertação. Desta forma, a pesquisa foi complementada por meio do acesso à página de ambas instituições acreditadoras em 19/05/21, utilizando o filtro por país “Portugal”. Na busca realizada no portal da JCI, foram identificados 9 hospitais acreditados a partir dos padrões desta instituição. Destes, 5 hospitais privados, 3 PPP e apenas 1 público. Já no site da CHKS, a pesquisa resultou em 05 hospitais acreditados por esta instituição, sendo todos públicos (JCI, 2021b) (CHKS, 2021b).

3º passo: identificar os hospitais que possuem acreditação total. Uma vez que o foco foi o de incluir os hospitais acreditados no seu todo, não foram considerados elegíveis as instituições pertencentes ao modelo de acreditação da ACSA, utilizado pelo SNS, visto que não foi identificado hospital com acreditação total por esta metodologia. Foram considerados elegíveis para compor a amostra, aqueles acreditados pela JCI e CHKS, uma vez que estes hospitais possuem acreditação total (acreditação em todos os serviços do hospital) de ambas instituições acreditadoras, o que totalizou 14 hospitais, sendo: 5 hospitais privados, 3 PPP e 6 públicos.

4º passo: identificar os hospitais que possuem acreditação total e utilizam o lean. Neste passo é que ocorreu a identificação da amostra, sendo que “utilizar o lean” foi o requisito necessário para inclusão da unidade hospitalar como parte desta pesquisa. O ponto de partida para identificar a amostra foram os 14 hospitais elegidos no passo anterior. Como o intuito não é divulgar quais são os hospitais abordados, passamos a utilizar um número sequencial para identificá-los: Hospital 1; Hospital 2; Hospital 3; e assim por diante, até o Hospital 14.

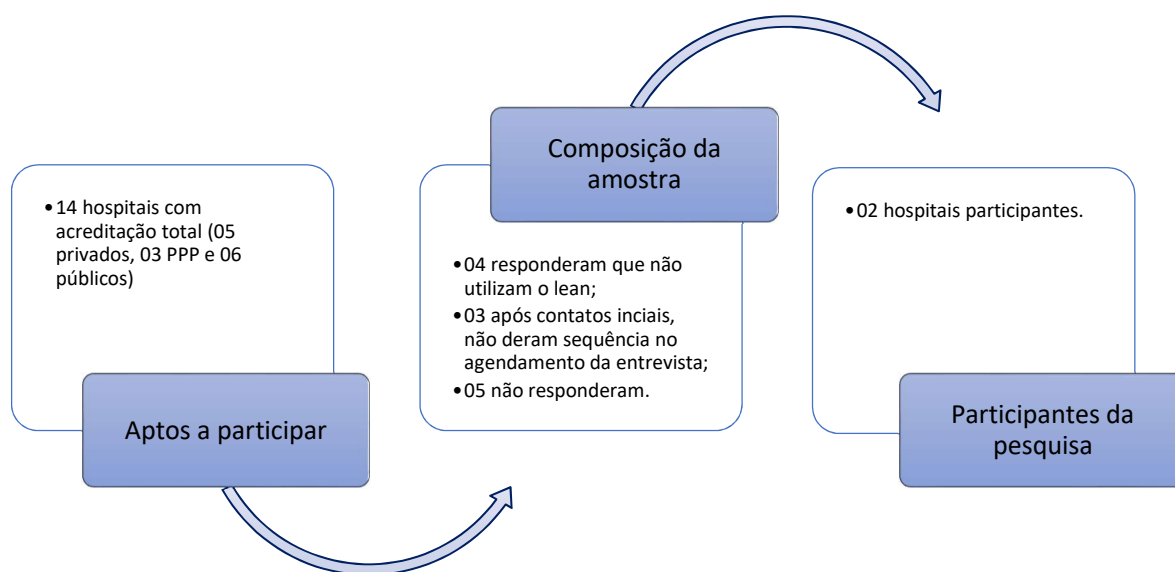
- Inicialmente, realizou-se pesquisa nas páginas da web dos 14 hospitais para tentar identificar notícias ou informações que viessem a referir o uso do lean em projetos de melhoria. Esta pesquisa não foi capaz de ofertar as respostas necessárias. Como segunda tentativa, foram buscados nos próprios sites dos hospitais um endereço de e-mail, ou ainda, um número de telefone para contato. Infelizmente esta abordagem não teve resultado satisfatório. Dos poucos contatos identificados, quando acionados, nem todos repercutiram respostas favoráveis. A alternativa complementar utilizada a seguir foi por meio da página do LinkedIn (LinkedIn, 2021).

- As buscas pelo LinkedIn ocorreram da seguinte forma: 1) Localizadas as páginas de cada hospital (dos 14 selecionados). Uma vez na página do hospital, foi selecionado o ícone “pessoas” – que permite saber quais as pessoas estão com o seu perfil profissional ligadas a este hospital – e, em seguida, foram incluídos os cargos “gestor da qualidade”; “diretor da qualidade”; “qualidade”; “segurança do doente”, “director of quality”; “quality and patient safety”. A partir do resultado da busca, era possível identificar um ou mais profissionais, para os quais foram enviadas mensagens “privadas” com a apresentação da investigadora e a contextualização da pesquisa, seguida de duas perguntas: 1) Se o hospital usa o lean em projetos de melhoria e, no caso de a resposta ser afirmativa; 2) Se este profissional estava disposto a contribuir com a pesquisa. Cabe ressaltar que a metodologia proposta nesta pesquisa, o foco são os gestores da qualidade dos hospitais participantes, para que pudessem expor suas experiências e percepções sobre a acreditação e os projetos lean realizados na unidade onde trabalham.

O resultado obtido está descrito a seguir:

- Hospitais 01, 02, 09 e 10 responderam às mensagens, informando que não utilizam o lean em seus projetos de melhoria (dois privados, um público e um PPP);
- Hospitais 03, 05 e 11 após contatos iniciais, não deram continuidade ao agendamento das entrevistas (um privado, um público e um PPP);
- Hospitais 04, 06, 07, 08 e 12 não responderam aos contatos (três privados, um público e um PPP);
- Hospitais 13 e 14 aceitaram participar da pesquisa e assim foram considerados hospitais participantes (dois públicos).

Figura 02: Hospitais da Amostra e Participantes do Cenário Português



Estes dois hospitais participantes da amostra portuguesa, a partir desta parte da pesquisa, serão denominados de hospital 01 e hospital 02, respectivamente.

Hospitais Brasileiros:

A partir da identificação de quais hospitais possuem a acreditação total em Portugal; que utilizam o lean em projetos de melhoria e que aceitaram participar da pesquisa é que foram iniciadas as buscas pelos hospitais brasileiros para integrar a amostra. Significa dizer que, a partir do perfil identificado destas organizações hospitalares portuguesas participantes, é que se deu a busca dos hospitais brasileiros. A lógica de pesquisa utilizada no cenário brasileiro não seguiu a mesma sequência da busca dos hospitais portugueses, visto a existência de mais de 6.500 hospitais no Brasil (FBH, 2020).

Para a seleção da amostra brasileira foi utilizada a seleção intencional (Merriam, 2009), a partir da inclusão de 2 componentes de comparação à amostra portuguesa, a fim de obter semelhanças e diferenças na forma da utilização do lean em projetos internos e assim, oferecer maior robustez na discussão e conclusão deste estudo. Os dois componentes foram:

- Componente 1: hospital acreditado por instituição internacional (atuante no Brasil e em Portugal).

- Componente 2: hospital acreditado com pelo menos 3 ciclos de acreditação. Este componente foi escolhido uma vez que os dois hospitais Portugueses participantes ultrapassaram os 3 ciclos de acreditação.

A partir dos 2 componentes acima relacionados, a busca pela amostra brasileira seguiu os seguintes passos:

Passo 1: aceder aos sites das instituições acreditadoras internacionais (conforme componente 1).

A partir das buscas realizadas no passo 1, foram indetificadas as instituições acreditadoras internacionais que atuam no Brasil. São elas:

- QMentum International, da Accreditation Canadá, metodologia aplicada no Brasil por meio da Joint Venture com o Health Standards Organization (HSO) desde 2007 (Cristina & Silva, 2017), (IQG, 2021).
- Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), por meio do Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde (IBES), desde o ano de 2018 (IBES, 2021);
- Joint Commission International (JCI), por meio de um convênio com o Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), desde o ano 2000 (CBA, 2021).

Ao considerar os dois componentes descritos para a escolha da amostra dos hospitais brasileiros, identificou-se que apenas os hospitais acreditados pela JCI estariam aptos a integrar a pesquisa, visto que, a metodologia da Qmentum International não é utilizada em Portugal e assim, não atende ao componente 1. Já a metodologia da ACSA, é utilizada no Brasil apenas a partir de 2018, desta forma, não atende ao componente 2, uma vez que os hospitais acreditados por esta instituição ainda não chegaram no número de ciclos requeridos para a inclusão nesta pesquisa.

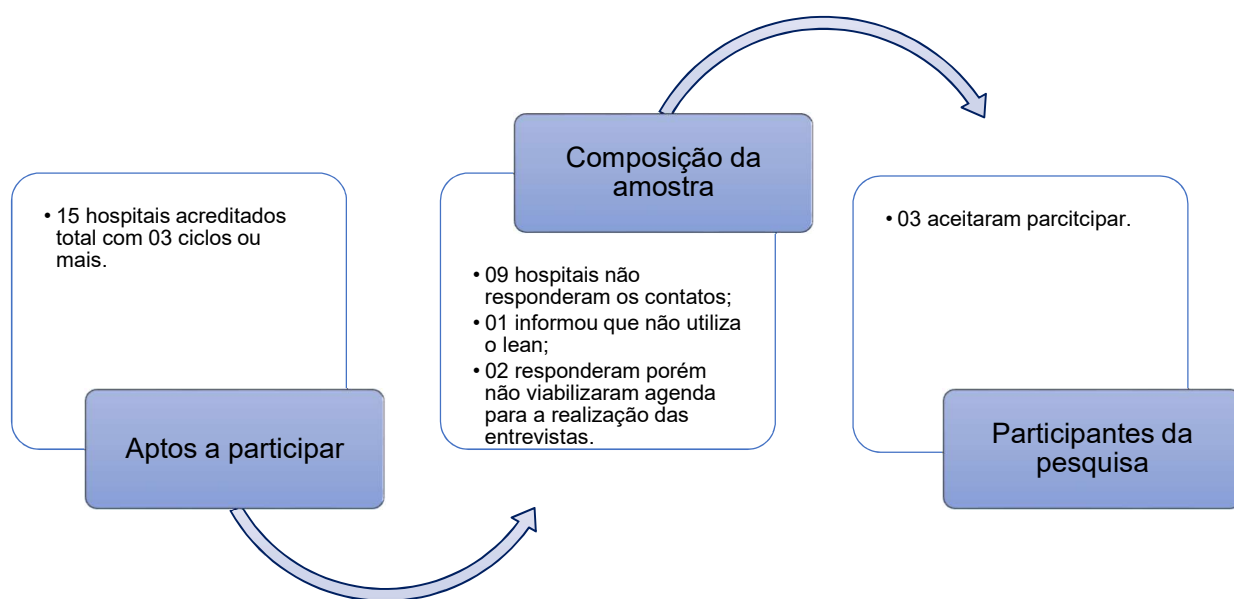
Passo 2: realizar o levantamento dos hospitais acreditados pela JCI com 3 ciclos ou mais de acreditação. A busca foi feita pelo site do CBA (CBA, 2021), onde é possível identificar o nome do hospital e a localidade. Foram relacionados 39 unidades hospitalares.

Passo 3: a partir da lista dos 39 hospitais acreditados pela JCI, foi iniciada uma busca por meio de seus sites na internet, para identificar o tempo de acreditação (3 ciclos ou mais). Dos 39 hospitais, 15 foram acreditados até 2012, sendo considerados aptos a integrarem a pesquisa, 19 entre 2013 e 2020, considerados inaptos por não atenderem ao componente 2 e dos outros 5 hospitais não foi identificada a data da acreditação.

- **Passo 4:** a partir da relação dos 15 hospitais aptos a integrarem a pesquisa, iniciou-se os contatos com os profissionais gestores da qualidade por meio do LinkedIn e e-mail. Destes, 09 hospitais não retornaram aos contatos; 01 informou que não utiliza o lean; 02 responderam aos contatos, porém não chegaram a viabilizar agenda para a realização das entrevistas; 03 unidades hospitalares participaram da pesquisa.

- **Passo 5:** foram realizadas as pesquisas com os 3 hospitais participantes, sendo 02 hospitais privados e 01 hospital filantrópico.

Figura 03: Hospitais da Amostra e Participantes do Cenário Brasileiro



Estes três hospitais participantes da amostra brasileira, a partir desta parte da pesquisa, serão denominados de hospital 03, hospital 04 e hospital 05.

No quadro a seguir estão relacionados e caracterizados de forma macro as unidades hospitalares participantes, a fim de manter a confidencialidade do hospital, bem como, dos gestores da qualidade que participaram da pesquisa:

Quadro 01: Caracterização dos hospitais participantes da pesquisa

Hospitais portugueses participantes: Hospitais 1 e 2
- Hospitais públicos; - Localizados na área metropolitana de Lisboa; - Contam com mais de 300 camas hospitalares; - Possuem acreditação total; - Profissionais entrevistados: Gestores responsáveis pelo serviço interno da qualidade.

Hospitais brasileiros participantes		
Hospital 3	Hospital 4	Hospital 5
- Hospital Filantrópico; - Localizado na capital de um importante Estado da região sul do Brasil; - Conta com mais de 300 camas hospitalares; - Possui acreditação total e já superou os 3 ciclos. - Profissional entrevistado: Gestor responsável pelo serviço interno da qualidade.	- Hospital Privado; - Localizado na capital de um importante Estado da região sul do Brasil; - Conta com mais de 300 camas hospitalares; - Possui acreditação total e já superou os 3 ciclos. - Profissional entrevistado: Gestor responsável pelo serviço interno da qualidade.	- Hospital Privado; - Localizado na capital de um importante Estado da região Sudeste do Brasil; - Conta com mais de 300 camas hospitalares; - Possui acreditação total e já superou os 3 ciclos. - Profissional entrevistado: Gestor responsável pelo serviço interno da qualidade.

3.3 Métodos de recolha de dados

De acordo com Yin (2015) são seis as fontes de evidências que podem ser utilizadas num estudo de caso: entrevistas, documentação, observações diretas, observação participante, registros em arquivo e artefatos físicos. Na presente pesquisa a recolha dos dados deu-se por meio de entrevista semiestruturada e análise documental. Devido ao período pandêmico que perdurou por todo o tempo de execução deste estudo, não foi possível realizar as observações diretas.

Conforme detalhado no capítulo 3 do presente trabalho, foram pesquisados os hospitais portugueses e brasileiros com acreditação total e que utilizam o lean. Relativamente aos hospitais portugueses, integraram o estudo aqueles que atenderam a ambos requisitos e que os gestores da qualidade aceitaram participar da pesquisa. Também integraram a pesquisa os hospitais brasileiros que além de possuir os requisitos utilizados para a amostra portuguesa: possuir acreditação total e usar o lean, deveriam atender aos dois componentes de comparação adicionais: passado por pelo menos 3 ciclos de acreditação atribuído por instituição acreditadora internacional que atua em ambos países (Portugal e Brasil). A partir de então, foi possível realizar a recolha de dados, conforme descrito a seguir.

3.3.1 Entrevista

A entrevista é uma técnica de coleta de dados baseada na interação social, onde o pesquisador busca, por meio do diálogo, coletar com o entrevistado dados relevantes ao tema estudado (Gil, 2019). A entrevista decorre de uma discussão orientada e alinhada ao tema do estudo, por meio da qual é possível perceber a opinião concreta e

mais profunda dos entrevistados, ao se estabelecer uma relação de confiança , a partir de uma conversação natural entre entrevistador e entrevistado (Arnoldi & Rosa, 2007).

No presente estudo foi utilizada a entrevista semiestruturada, que possui a característica de ser mais aberta, com perguntas previamente estabelecidas, sem a disponibilização de alternativas de respostas aos entrevistados, a fim de que possam se manifestar livremente (Gil, 2019). Conforme sugere Merriam (2009), foi elaborado um guião pela pesquisadora, discutido e validado em conjunto com o professor orientador do presente estudo. O guião possui perguntas norteadoras, relacionadas aos quatro focos de abordagem, tornando possível conhecer a visão dos gestores da qualidade participantes, responder à pergunta de partida e aos objetivos deste estudo, bem como ser base para reflexões estudos futuros: 1) Acreditação; 2) Lean; 3) A Acreditação e o Lean e; 4) Conclusão, descritos a seguir:

Parte 1 - Acreditação: por meio do grupo de perguntas sobre este tema, se buscou saber o histórico do trabalho, a existência de objetivos organizacionais claros para o início do projeto, a exclusividade de um profissional para gerenciar o trabalho relativo à acreditação, bem como sobre a existência de uma equipa interna de apoio à implementação das ações necessárias. Também se pretendeu identificar a forma que o hospital utilizou para a divulgação e formação das equipas, acerca do que é a acreditação hospitalar, as motivações da instituição em trabalhar para este objetivo, e ainda, perceber se existiram barreiras para a execução dos trabalhos e como estas foram superadas, método ou ferramentas da qualidade utilizadas para a obtenção dos resultados positivos iniciais e à sustentação dos mesmos, bem como, a rotina de controlo. De forma geral, se pretendeu identificar a condução macro do trabalho voltado ao atendimento dos padrões e requisitos designados e necessários para que o hospital fosse avaliado positivamente no processo de acreditação.

Parte 2 - Lean: as perguntas deste grupo foram direcionadas ao lean, para identificar o marco temporal do seu início no hospital e a motivação para a sua utilização. A intenção foi a de perceber como ocorreram os passos iniciais para o uso do lean; a existência de um profissional responsável pelo trabalho; identificar se houve a formação de equipa específica para a execução das atividades; a forma de divulgação interna e o treinamento dos funcionários envolvidos; como foi a experiência com o primeiro trabalho lean; onde ocorreu (num processo ou área específica). Também se buscou saber se houveram barreiras enfrentadas neste primeiro projeto e sobre a existência de trabalhos lean posteriores, e no caso de existirem outros trabalhos, como se dá a tomada de decisão, além de saber a opinião quanto a necessidade de serem realizados mais

projetos lean. Toda esta abordagem foi no intuito de identificar o cenário primário experienciado pelo hospital no uso do lean e seus reflexos.

Parte 3 - A acreditação e o lean: nesta etapa, as perguntas tiveram o objetivo de perceber a existência de ligação dos projetos lean à acreditação, ou seja: se ao iniciarem os projetos lean, o objetivo estava alinhado às atividades necessárias para a melhoria contínua decorrente do processo de acreditação, identificar se a condução dos trabalhos lean foi realizada pelo mesmo profissional responsável pela acreditação, e no caso de não ser, se existiu integração das pessoas envolvidas, para o ajuste e alinhamento das ações. Ainda se pretendeu identificar a percepção do profissional entrevistado sobre a existência de interferência dos trabalhos lean aos resultados da acreditação; como o lean pode colaborar com os ciclos de melhoria contínua; a existência de barreiras na integração do lean à acreditação e como podem ser superadas.

Parte 4 - Nesta etapa de encerramento da entrevista, o foco foi em ouvir as considerações finais e possíveis contribuições adicionais aos pontos um, dois e três, que por ventura não foram abordados pelo pesquisador e que na percepção do entrevistado são fatores importantes à discussão do tema estudado, além de buscar saber a opinião do entrevistado quanto a necessidade complementar a entrevista com outro profissional do hospital.

Foram realizadas 5 entrevistas, entre os meses de junho a setembro de 2021, destas 2 participantes de Portugal e 3 participantes do Brasil. Todos os profissionais entrevistados ocupavam o cargo máximo para a gestão da qualidade de cada hospital. A nomenclatura utilizada nos hospitais Portugueses para o cargo é Diretor da Qualidade, já no Brasil, os profissionais com a mesma função ocupam o cargo de Gerente da Qualidade. As pesquisas tiveram duração média de 48 minutos (41 minutos na entrevista que demorou menos tempo e 77 minutos na entrevista que demorou mais tempo). Aconteceram por meio da plataforma on-line “Google Meet”. O facto de que, desde o primeiro momento, os contatos da pesquisadora foram diretamente com os profissionais gestores da qualidade dos hospitais elegíveis, tornou o processo desde o aceite, o agendamento e a realização da entrevista mais ágil, por não possuir intermediários. É interessante destacar que estes profissionais eram o foco para a realização das entrevistas, a fim de que seus pontos de vista, abordagens e posicionamentos, fornecessem subsídios à composição das respostas aos objetivos desta pesquisa. Para garantir que nenhuma das falas dos entrevistados fossem perdidas, as entrevistas foram gravadas com a autorização dos participantes e transcritas posteriormente pela pesquisadora.

O guião utilizado para a execução das entrevistas encontra-se anexo a esta dissertação.

3.3.2 Análise documental

A recolha dos dados para a realização da análise documental se deu por meio de buscas na internet, ocorridas entre os meses de junho a setembro de 2021, diretamente nos sites dos hospitais participantes, onde se procurou levantar informações oficiais segmentadas em áreas específicas sobre o tema “qualidade” e notícias divulgadas pelas unidades de saúde que envolvessem os 2 temas centrais desta dissertação: “acreditação” e a variação possível incluindo a palavra “certificação”; e “lean”.

3.4 Procedimento de análise dos dados

Para a análise dos dados levantados nesta pesquisa, foi utilizada a análise temática, que Braun & Clarke (2006) caracterizam como um método para identificar, analisar e emitir padrões dos temas estudados, com base nos dados coletados. Segundo os autores, a análise temática possibilita que o pesquisador descreva e organize o conjunto de dados com base nas informações recolhidas, crie significados e realize uma avaliação rica e detalhada (Braun & Clarke, 2006).

A análise temática é primordial em pesquisa qualitativa, por possibilitar a extração de ideias centrais e conceitos, o que reforça o papel ativo do pesquisador nesta seleção e identificação e destes elencar os de maior interesse e relevância ao estudo (Braun & Clarke, 2006).

As seis fases sugeridas por Braun & Clarke (2006) foram utilizadas como guias no processo desta pesquisa: 1) leitura e levantamento dos pontos principais; 2) codificação; 3) agrupamento em temas mais abrangentes possíveis; 4) revisão dos temas e criação de representação visual; 5) aperfeiçoamento dos temas para a análise; 6) geração do relatório. É importante ressaltar que, conforme orientam os mesmos autores, a condução pelo pesquisador deve ser flexível e não linear, uma vez que as fases são orientadoras e não necessariamente sequenciais. As fases devem ser usadas como um recurso que permite mover-se para frente e para trás durante todo o tempo do estudo. A seguir relata-se como foram executadas as 6 fases considerando as premissas elencadas pelos referidos autores:

Fase 1 – nesta fase, as gravações das entrevistas foram totalmente transcritas para documentos Word. A partir das transcrições, foi possível iniciar a familiarização da pesquisadora aos pensamentos dos entrevistados, com leituras e releituras dos textos salvos em arquivos digitais. Foi utilizado o recurso “realce do texto”, para realizar grifos coloridos a fim de separar as principais ideias. Nesta fase ocorreu o que Braun & Clarke (2006) chamam de imersão do pesquisador nos dados coletados, por meio da leitura repetida e ativa, para que seja possível começar a tomar notas dos pontos principais identificados ou marcar ideias centrais para o início da codificação a ser realizada em seguida.

Fase 2 – a partir da leitura e familiarização dos dados, se deu a codificação inicial das ideias centrais derivadas de todo o conjunto de dados, de forma sistemática e com igual importância a cada item de dados. Posteriormente os dados relevantes foram agrupados por códigos. Braun & Clarke (2006) orientam que nesta fase sejam codificados e gerados extratos para o máximo de temas/padrões possíveis e com a manutenção de informações que os circundam, a fim de permitir uma análise mais ampliada e a possível relação entre eles. Pode ser feita manualmente ou com recursos de software de computador. No caso desta pesquisa foi realizada de forma manual, com o uso dos recursos disponíveis no programa de computador Word.

Segundo orientam os autores (Braun & Clarke, 2006), a codificação inicial pode ser de certa forma influenciada, se os dados da pesquisa forem mais orientados por dados ou mais orientados pela teoria. Quando mais orientados por dados, os temas vão depender dos dados; quando mais orientados pela teoria, os dados podem ser abordados com perguntas específicas que o pesquisador deseja codificar. Pelo facto de que esta pesquisa busca identificar se/como os hospitais realizam a integração do lean aos projetos de acreditação, a codificação inicial se deu baseada nos dados obtidos a partir das repostas dos entrevistados às perguntas específicas realizadas pela investigadora.

Iniciaram-se então as codificações das ideias centrais nos ficheiros individuais das entrevistas transcritas. Foi adotada a codificação por meio do ordenamento dos assuntos, utilizando a numeração sequencial das falas dos participantes, às ideias centrais da entrevista e o agrupamento das mesmas. Assim, as respostas às perguntas centrais realizadas aos entrevistados, foram extraídas dos textos individuais e organizadas em dois ficheiros distintos: o primeiro contendo as respostas dos participantes portugueses e o segundo, com as respostas dos participantes brasileiros.

Fase 3 – pesquisa de temas: esta fase começou após a codificação e agrupamento inicial de todo o conjunto de dados. Os achados dos extratos foram compilados e agrupados em temas potenciais e passaram a integrar um nível mais amplo de temas, onde os códigos deixaram de ser usados de forma isolada. A análise passou a buscar relação e combinação entre os códigos para formar um tema abrangente e subtemas dentro deles. Conforme nos ensinam Braun & Clarke (2006), a classificação e organização pode se dar por meio de representações visuais, tabelas, mapas mentais, ou ainda através de uma breve descrição de cada código de maneira separada para posterior agrupamento, seja em meio físico ou digital.

No presente estudo foram utilizadas tabelas, a partir dos ficheiros elaborados na fase anterior, onde as respostas aos temas centrais foram extraídas dos documentos individuais e organizadas em colunas paralelas. Foi realizada nesta fase a sistematização dos temas nos dois ficheiros, para que as respostas aos mesmos tópicos pudessem ser observadas, estudadas e possibilitassem um reordenamento possível de gerar uma relação das respostas dos entrevistados aos temas centrais.

Fase 4 – revisão de temas: envolveu um refinamento dos macro temas elegidos. Foi nesta fase que se deu a confirmação da manutenção de alguns temas identificados e outros foram transformados em subtemas. Significa dizer que, após analisar de forma macro e relacionar as respostas aos temas iniciais identificados, percebeu-se que dois temas poderiam compor um único tema, visto que não existiam distinções claras entre os temas agrupados.

Fase 5 – definição e nomenclatura dos temas: foi iniciada a partir da validação do mapa temático dos dados, com uma análise detalhada e individual dos temas. Os contextos temáticos foram relacionados ao objetivo macro da pesquisa e ao que se pretende responder. Aqui se deu a confirmação da não sobreposição dos temas, reforçando a análise, auxiliando na identificação de hierarquia de significado dentro dos dados. Esta fase ajudou na definição de quais são e quais não são os temas centrais da pesquisa.

Fase 6 – produção do relatório: se iniciou a partir da finalização da análise dos temas, onde a tarefa central foi a de redigir a análise temática em forma de relatório. Como contextualizam Braun & Clarke (2006), nesta etapa busca-se contar a história dos dados a partir da análise realizada. Na elaboração do relatório intentou-se seguir a orientação dos referidos autores, apresentando uma redação concisa, coerente, lógica e não repetitiva. Os autores alertam que não é preciso buscar complexidade nas exposições do relatório, mas contemplar exemplos capazes de demonstrar a essência da temática estudada e literatura de suporte.

3.5 Fiabilidade do estudo

Conforme explica Yin (Yin, 2015) para um adequado estudo de caso é necessário que sejam observados alguns quesitos importantes que darão fiabilidade à pesquisa, pontos estes que foram observados para a realização deste estudo. O desenvolvimento do trabalho foi amparado no conhecimento prévio teórico e prático da pesquisadora sobre todos os temas centrais da pesquisa, o que contribuiu para a estruturação das perguntas e manutenção do foco na busca dos resultados. A imparcialidade foi mantida, uma vez que a pesquisadora não possui vínculo com nenhuma instituição participante. Houve também o consentimento para a gravação das entrevistas por todos os participantes, o que possibilitou que a transcrição realizada mantivesse integralmente as respostas obtidas, bem como possibilitassem uma análise aprofundada de cada caso, sendo complementadas e comparadas com a análise documental realizada. Para que os participantes pudessem expor integralmente suas visões e entendimentos durante a entrevista, foi mantida a confidencialidade dos dados dos hospitais participantes, bem como dos profissionais que integraram a pesquisa.

4. RESULTADOS

Neste capítulo serão expostos os resultados obtidos por meio da realização das entrevistas e análise documental. Serão apresentados os resultados dos participantes portugueses e brasileiros, visando a exposição dos três temas centrais que subsidiaram a análise temática: 1) Acreditação; 2) Lean e; 3) A acreditação e o lean. Cada tema central é composto por diversos subtemas, que serão descritos com a inclusão de exemplos dos excertos extraídos das entrevistas realizadas e em seguida, será exibida uma síntese temática por meio de um esquema visual.

4.1 Resultados das entrevistas

Tema 1 – Acreditação: este tema está composto por diversos subtemas que foram essenciais para conhecer o cenário da acreditação na unidade hospitalar, a equipa envolvida, os principais pontos, facilitadores, barreiras, formas de trabalho para a gestão da qualidade.

- **Motivação para a acreditação:** este subtema descreve os motivos que levaram o hospital a buscar a acreditação.

Hospitais Portugueses:

*“Fazia parte do **contrato** (...) ser acreditado por um sistema de acreditação internacional (...) A motivação é que era necessário ter o **conhecimento**. Nós queríamos trabalhar para os nossos doentes, com foco nos doentes.”*

“(...) uma parceria que tinha sido feita entre o governo e este instituto (...).”

Hospitais Brasileiros:

*“(...) já era um hospital forte em qualidade e acreditação, ele já tinha a ONA até o nível 3 (...) **exigir mais** a questão da **qualidade** (...).”*

*“(...) o hospital passou por uma **profissionalização** (...) mas ainda era um hospital com olhar muito, da sua fundação (...) então a acreditação veio fazer com que as coisas que já existiam na instituição fossem organizadas de uma forma lógica.”*

*“(...) a busca foi por uma acreditação internacional (...) que a gente pudesse ter um olhar baseado no cuidado, no valor entregue para o paciente, que a gente pudesse ter aí os mais altamente **reconhecidos e confiáveis padrões de qualidade e segurança do paciente**.”*

- **Equipa da Qualidade:** este subtema demonstra a estrutura inicial e atual existente nos hospitais para conduzir e gerir os processos de acreditação.

Hospitais Portugueses:

*“(...) diretoria da qualidade e uma **consultora externa** (...) **equipa interna** para gerir (...) e havia uma consultora (...) que nos deu apoio (...) fez um trabalho conosco de incentivo, de ajudar a por o pé, normativas, todos aqueles manuais que na altura eram oferecidos, estruturar o risco, foi importante também para o nosso crescimento.”*

*“Para além de ter uma **comissão** da qualidade e segurança (...) um serviço de gestão da qualidade (...) uma estrutura própria (...) é um serviço que faz apoio técnico ao conselho de administração. (...) É preciso criar a estrutura da qualidade para os serviços, é preciso responsabilizar os serviços pela qualidade (...).”*

Hospitais Brasileiros:

*“No início, a estrutura de qualidade era um gestor (...) nível sênior (...) uma coordenação para cada, e isso a gente mantém até hoje, que é um grupo de pessoas, uma equipe que é responsável por cada capítulo da JCI (...) Atuam em outras áreas. É claro que tem uma equipe técnica que (...) assessora (...) que é da qualidade (...) E tinha a consultoria também (...) Hoje por exemplo a gente não tem mais consultoria hoje são as próprias **equipes do hospital**, a equipe de qualidade que conduz o processo, mas mantém a mesma dinâmica (...).”*

*“(...) a área de qualidade sendo responsável por essa gestão, e desde o início o hospital se organizou com um **comitê** formado pelas principais áreas, que tem impacto dentro do manual (...) se desdobrava em líderes de capítulos e desdobra até hoje, a gente mantém essa organização (...) e o comitê apoia nas tomadas das decisões institucionais. (...) nunca a gente teve uma equipe só pra isso, sempre foi uma equipe que estava envolvida em outras atividades no hospital e que nos agrega nas suas atividades e no processo de acreditação.” Hoje a gente procura ter dentro da nossa equipe pessoas que tem a expertise para fazer projetos de melhoria, mas que possam utilizar aquilo que se aplica melhor na área que a gente quer fazer e pro objetivo que a gente tem de projeto.”*

*“(...) o **escritório de qualidade e segurança** conduzia e conduz até hoje o processo em duas áreas focadas, uma parte jornada ampla, que abrange todos os profissionais, então pra que conhecessem toda a metodologia (...) os princípios (...) as metas internacionais e as informações básicas (...) e depois segregado para os times de trabalho, e aí, foi categorizado então os times de acordo com a recomendação do processo de educação, os times focados em jornadas específicas, mais qualificadas (...).”*

- **Treinamentos:** este subtema denota a realização inicial e continuada de treinamentos, capacitações específicas sobre a acreditação aos profissionais do hospital.

Hospitais Portugueses:

*“A **formação era em cascata**, eram treinados os chefes e nós passávamos para as equipas, porque era muito complicado na altura nós termos profissionais em formação, porque esses profissionais tinham duplo emprego, saíam daqui e iam correr para o outro, nós tínhamos que fazer isso no tempo do trabalho.”*

*“Todos os anos nós fazemos (...) formação no hospital em várias áreas (...) temos um centro de formação, que se dedica a formação, à investigação e ao ensino, portanto, ele tem a tutela destas áreas todas (...) fazemos formação em auditoria (...) para as pessoas que estão a auditar e para todos os coordenadores (...). Foi definida também uma estratégia (...) muito próxima com os serviços (...) preparamos primeiro, estudamos o programa todo e depois reunimos com os serviços, percebe? Fazemos várias reuniões com os serviços o que já é um **processo de continuidade** (...) as chefias novas que vem, fazemos sempre uma reunião com elas para lhes ensinar e transmitir tudo como é que esse processo se faz dentro da organização (...) fazemos formação sobre gestão da qualidade na integração de todos os profissionais da organização, faz parte do nosso programa de integração institucional (...).”*

Hospitais Brasileiros:

*“(...) a gente levou mais ou menos uns 3 anos para preparar o hospital para chamar a visita de apresentação. A gente chamou uma consultoria (...) eles faziam um **processo educativo** (...) tinham algumas avaliações de educação para nos dar um norte de como é que a gente estava indo (...).”*

*“A gente até hoje tem um treinamento online no hospital, que é sobre o processo de acreditação, explicando porquê que a gente tem ele, o que faz parte do processo de acreditação (...) é bastante **informativo** (...) bem leve, e aquilo que a gente tem que fazer, dar **treinamentos mais específicos**, a gente desdobra de outras formas dentro da instituição. Então sim, a gente fez isso com todo mundo e hoje ele ainda é um treinamento para quem entra na casa.”*

*“(...)antes de ter o processo final, a gente teve o processo de educação, o processo de diagnóstico (...) foi feita a **educação focada** para esses capítulos para que eles pudessem ter o olhar crítico sobre a avaliação que eles tinham à época, quais eram as políticas, os procedimentos, os treinamentos que eram necessários fazer, para que isso se tornasse jornada.”*

- **Barreiras:** neste subtema foram abordadas as barreiras para a implementação e condução da acreditação nos hospitais.

Hospitais Portugueses:

*“ O início de todo esse processo é **documental** e a nossa primeira grande barreira, porque tinha aquela coisa na cabeça dos profissionais que é difícil*

aderir, que os profissionais estavam desmotivados. (...) diziam que era só papel, que a qualidade era papel, que nós só estávamos preocupados em escrever, mas era preciso escrever, criar um padrão, uma norma, e esse trabalho no início foi difícil, levamos as equipas no nosso ritmo, no ritmo do plano que tínhamos que implementá-lo. Mas conseguimos (...) **os médicos** é algo que foi mais difícil, porque não se pode só fazer a qualidade com os enfermeiros, e seguir um sistema com os médicos, temos que ir como um todo...e isso foi sempre um grande constrangimento. (...) Um dos nossos grandes problemas era (...) uma grande rotação de profissionais (...) na altura foi um grande constrangimento.”

“(...) quando nós pedimos as pessoas para aderirem aos processos de gestão da qualidade, aos sistemas de gestão da qualidade, nós estamos a lhes pedir para eles fazerem uma coisa que não estão habituados a fazer, e para eles aquilo pouco ou nada lhes diz inicialmente (...) nem percebem qual é a mais valia (...) e isto foi difícil, primeiro agarrar a organização nesta **cultura** (...) Uma cultura não se implementa de um dia para o outro (...).”

Hospitais Brasileiros:

“Além de questões físicas, tinha uma questão, realmente, de entender o que a acreditação tava propondo, e entender o nível de exigência que era, ter uma quebra de **mudança de cultura** muito grande, de visão de negócio, de visão de como é que eu me relaciono com o cliente... então, várias questões de segurança e de gestão de risco (...) E a própria relação dos médicos com os pacientes, e uma visão de que **o médico** também é responsável pela qualidade e segurança, não é uma atividade só das enfermeiras, é uma ação do todo (...).”

“(...) por sermos os primeiros (...) e pra nós é um pouquinho ruim, porque grande parte do nosso **corpo clínico** atua nas duas instituições (...). Eu considero difícil como qualquer outra implementação, mas não poder ser acreditação, não por ser um processo de qualidade, realmente porque mudar é difícil.”

“Bom, tem duas questões que eu acho que são importantes: a primeira é o envolvimento do **corpo clínico** na acreditação. Sempre é um processo, não vou dizer difícil, mas vou dizer diferenciado, porque a gente precisa envolvê-los na prática clínica e não na acreditação (...) E a outra é que está no **BackOffice**, porque eu sempre brinco com esses dois lados do sanduíche de que a gente normalmente erra, ou porque a gente desacredita, ou porque a gente acha que eles vão topar (...).”

- **Facilitadores:** neste subtema foram destacados os pontos considerados positivos e que acabaram por facilitar a implementação da acreditação e ultrapassar as barreiras.

Hospitais Portugueses:

*“As **lideranças** foram fundamentais, as lideranças tanto médicas, porque a enfermagem vai estar sempre a frente nestes processos (...) na altura tinha lider dos médicos e devo dizer, capaz de puxar este processo.”*

*“Tem que ser braço dado, se não tiver braço dado com a comunicação não vou a lado nenhum, nós temos uma parceria com a **comunicação** (...) nós trabalhamos em conjunto (...).”*

Hospitais Brasileiros:

*“Foi procurar metodologia que fossem adequadas (...) no processo de educação (...) entender as formas e metodologias que podem ser usadas (...) **metodologia, treinamento e conscientização**, essas são as questões. O acompanhamento da diretoria (...) Isso é uma coisa que tem evoluído bastante no hospital. A gente teve um aumento de resultados, que tem ciclos, tem todo um esforço pra chegar na acreditação, aí daqui a pouco o pessoal vai esmorecendo, aí volta, entendeu? E agora não, a gente chegou num momento que é uma visão, que é uma pauta da diretoria, que já está no dia a dia.”*

*“(...) A gente tem que ter, tudo fazer sentido, de forma que agregue, que faça, que realmente **as pessoas entendam que estão fazendo aquilo** porque é o melhor a se fazer, não exatamente porque a gente tem que cumprir alguma regra, manter algum padrão. Tivemos um grande aprendizado (...) E eu acho que isso se aprendeu dentro da instituição (...) que muitas coisas que, às vezes aparece no manual de acreditação provavelmente vai acontecer na sua instituição, logo então, faz sentido tu olhar com carinho um pouquinho maior.”*

*“(...) O que a gente fez no último ciclo pra cá foi transitar aquelas informações que são mais corporativas, que são generalistas (...) que pegam 30% ou mais do hospital, sejam trabalhadas uniforme para que a gente não tenha silos (...) para que a gente pudesse ter uma **visão mais multiprofissional** (...) fazendo com que os agentes corporativos (...) pudessem compartilhar desse estímulo e pudessem fomentar essas políticas.”*

- **Controlo:** neste subtema foram descritas as formas de monitorização e controlo dos resultados da acreditação pela gestão da qualidade dos hospitais, para realizarem os ciclos de melhoria.

Hospitais Portugueses:

*“Nós temos uma ferramenta também disponível online está todos os nossos **indicadores** de qualidade (...) monitorizados e que estão disponíveis para os profissionais a beira de um click. (...) Além disso o hospital tem um **report de gestão de ocorrências**, os profissionais todos tem acesso, podem reportar os riscos, as ocorrências, os “near miss” que podem ocorrer no seu dia a dia e que isso é a nossa fonte da gestão do risco (...) Porque tem que se olhar para traz tudo de novo, por exemplo, iniciou-se a poucos dias, um processo (...) um grupo de trabalho que eu também faço parte e eu estou a ver as questões que se levantaram a 15, 20 anos atrás (...).”*

*“Está tudo monitorizado em **base de dados** (...).” Tem uma base de dados para gerir todas as auditorias institucionais. Para que a qualidade tivesse uma estrutura para falar com os serviços **digitalmente** (...) Criamos uma área da qualidade específica, em que todos os serviços estão lá conosco, com uma estrutura própria (...) Cada serviço tem o seu plano de ação...nós estruturamos. (...) nós controlamos todas as auditorias em sítios excepcionais, aquelas que nos é possível internas e as externas (...) controlamos tudo o que é documentação, informação, legislação, as normativas.”*

Hospitais Brasileiros:

*“(...) planilha de **evidências** de cada um dos capítulos e uma avaliação de como é que a gente está nos capítulos, que evidências a gente tem para comprovar se nós estamos atingindo ou não, aí a gente analisa os pontos fracos, os pontos de melhoria, e busca trabalhar esses pontos de melhoria. Podem ser exigências novas ou podem ser coisas que não estavam tão bem na outra acreditação e que a gente vai evoluir agora ou coisas que ficarão pendentes. (...) aqueles pontos que eles identificam que são críticos (...) que tem que ter um plano de ação específico e na próxima acreditação tem que mostrar que teve uma evolução nesses pontos (...) temos reunião quinzenal, com esse grupo de gestores de capítulos junto com a área de qualidade, fazem o acompanhamento das ações, e aí também, se tem alguma dificuldade tem que trabalhar em conjunto. A própria diretoria acompanha essas reuniões para ajudar, se tinha alguma coisa para escalonar tem um diálogo aberto.”*

*“(...) a gente passa por uma **auditoria externa** anualmente (...) tem as **auditorias internas**, que são conduzidas pelo comitê de acreditação, que acontecem pelo menos duas vezes ao ano, então inserimos os processos de acreditação dentro de um programa interno de qualidade (...) É um programa de auditoria e melhoria da qualidade, o objetivo desse programa é ter em uma certificação interna de todos os padrões que nós temos em uma certificação externa, então ele tem padrões de acreditação da JCI, padrões da ISO, padrões do Plan Three (...) padrões do, padrões de 8S e 5S. Então ele é uma forma de a gente manter isso aceso dentro de todas as pessoas dentro da instituição. A gente trabalha com pelo menos três formas de monitoramento, o que me dá uma nota, é a certificação externa, que realmente me avalia, um percentual de atingimento, e esse é, talvez o maior dado (...).”*

*“(...) Para lidar com o controle de qualidade, a gente tem toda a parte de **indicadores** e comparativos daquilo que a gente faz com benchmarking externo da prática da clínica, em garantia da qualidade da parte de **avaliação interna externa ou auditoria clínica**, e na parte de melhoria da qualidade que a gente usa ciência de melhoria. A gente usava um modelo de auditoria interna e esse ano a gente fez uma revisão no modelo em que a gente faz a auditoria multifacetada, não só numa metodologia de acreditação, mas é um pool de creditações diferentes, nacionais e internacionais focadas em especialidades, então a gente fez um manual com essas várias creditações, a gente resumiu em um manual único e são os critérios que a gente entendeu ser de alta relevância. Passou por um grupo de avaliação interna para que pudessem validar. Então a gente validou isso na ponta com esse mais global, e alguns assuntos mais específicos com auditorias pontuais e direcionadas para aqueles capítulos.”*

- **Métodos e ferramentas:** neste subtema foram relacionadas as ferramentas e métodos específicos, sinalizadas como mais importantes pela gestão da qualidade dos hospitais para realizar as melhorias necessárias aos ciclos da acreditação.

Hospitais Portugueses:

*“**PDCA** (...) é a ferramenta que mais usamos, porque todo esse processo tem um grande trabalho de planeamento e depois temos que estar sempre a introduzir as melhorias e apontar e a rever o processo (...).”*

*“Fazemos muito o ciclo do **PDCA**, também fazemos os levantamentos de necessidades sempre que são necessários, quando implementamos uma nova norma, ou quando temos standards para implementação, fazemos juntamente com os serviços os levantamentos das necessidades. A escuta aos serviços, pedimos para eles fazerem a sua auto-avaliação.”*

Hospitais Brasileiros:

*“O habitual para nós é usar o **MASP**, o método de análise e solução de problemas, principalmente nas questões de identificação de eventos adversos e melhoria de processos; usar o **PDCA** dentro do próprio processo de planejamento e gestão como um todo, gestão por indicadores, gestão à vista... isso cada vez mais se aprimora (...) E agora em dashboard tem gestão à vista com televisor (...) Um BI muito forte que ajuda a reforçar e trabalhar essas questões (...).”*

*“(...) acredito nessa **multidisciplinaridade** e nesse conjunto de olhares sobre algum projeto a ser feito na área. Acho que a gente tem ganhos e tem melhores resultados e tende a esquecer menos problemas, situações mais críticas relacionadas à segurança do paciente, por exemplo, ou relacionadas a alguma questão de qualidade, acho que ajuda a gente ter esse dado.”*

*“O modelo de qualidade e segurança que a gente utiliza, é baseado no modelo inglês (...) do NHS é focado no planejamento da qualidade, no controle da qualidade, de garantia e melhoria da qualidade. A gente tem feito um “de para” para **adaptar isso à qualidade em todo o sistema**, que é a recomendação do IHI para que a gente possa mensurar (...) juntamos todas as adequações de cada de cada capítulo para poder fazer a adequação de políticas e as discussões internas daquilo que a gente vai absorver institucionalmente que não é uma receita de bolo, é um direcionamento, mas como que a gente vai desdobrar. (...) para cada uma dessas áreas, a gente tem drives que a gente avalia, então, principalmente na parte de planejamento, que é toda a área executiva, de como a qualidade e segurança vai se adaptar, pela gestão de documentos, gestão de processo, gerenciamento de risco, e do gerenciamento do modelo assistencial (...).”*

- **Benefícios da acreditação:** neste subtema foram destacados os benefícios que os processos de acreditação trazem ao hospital.

Hospitais Portugueses:

“O grande **benefício é para o doente**. O processo de melhoria continua, se nós olhamos para os processos dos doentes, mas também dos profissionais, porque o risco e a segurança para mim foi fundamental o olhar dos processos da acreditação (...) eu acho um grande benefício do sistema de acreditação é a **melhoria continua**, ao lidar com o risco clínico e não clínico, mas essencial os profissionais fazerem parte e interiorizarem essa cultura não com omissão, com o olhar atrás, mas para melhorarmos. (...) é importante para os profissionais porque os valorizam, porque trabalham num hospital acreditado, porque trabalham com padrões de qualidade, sabe onde querem ir (...) Mudança cultural (...) Faz parte de nós, aqueles que trabalham cá, não sabemos fazer de outra forma a não ser por processos. Hoje em dia é impensável deixarmos o sistema de acreditação, pode ser qual for.”

“(...) Uma **cultura** não se implementa de um dia para o outro, nós temos neste momento 21 anos desta cultura (...) em cima de uma cultura que levou tempo para ser implementada, mas estamos bem.”

Hospitais Brasileiros:

(...) sempre pensando em **melhorias de processo de qualidade**. Tem coisas que foram feitas que foi experimentado do básico, ensinar 5S, como normalmente começa essa trilha da qualidade (...) porque a visão dos diretores era isso, buscar sempre a qualidade e melhoria dos processos voltados para o paciente. “No primeiro momento tinham umas coisas meio híbridas, de visão muito médico centrista, então da algumas confusões de quem é o cliente (...) que, pra mim, era uma coisa meio estranha (...) ouvir que médico é cliente... umas coisas culturais que a gente tinha que ter e ainda é hoje tem que ir moldando.”

“Eu acho que há uma mudança bem grande de cultura lá no início dos anos 2000, principalmente porque a área assistencial não era tão envolvida nos processos de qualidade (...) faz com que agregue alguns processos, principalmente de documentação, de registo, de como nós organizamos o prontuário, por exemplo, como a equipe médica tem que registar a sua conduta, como a equipe assistencial tem que registar a sua conduta (...) a principal **mudança é em cultura**, eu consigo enxergar o quanto as pessoas entendam que a gente tá colocando de segurança do paciente, entendem que a gente tá falando de qualidade assistencial, de uma representação daquilo que a gente faz todos os dias aqui dentro da instituição. (...) Então acho que a cultura é uma coisa importante (...) o paciente no centro de cuidado, e era uma das coisas que já

fazia parte do nosso modelo assistencial, em relação a como a gente cuida do paciente, como a gente envolve ele no cuidado. (...) E acho que hoje a grande maioria dos profissionais enxergam uma proteção também, em ter padrões mais definidos, em ter a tranquilidade de que estão cumprindo aquilo que deve ser cumprido (...) essa talvez seja a mudança que a gente sente em todos que estão aqui dentro, mesmo com um monte de gente nova. (...) A gente tem mudanças importantes na equipa, isso tem impacto em cultura, que a gente ainda não conseguiu medir tão bem qual foi esse impacto.”

*(...) Então a gente usa o programa de ciência da melhoria como **programa de melhoria de qualidade**, em busca de redução de danos. E o que a gente tem feito é adaptar esse modelo (...) da qualidade total para a alta confiabilidade, que é o norte que a gente tem seguido, feito as adaptações de como traduzir isso para todos os níveis do hospital, entendendo qual é o papel de cada um nesse ecossistema.”*

Tema 2 – Lean: este tema está composto por diversos subtemas que foram essenciais para conhecer o cenário do lean na unidade hospitalar, quando iniciaram a utilização, a motivação, os treinamentos e a divulgação interna, os benefícios do uso do lean, a equipa envolvida, os facilitadores e as barreiras internas para a implementação.

- **O início do uso do lean:** consiste na informação sobre o tempo de uso do lean na unidade hospitalar, ou seja, quando começaram a utilizar em projetos de melhoria.

Hospitais Portugueses:

*“Começamos a usar o lean no **ano passado** (...).”*

*(...) e **de repente** quando nós percebemos o lean **já estava** (...) e nós não tínhamos conhecimento.”*

Hospitais Brasileiros:

*“O primeiro projeto lean foi **em 2015** (...).”*

*“Acho que (...) **entre 8 e 10 anos** (...).”*

*“**2017 mais ou menos** (...).”*

- **A motivação para o uso do lean:** neste subtema estão dispostos os motivos que levaram o hospital a utilizar o lean em projetos internos de melhoria.

Hospitais Portugueses:

*“A motivação na altura foi o **covid**, encontrar formas de promover o distanciamento e evitar os aglomeramentos nas salas de espera (...) Foi essa a motivação para o conselho de administração comprar o projeto que durou um tempo, de quatro a seis meses, mas tinham outros trabalhando neles, a empresa foi embora mas eles mantêm-se.”*

*“(...) **conselho de administração** que tinha muita visao da estrutura e da organização e achou que era pertinente trazer o lean para a organização (...)*

Hospitais Brasileiros:

*“(...) a gente propôs em um determinado momento no hospital fazer alguns projetos para **entender como que funcionava o lean**. E aí nós tivemos alguns projetos de algumas áreas e com alguns resultados (...).”*

*“(...) o lean foi escolhido (...) para a instituição é muito claro que o lean é um **método de fazer melhoria** (...).”*

*“(...) foi a busca de uma metodologia que a gente tivesse o **gerenciamento da cadeia de valor**. No início foi isso. Então, qual era a metodologia, na época, que a gente pudesse identificar o fluxo da cadeia de valor? Então nasceu daí a busca pela metodologia.”*

- **Treinamento e divulgação interna:** neste subtema estão contidas as questões sobre a forma de divulgação interna e os treinamentos destinados aos profissionais dos hospitais sobre o lean em projetos de melhoria.

Hospitais Portugueses:

*“Uma grande preocupação (...) juntar o **maior número de pessoas possível**, envolver as pessoas (...) isso foi bastante válido em todos os processos é bom ter o maior número de pessoas dizem respeito aos processos mas também de comunicar ao hospital o que tava a acontecer (...) o presidente comunicou o hospital o que estava acontecendo, ou seja, a alta direção criou o projeto deles, eles comunicaram (...).”*

“Divulgação, não foi feita. Não houve treinamento.”

Hospitais Brasileiros:

*“A primeira fase do projeto (...) tinha alguns **treinamentos pontuais** com a própria equipa das áreas (...) na medida que a gente ia implantar alguma ferramenta (...) a gente treinou as equipas que iam participar.”*

*“(...) a gente fez algumas **turmas de formação**, de Yellow Belt, Black Belt dentro da casa (...)”.*

*“(...) foi sedimentado no **processo de educação**, o que era fazer um gemba, o sistema puxado, em que eu deveria ver isso de forma contínua, não para um processo, que eu não posso fazer o sistema puxado num pedaço tem que ser no fluxo da cadeia, então isso foi olhado na jornada como um todo.”*

- **Benefícios com o uso do lean:** neste subtema serve para elencar os benefícios que o lean trouxe à unidade hospitalar.

Hospitais Portugueses:

*“**É o envolvimento**, é chamando **as pessoas** que tão nos postos de trabalho a participar, a dizer como é que fazem para elas próprias encontrarem as ineficiências e os desperdícios que lá estão e isto tem sido feito e importante ver. Os próprios chegaram a essas conclusões, que afinal é perder tempo e não acrescentando valor (...) pra mim é a pedra fundamental, é o envolvimento das pessoas (...) o olhar crítico sobre isso, sem culpar, sem estar com juízo de valor, nós vamos dizer, vamos falar. Nestas equipas e a coisa tem corrido bem. Acho que o resultado tem sido bom.”*

*“Vejo o lean, o kaizen ou outra metodologia, que vem seguramente trazer mais valias para os processos operacionais, porque na operacionalização muitas vezes sao **detetados problemas e ineficiências, desperdícios**, etc. Isso é uma macro estrutura.”*

Hospitais Brasileiros:

“Alguns gestores do hospital, que incorporaram um pouco da visão do lean, já usam nas suas próprias formas de gestão (...) Hoje tu vê até, inclusive gestor médico, falando de serviço e gestão, e falando em lean mesmo. (...) o lean é a qualidade total na prática. Se olhar toda a metodologia que se usa de avaliação (...) Tem que ter indicador, tem que ter gestão à vista, tem que ter participação das pessoas, tem que ter envolvimento do teu paciente, com os familiares (...) e isso é gerar valor para o cliente (...) ouvir a voz do cliente e trabalhar uma metodologia para poder implementar aquilo que o cliente está

*pedindo. Acho que esse pra mim, é o grande ganho que tem na visão do lean, que é mudar a forma como tu enxerga algumas coisas, e as pessoas não vem na prática (...) Então esses aspetos, essa visão de como olhar o processo, que eu acho muito importante dentro do lean (...) é a **visão do cliente**. Como é que eu atendo, como agrego valor para o cliente.”*

*“**Passou a ser um método de trabalho**. Eu brinco com a minha equipe assim, tem coisas que, se a gente não entendeu o que a gente tá fazendo, então preciso revisar se talvez eu preciso perder tempo fazendo isso (...) se isso não te retroalimentar, não te gerar um valor, acho que não faz muito sentido (...).”*

*“(...) é uma abordagem, a gente está falando de algo que é **cultural**, não adianta fazer um projeto focado que a gente não vai mudar. Então isso foi sequenciado em várias áreas e os processos foram sendo avaliados com essa metodologia em diversas áreas assistenciais, logística... para que a gente tivesse isso de forma uniforme (...) principalmente usando o fluxo de valor, começou com processos bem seriados, focados em OKR (...) foi bem direcionada para que a gente tivesse uma construção dessa jornada em todas as áreas (...).”*

- **Barreiras para implementar o lean:** neste subtema estão contidas as questões tidas como barreiras para a implementação dos projetos lean no hospital.

Hospitais Portugueses:

*“As pessoas achavam no início que nós estávamos a meter em territórios, na casinha delas e olharam isso como **uma intromissão** (...) o que vocês tem a ver (...) por quê vocês querem mexer (...) e alto lá, estamos aqui a trabalhar para doentes, queremos o melhor, queremos ajudar. Mas depois vai se desmontando, porque isso também expõem as fragilidades das equipas.”*

*“(...) o lean não está com a qualidade ainda, de braço dado (...) este processo **não está alinhado com a qualidade** (...) podem estar a fazer um trabalho valioso, válido, mas se não estiver associado com a estrutura da qualidade (...) isto não tem continuidade (...) trabalharam com algumas pessoas do serviço, mas nem sempre com todas as chefias, imagine que é um projeto do diretor, não é um projeto de envolver-se do serviço, e o diretor faz adesão a este projeto mas depois não envolve todos os elementos do serviço, e aquilo fica um bocadinho sem se saber bem (...). O lean não é um processo de alimentação da organização.”*

Hospitais Brasileiros:

*“(...) teve uma mudança de diretoria no hospital, e a diretoria que entrou não tinha essa visão de longo prazo, era uma coisa mais de buscar o processo de ganhar receita e de diminuir custo a curto prazo, e todo esse movimento que foi feito, acabou sendo um pouco desestruturado (...) eu acho que as pessoas não tem visão de método, muitas vezes tem dificuldade para entender o método, e aquela coisa da **resistência à mudança**, então o cara acha que ele entende do negócio, então como é que esses caras que não entendem nada do que eu faço vão agora vir querer me trazer metodologia e fazer com que eu mude. Um problema que eu vejo no lean, e que o pessoal dependendo da visão não consegue entender, é o seguinte: que o lean trabalha basicamente a questão do custo operacional. Se eu não tenho a visão do custo operacional, eu não enxergo o desperdício. O que eu quero dizer com isso? Os hospitais muitas vezes tem um monte de retrabalho para poder tampar aquilo que tem de problema.”*

*“(...) talvez ainda exista o impacto na pandemia, nessa gestão proativa de melhorias, mas eu acho que é um caminho natural. (...) São momentos, né, e nesse momento a gente tá um **pouquinho mais reativo** do que proativo, mas tem como ser mais proativo também.”*

*“Eu acho que sempre que a gente tem a maior dificuldade é no **entendimento do porquê usar a metodologia**, para quê usar isso... parece modismo (...).”*

- **Como ultrapassaram as barreiras:** este subtema serve para a compreensão sobre a forma utilizada no hospital para ultrapassar as barreiras tidas na implantação do lean.

Hospitais Portugueses:

*“Como **era do conselho eles aceitaram** (...) embora no início quando vinham para as primeiras reuniões vinham fechados, mas a coisa passou (...).”*

*“As barreiras **permanecem**”.*

Hospitais Brasileiros:

*“(...) depois dessa primeira fase de projeto (...) a gente sensibilizou a diretoria **para colocar isso no plano estratégico** (...).”*

*“(...) eu ainda acho que é bom ter **os especialistas** envolvidos, então as pessoas enxergam que é um método, enxergam que é uma coisa que o hospital*

*faz, mas eu acho que é importante **ter um suporte** ainda para maioria das áreas, quando a gente fala em projetos de melhoria, mas eu enxergo importante esse papel da pessoa que realmente tem a formação, que conhece como fazer, que consegue apoiar nisso. Às vezes é mais para apoiar mesmo, porque as outras pessoas já tem um pouco mais de conhecimento mas ajuda na disciplina.”*

*“(…) então acho que se a gente traz isso como **ferramenta para impulsionar a melhoria**, as pessoas **conseguem compreender**. Se eu trago isso porque fulano e cicrano estão fazendo, é uma dificuldade porque a pessoa fala: “mas eu não quero fazer. Mais um modismo? Vai passar porque daqui a pouco vocês vão inventar outra coisa. Então acho que fica mais fácil.”*

- **Controlo dos projetos lean:** este subtema contém informações sobre como o hospital realiza o controlo e a monitorização dos projetos lean.

Hospitais Portugueses:

*“(…) Hoje em dia nos **reunimos semanalmente** com a equipa do projeto para encontrar irritantes que ainda estejam no processo e isso também tem sido um exercício muito motivador para a equipa. Os projetos que já aconteceram no ano passado, nós **monitorizamos os resultados** e ainda estamos afinando melhorias, há coisas que são mais difíceis, mas para isso também estamos a definir os indicadores de monitorização (...) e hoje em dia nas minhas reuniões mensais (...) faço o acompanhamento, a empresa foi embora e eu é que acompanho ele, como é que está isto, como é que está aquilo... estamos sempre a motivar os avanços e as melhorias.”*

*“Qual é a estrutura na organização que depois dá suporte? Ao desenvolvimento, à continuidade do processo. Se você não estiver lá uma estrutura que já existe? (...) O que normalmente nós fazemos quando não monitorizamos? Não controlamos. Voltamos outra vez pra trás. Até portanto a malta esqueceu (...) Porque **não há acompanhamento**, não há uma continuidade do processo.”*

Hospitais Brasileiros:

*“Basicamente a **gestão de indicadores**. Tem o indicador de projetos e aí vai trabalhando e vai vendo se atingiu a melhoria ou não. (...) Ou vai para o nível estratégico, vai para o nível tático... depende de como vai ser trabalhado.”*

*“(...) eu tenho certeza que tem como a gente fazer melhor aquilo que a gente já fazia e eu tenho certeza que existem ganhos quando tu aplica métodos de fazer melhoria. (...) A gente fala muito de que mudar não significa que tu está fazendo o melhor, e tu tem que realmente achar um jeito de demonstrar que tu está fazendo melhoria, e isso, normalmente, **o método te traz**. O método te ajuda a medir, o método te ajuda a mostrar que aquela mudança que tu está fazendo, está gerando um resultado diferente, e sempre vai depender do resultado que tu quer alcançar.”*

*“(...) acompanhamento através desses **grupos focados**, com o acompanhamento de **indicadores**, de metodologia, de entrega de resultado (...).”*

- **Responsável pela condução dos projetos lean:** este subtema descreve a forma como o hospital conduz os projetos lean, se tem equipa específica, se existe um profissional ou serviço responsável.

Hospitais Portugueses:

*“Sou eu...repara, a gestão do projeto, também faço parte do grupo de trabalho, faço as observações e também sou profissional da equipa, mas **sou o gestor do projeto**. A condução foi pela consultoria externa.”*

*“Existe uma empresa externa que trabalha o lean. **A Gestão da Qualidade não foi chamada** e incluída na participação dos projetos.”*

Hospitais Brasileiros:

*“(...) a gente contratou uma **consultoria e trabalhamos em conjunto**. Está tudo integrado. É claro que tem alguns profissionais que entendem um pouco mais de uma metodologia ou de outra, aí ele é focado para trabalhar naquela... nessa questão né.”*

*“(...) a gente tinha uma equipe que só trabalhava processo de melhoria com lean, com engenheiro de produção associado e que realmente tinha esse olhar bem focado em lean (...) É como se fosse um escritório de produtividade. Ele era desconexo da gestão da qualidade (...). Hoje não tem mais uma área que trabalha lean. **Eu tenho profissionais dentro da minha área e dentro da área de estratégia da instituição**, que tem a formação em lean, e que apoiam as áreas que querem fazer algum projeto de melhoria (...) eu tenho a engenharia de produção que trabalha comigo, que eu tenho certeza que ela implanta, faz lean,*

trabalha lean pra algumas coisas que eu nem conseguiria chegar perto com a ciência da melhoria (...)."

*"(...) a **gestão da qualidade** faz a gestão desse movimento, atividades, junto com o escritório de projetos. (...) dentro da qualidade, tem uma pessoa que é responsável pelo processo de gestão da melhoria, da gestão de plano de melhorias, então ela participa de todos os grupos da acreditação, de todos os grupos focados, e eles vão trabalhando os fluxos para que a gente por exemplo, revise todos os critérios (...) Isso vai acontecendo dentro de um escopo de gestão de projetos (...) O ponto é: eu faço gestão de projetos com especialistas e os especialistas vão encontrando a melhor ferramenta para definir o critério."*

- **Deveriam existir mais projetos lean:** este subtema contém a visão do profissional responsável pela gestão da qualidade do hospital, sobre a necessidade de serem desenvolvidos e implementados mais projetos lean na unidade hospitalar.

Hospitais Portugueses:

*"Eu acho que sim, mas também acho que é importante alguns **profissionais chave** estarem nesses processos **para poder implementá-los** (...) acho que nós temos que saber andar nesse processo e para nós é muito importante, queremos fazer alguma abordagem por processos e para isso temos que desmontar o processo sem constrangimentos, sem preconceitos e pôr tudo de novo (...) a quantidade de coisas e tarefas ineficientes que se faz e que não têm nada, que não acrescenta nada, que os próprios que fazem chegam na conclusão que afinal é redundante e que não gera valor."*

"Sem opinião".

Hospitais Brasileiros:

*"(...) **Eu acho que sim.** E acho que se cada pessoa tivesse o **pensamento lean incorporado**, a organização teria muito a ganhar."*

*"A gente passou a incorporar metodologia dentro das pessoas que trabalham com a gente para apoiarem outras áreas a fazerem melhoria dentro da instituição, então acho que o lean fez esse caminho e nesse momento a gente ainda tem **várias oportunidades onde pode utilizar a metodologia lean**, acho que para nós é bem evidente o impacto que pode ter (...) a gente entende também que tem oportunidade para utilizar mais o método nessas áreas."*

*“Eu acho que sempre existe para qualquer um dos métodos. Precisa ter alguém que precise “toureirar” esse projeto e estar sempre reavivando. Em uma organização de saúde onde a gente tem um turnover alto, não dá para implantar uma metodologia sem que as pessoas conheçam o método, então precisa sempre ter isso na parede, sempre treinar as pessoas, habilitar as pessoas para que elas possam executar. Então **sempre tem, desde que haja quem faça o processo de implementar o modelo.**”*

Tema 3 – A acreditação e o lean: este tema está composto por diversos subtemas que relacionam a acreditação e o lean na perspectiva de conhecer se o Lean é integrado internamente nos processos de acreditação, como isto ocorre, se existem barreiras...

- **A integração do lean à acreditação:** este subtema contém questões relativamente à existência da integração do lean aos processos da acreditação na unidade hospitalar.

Hospitais Portugueses:

*“Para mim vão fazendo parte, é um processo de melhoria, é melhorarmos, é a melhoria contínua, é passinho a passinho (...) a qualidade estando lá, meto-me sempre, não deixo passar as oportunidades de puxar a carroça para dentro da qualidade, mas tem tudo haver (...) **Esses processos são perfeitamente levantados e integrados e fazem parte da qualidade (...)** mas a coisa tem que estar integrada, não pode ser de outra forma. É o que eu acho.”*

“Não há.”

Hospitais Brasileiros:

*“(...) a acreditação é muito focada em trabalhar alguns requisitos básicos (...) e ir evoluindo. Eu acho que a questão do lean ajuda exatamente nessa gestão da melhoria dos processos, com a visão do todo, entender a questão de gerar valor para o paciente (...) mudar a cultura da forma como as pessoas trabalham e a acreditação tem isso. **Eu acho que ela vai em paralelo, tudo que a gente aplica na acreditação tem a ver com o lean.**”*

*“(...) a gente acaba **discutindo qual é a melhor maneira de fazer isso, com as equipas** que a gente tem, eu falo assim e parece que eu tenho uma equipe enorme (...) Eu tenho três pessoas que trabalham comigo e tenho duas pessoas na área de gestão estratégica, que tem a formação em lean, por exemplo, mas são as pessoas que a gente tem para trabalhar dentro da*

instituição, para fazer todo esse processo de qualidade de segurança do paciente mais os projetos de melhoria. Mas a gente consegue fazer, desde que esteja bem claro o objetivo e a gente consiga realmente indicar onde eu vou usar cada um dos métodos. E nesse momento, normalmente, a gente tem discutido em cima de problemas, eu não tenho feito atividades próativas.”

*“(…) **acreditação é gestão de projeto**. Eu posso utilizar um milhão de ferramentas, então elas não são excludentes (...) São processos guiados por ferramentas **que podem ter lean**, podem ter outras ferramentas embarcadas (...).”*

- **Barreiras para integrar o lean à acreditação:** este subtema contém situações tidas como barreiras internas para a integração do lean aos processos de acreditação do hospital.

Hospitais Portugueses:

*“Se a instituição (...) optar por utilizar **uma metodologia lean deveria sair também da área da qualidade**. Ponto. Ou pelo menos, deveria fazer parte do conhecimento da área da qualidade estas novas metodologias. Não há só a metodologia lean, isto é, existe o kaizen, existem várias abordagens que podem melhorar os processos de trabalho dentro das instituições. Para mim a integração dos processos lean, **tem que passar pela estratégia de governação da organização** e tem também, para além disso, que envolver estruturas da qualidade existentes dentro da organização, se elas existem tem que ser envolvidas (...). Para nós conseguirmos, enquanto estrutura da qualidade, sermos facilitadores para os processos lean serem integrados dentro da organização, nós precisamos ter a formação das pessoas todas, para o lean. Porque esta é uma barreira para mim. Porque assim: como é que eu vou propor uma solução seja a quem for, em termos de conselho de administração, se nem eu tão pouco domino a metodologia? Nem eu nem os meus colegas? Não estamos formados, não estamos formatados. Isto é assim como tudo na vida, nós precisamos de nos formatarmos para aprender (...) como é que eu vou fazer uma desmultiplicação ou uma sensibilização que é possível dos profissionais e dos serviços, para implementar metodologias lean se eu desconheço o que é a metodologia lean? (...) alguém da qualidade lá inserido, envolvido dentro dos processos, em todos os processos, estamos ao lado (...) nós temos que ter a visão estratégica.”*

Hospitais Brasileiros:

“(...) a gente usou o lean muito mais numa visão pontual de alguns processos que a gente entende na qualidade que a gente pode utilizar, porque a ideia era uma coisa gigantescas, era de implementar o lean no hospital inteiro. E aí depois teve uma mudança de estratégia da gestão e aí não se focou mais nisso.”

“(...) acho que é um desafio a gente conseguir pensar em melhoria sem deixar de lado os propósitos de segurança e qualidade e ao mesmo tempo a abordagem, ela tem que ser uma abordagem de que é possível fazer diferente. Existe como fazer diferente sem quebrar padrões de qualidade. Eu não acho que para tudo se aplica lean como eu também não acho que para tudo se aplica a ciência da melhoria, como acho que nem tudo se aplica outro método que seja, que a gente decida utilizar (...) entendo que a gente vai ter que escolher aquilo que é melhor para o objetivo (...) a gente tem que escolher aquilo que fazer mais sentido para a área onde a gente vai atuar.”

“Eu acho que esse é um processo de maturidade, saber que as pessoas vão utilizar ferramentas diferentes (...) elas são ferramentas de suporte à melhorias específicas (...) como eu disse, a nossa principal abordagem tem sido a ciência da melhoria, não o lean.”

- **Benefícios de integrar o lean à acreditação:** este subtema contém os benefícios percebidos quando o lean está integrado aos processos da acreditação do hospital.

Hospitais Portugueses:

“Interferem positivamente nos processos da acreditação, os profissionais ficam mais sensibilizados para olhar os processos de uma outra forma, eu vejo como positivo e importante.”

“Não, não, zero (...) eu não tenho evidências (...) esses projetos dão trabalho, estes projetos tem que ter continuidade, e se eles não tiverem continuidade (...) as pessoas voltam-se ao mesmo. A qualidade é um todo, o que acontece é que depois o lean vem melhorar os processos da qualidade não é? Mais in loco, mais na operacionalização (...).”

Hospitais Brasileiros:

*“Eu acho que o **lean ajuda a consolidar a gestão da qualidade e começar ter uma visão da gestão da rotina**, que eu acho que isso é um problema que muitas vezes na gestão, porque tu faz um projeto, implementa uma coisa é depois ela se perde com o tempo. Eu acho que manter a corda esticada usando uma metodologia como o lean ajuda a manter a rotina (...) a principal questão do lean é mudar a visão. Primeiro que eu acho que o lean é a qualidade total na prática (...) realmente implantar a qualidade total na prática. E aí, esse processo faz com que as pessoas mudem a visão, enxerguem coisas que o pessoal acha normal no dia a dia, e enxergar isso como desperdício (...) a acreditação é uma consequência (...) de uma boa gestão de processo. (...) tem que ter uma metodologia para isso, para trabalhar aí. E eu acho que o lean ajuda. Da forma como o lean é trabalhado, filosoficamente, eu acho que tem tudo a ver, ele alavanca a acreditação. Se souber implementar de uma forma adequada, ele vai gerar a tua acreditação, ele está trabalhando a base do processo que é a padronização, e aí tu consegue estabilizar e diminuir a variabilidade, então tu padroniza as coisas, e a partir daí tu começa a trabalhar na melhoria, a melhoria vai gerar qualidade (...). Então a excelência é um caminho (...) estar sempre melhorando, e eu vejo que essa visão do lean ajuda nisso (...) acho que o fundamental do lean é a participação das pessoas, na produção de qualidade e melhoria. Isso dá o poder para as pessoas terem autonomia na ponta, isso é uma coisa fundamental.”*

*“Acho que **trabalhar de forma multidisciplinar** para isso é importante. Envolver as pessoas certas é importante. Não vai adiantar nada tu fazer um projeto, por exemplo, na emergência, sem ter a equipe médica, assistencial e administrativa da emergência envolvida (...) só acelerar o atendimento de tal coisa na emergência, a possibilidade de tu esquecer algum passo que a assistência faz, ou que algum médico faz, é muito grande se tu não envolver todo mundo. Então as pessoas que tu envolve em projetos, a equipe que tu monta para atingir o teu resultado, eu acho que tem impacto bem grande na forma como as coisas são conduzidas e, realmente implantadas.”*

*“Eu acho que o maior ganho que a gente tem e que vai ter em todos esses processos é entender que **processos de melhoria vão sempre nascer de forma clara em instituições que queiram melhorar, independentemente do tipo de ferramenta**. Eu só preciso sempre ter esse norte da pessoa que esteja utilizando, precisa conhecer o método. É você não ficar limitado a um plano só (...) você vai buscar ferramentas de outras atividades, então o norte é:*

precisamos definir estruturas (...) Quais são as ferramentas que o grupo está trabalhando esse processo, são pessoas que trabalham com isso (...). Então eu acho que esse é um drive, porque eu acho que a ferramenta lean não vai morrer nunca (...) é uma cultura (...) de como você vai trabalhar as coisas. E se bem sedimentada, ela vira o valor, porque eu entendo que aquilo faz parte do dia a dia, e qual ferramenta que eu vou utilizar no dia a dia é só complemento.”

Conforme descrito no ítem 3.4 Procedimentos de Análise dos Dados, mais precisamente na “Fase 2” e referido no início deste tópico, a seguir será exibida uma síntese temática por meio de dois esquemas visuais: o primeiro resume os principais pontos extraídos das respostas dos gestores da qualidade dos hospitais portugueses e o segundo, dos participantes brasileiros. Ainda para complementar a visualização, pode ser consultado um quadro anexo, onde estão apresentados os principais pontos em colunas, para facilitar a comparação entre a amostra portuguesa e brasileira.

Figura 04:

Síntese temática participantes Portugueses

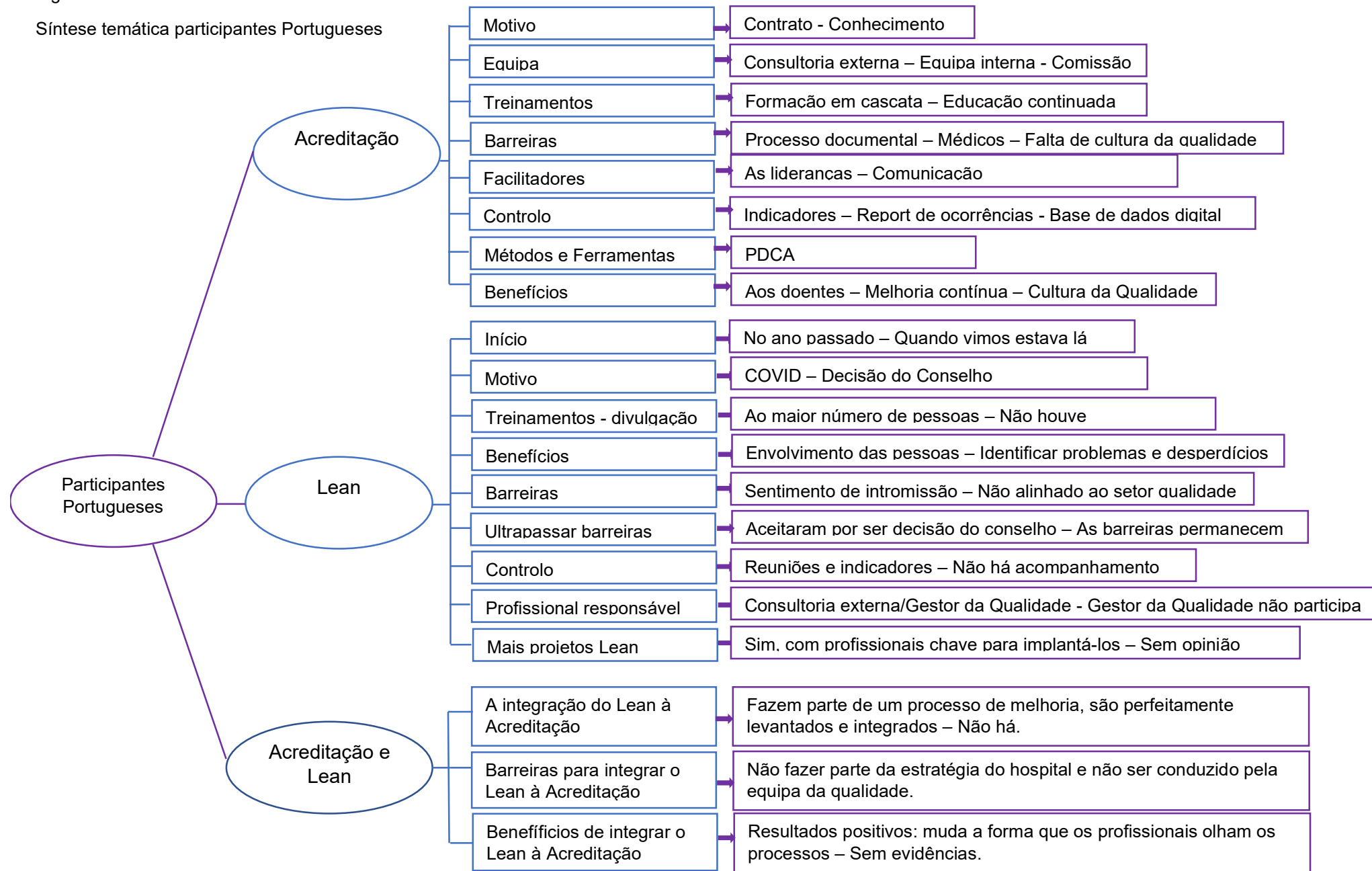
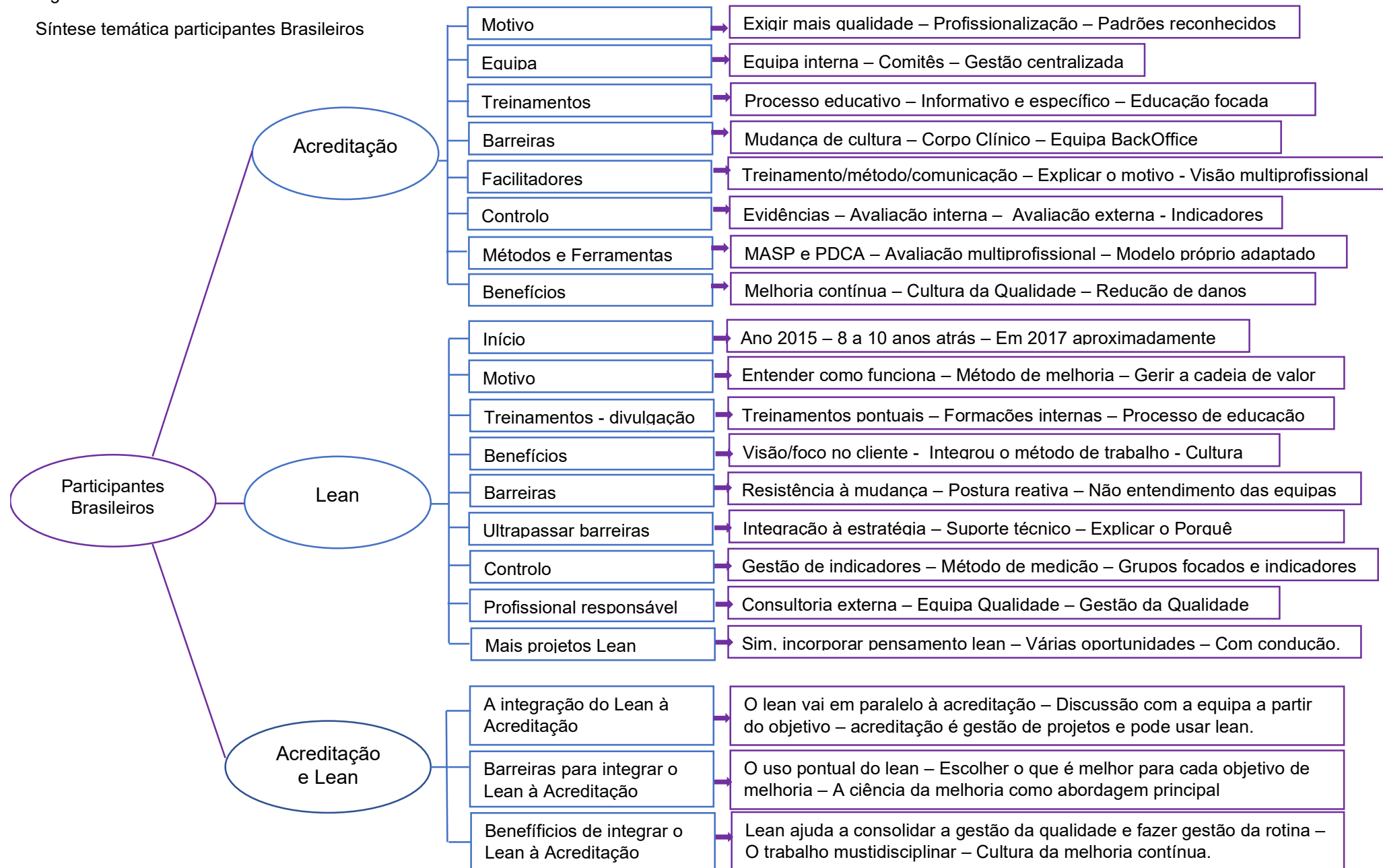


Figura 05:

Síntese temática participantes Brasileiros



4.2 Resultados da análise documental

Serão demonstrados a seguir os achados da análise documental realizada, conforme metodologia descrita no item 3.3.2 desta dissertação. Foram relacionados os resultados das buscas efetuadas nos sites mantidos pelos próprios hospitais, ou seja, com dados e informações produzidas e publicizadas de acordo com o interesse comunicacional das próprias unidades hospitalares portuguesas e brasileiras, participantes desta pesquisa, acerca dos temas centrais: acreditação (incluindo a palavra “certificação”) e lean, além da análise do site para evidenciar a existência de espaços destinados à área da qualidade.

- **Acreditação:** notícias e informações acerca do tema, divulgadas dentro do site do próprio hospital.

Hospitais Portugueses:

Hospital 1 - a busca localizou 04 notícias internas que envolviam o tema. Destas, 02 eram idênticas, conforme detalhamento a seguir: Resultado 1) Notícia sem data, que refere sobre acreditação e certificação ISO, ressaltando a preocupação da alta gestão e do serviço de qualidade com a satisfação do utente e o reconhecimento da alta gestão às equipas envolvidas. Resultado 2) Notícia idêntica a anterior. Resultado 3) Notícia sem data que destaca a segurança clínica de um serviço específico do hospital, que se relaciona ao processo de acreditação da qualidade. Resultado 4) Notícia sem data sobre a certificação de um serviço específico do hospital.

Hospital 2 - a busca não localizou nenhum resultado.

Hospitais Brasileiros:

Hospital 3 – a busca localizou 07 resultados, sendo eles: Resultado 1) Notícia de 03/07/19 sobre a acreditação específica de um serviço, atribuída por uma organização americana, se tornando a segunda organização da América Latina a receber tal reconhecimento. Resultado 2) Notícia sem data, apresenta um serviço específico, sua estrutura e diferenciais e refere a acreditação nacional e internacional que o hospital possui. Resultado 3) Notícia de 05/04/19, com a informação sobre a conquista, mais uma vez, da acreditação internacional pela JCI, onde mencionam que o hospital possui desde 2012 esse reconhecimento externo da maior e mais antiga agência verificadora da qualidade e segurança em saúde do mundo. Resultado 4) Notícia de 01/06/19 sobre a comemoração do aniversário do hospital, onde relacionam alguns motivos para comemorar a data, dentre eles está as creditações nacional e internacional que o hospital possui e mantém ao longo dos anos, bem como, outras certificações que

diferencia a unidade hospitalar. Resultado 5) Notícia de 11/10/19 que anuncia a reacreditação do hospital na metodologia da Organização Nacional de Acreditação – ONA, com nível 3 que refere a exelência pela acreditadora nacional, que o hospital mantém durante muitos anos. Resultado 6) Notícia de 06/01/20, onde a alta gestão manifesta a sua perspectiva sobre o futuro do hospital e cita os dois vetores estratégicos perseguidos pela organização: a melhoria na qualidade e na segurança dos pacientes e a eficiência nos custos da operação. Ressaltam a melhoria no questio econômico, na medição da qualidade e sinalizam mais uma vez a acreditação renovada pela JCI e o grau de acreditação máxima – Nível 3 pela ONA. Resultado 7) Notícia sem data, apresenta um serviço específico, sua estrutura e diferenciais e refere a acreditação nacional e internacional que o hospital possui.

Hospital 4 – Foram localizados 13 resultados a partir da busca pela palavra “acreditação”, dos quais: Resultado 1) Direciona para a área “Quem Somos” do hospital, onde consta a história da organização, seu reconhecimento público e apresenta a acreditação e as certificações existentes como um diferencial que possuem, bem como, as parcerias em projetos com instituições de renome mundial no segmento saúde. Resultado 2) Direciona para a área dos “Direitos e Deveres dos Pacientes”, onde contém um texto de orientação com as principais dúvidas dos pacientes e acompanhantes e referem que este documento está de acordo com o padrão internacional JCI. Resultado 3) Direciona para uma área onde o hospital possui informações sobre os seus muitos prêmios e certificações, apresentados numa linha cronológica. Resultado 4) Notícia que comemora a renovação da acreditação internacional de qualidade do hospital, lista os pontos essenciais para este sucesso, bem como, sinaliza e agradece o engajamento das equipes neste processo. Resultado 5) Notícia interna de 24/10/20, sobre a conquista de um prêmio de referência nacional, que o destaca na região em que o hospital está inserido. A notícia sinaliza que o prêmio deriva da existência da acreditação e parcerias internacionais que os destacam por sua qualidade na prestação de serviço. Resultado 6) Notícia sem relação com o tema chave deste tópico “acreditação”. Resultado 7) Notícia de 05/01/19 sobre a conquista do certificado ISO 9001 por um serviço específico do hospital. Resultado 8) Referente ao mesmo tema do resultado 7. Resultado 9) Notícia de 25/12/17 sobre a conquista da certificação internacional ISO 9001:2015 em determinada unidade que integra o hospital, sendo o primeiro da sua região a obter esta conquista. Resultado 10) Notícia de 03/10/17 que não se relaciona com o tema “acreditação”. Resultado 11) Notícia de 12/09/17 que comemora a renovação da acreditação internacional de qualidade ultrapassando os 05 ciclos consecutivos, o que é sinalizado na notícia como comprovação da qualidade e segurança na assistência

prestada na unidade hospitalar. Resultado 12) Notícia interna sobre os aprendizados derivados de um simpósio internacional promovido para uma categoria profissional específica do hospital, o que segundo a notícia reforça o compromisso do hospital com a produção e partilhamento do conhecimento e valorização de seus profissionais. Resultado 13) Notícia que não está relacionada ao tema central “acreditação”.

Hospital 5 – Foi encontrado apenas um resultado na busca realizada com a palavra “acreditação”: Notícia de 10/11/20 sobre o reconhecimento internacional por meio de uma importante instituição acreditadora às práticas técnicas e científicas de um determinado serviço do hospital.

- **Certificação:** notícias e informações acerca do tema, divulgadas dentro do site do próprio hospital.

Hospitais Portugueses:

Hospital 1 - a busca localizou 05 notícias internas que envolviam o tema, conforme detalhamento a seguir: Resultado 1) Notícia sem data sobre a revalidação da certificação de um centro de referência próprio, destacando a qualidade das estruturas organizativas e a prática clínica, que o modelo da certificação afere e atesta a qualidade da organização, o empenho voluntário na melhoria contínua, a cultura de qualidade e segurança; o reconhecimento do empenho dos profissionais e a certificação como um forte estímulo para todos os profissionais envolvidos. Resultado 2) Notícia sem data e idêntica ao resultado 04 da busca com a palavra “acreditação”. Resultado 3) Notícia sem data e idêntica ao resultado 01 da busca com a palavra “acreditação” no site do hospital. Resultados 4 e 5) Notícias sem data sobre a certificação de um serviço específico do hospital.

Hospital 2 - a busca não localizou nenhum resultado.

Hospitais Brasileiros:

Hospital 3 – a partir da busca com a palavra “certificação” foram localizados 08 resultados: Resultado 1) Notícia de 14/11/18, informa que um de seus serviços assistenciais recebeu a certificação da associação nacional da categoria da qual o serviço faz parte. Esta certificação tem o foco na qualidade e na segurança da assistência ao paciente internado no respectivo serviço. Resultado 2) Notícia publicada em 10/05/17 que comemora o reconhecimento internacional do hospital ocorrido por meio de uma metodologia norte-americana que orienta suas atividades através da empatia, carinho e respeito ao próximo. Resultado 3) A notícia não possui relação com

o tema “certificação”. Resultado 4) Notícia de 09/02/18 que informa sobre um prêmio recebido pela alta gestão da instituição e dentre os motivos elencados que justificam tal mérito, foram citadas as acreditações e certificações que o hospital conquistou ao longo dos anos. Resultado 5) Notícia de 29/04/19 sobre um selo de certificação recebido por um serviço assistencial do hospital que reconhece a sua boa eficiência clínica, concedida por instituição brasileira que audita de acordo com padrões de assistência e qualidade, seguindo as normas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Resultado 6) Notícia que não tem relação direta ao tema “certificação”. Resultado 7) Notícia idêntica ao resultado 01 do item “acreditação”. Resultado 8) Notícia idêntica ao resultado do 03 do item “acreditação”.

Hospital 4 – Foram localizados 08 resultados com a palavra “certificação”: Resultado 1) Notícia sem data que apresenta a estrutura e os diferenciais de um serviço interno específico, onde é mencionado a acreditação internacional que o hospital possui. Resultado 2) Notícia idêntica ao resultado 01 do item “acreditação”. Resultado 3) Não tem relação direta ao tema central do item “certificação”. Resultado 4) Não tem relação direta ao tema central do item “certificação”. Resultado 5) O resultado da busca direcionou para a área de sustentabilidade ambiental do hospital, onde dentre muitas informações, estão relacionadas duas certificações recebidas pela unidade hospitalar derivadas de ações e programas sobre a responsabilidade ambiental. Resultado 6) Notícia de 04/07/21 sobre a visita de um representante da mais alta hierarquia do Ministério da Saúde do Brasil, às instalações de um serviço específico do hospital, reformulado e reposicionado para maior eficiência, quando houve a menção às certificações e acreditações que o hospital possui. Resultado 7) Notícia de 11/06/21 sobre a ampliação de um serviço assistencial do hospital, onde fazem menção ao reconhecimento da qualidade com base em padrões internacionais, aferidos pela JCI. Resultado 8) Notícia não tem relação direta ao tema deste item “certificação”.

Hospital 5 – Foram localizados 3 resultados com a busca sobre “certificação”: Resultado 1) Notícia de 05/04/19 sobre o reconhecimento internacional de um serviço específico do hospital, ocorrida por meio de uma certificação de mais alto grau a nível mundial. Resultado 2) Notícia de 15/08/19 sobre a certificação de um protocolo assistencial implementado na instituição, que cumpre os padrões assistenciais requeridos por determinada instituição certificadora nacional. Resultado 3) Notícia publicada em 19/09/19 sobre a certificação pioneira no país de um programa de gestão específico implementado no hospital que cumpre os padrões estabelecidos por um organismo nacional de certificação.

- **Lean:** notícias e informações acerca do tema, divulgadas dentro do site do próprio hospital.

Hospitais Portugueses:

Hospital 1 - a busca não localizou nenhum resultado.

Hospital 2 - a busca não localizou nenhum resultado.

Hospitais Brasileiros:

Hospital 3 - Foram encontradas 05 resultados, porém, não se relacionavam ao assunto “lean” e sim, eram parte de uma palavra.

Hospital 4 – a busca não localizou nenhum resultado.

Hospital 5 – a busca não localizou nenhum resultado.

- **Área específica do site com informações sobre “Qualidade”:** por meio da navegação em todos os ícones de consultas disponibilizados no site do hospital, buscou-se identificar a existência de locais específicos para a comunicação sobre ações, programas, atividades, notícias e informações relacionadas ao tema qualidade.

Hospitais Portugueses:

Hospital 1 – Foi localizada uma área específica no site, com dados sobre o “Hospital” e uma lista de serviços de apoio à gestão dentre os quais, havia um ícone que direcionava a uma área própria para o “Serviço de Qualidade e Segurança”. Nesta área, estavam dispostas informações sobre a estrutura existente no hospital para a condução das ações relativamente à qualidade interna e que este serviço integra a estrutura de gestão do hospital. Como principais responsabilidades deste serviço, destacam-se: o propósito de potenciar e focalizar a qualidade e a segurança da prestação dos cuidados de saúde nas pessoas; promover o desenvolvimento estruturado das competências dos profissionais, com forte valorização à cultura de segurança, com incentivo e reconhecimento às melhores práticas. O referido serviço relaciona uma lista de valores, dentro os quais estão a eficiência, a eficácia, a qualidade e a sustentabilidade da prestação cuidados. Apresenta dentre as suas metas estratégicas, a busca pela alta confiabilidade, por meio dos referenciais de acreditação e certificação; a promoção da abordagem por processos clínicos e organizacionais; a gestão de riscos para a segurança clínica e organizacional; a monitorização de indicadores de qualidade e de desempenho assistencial. Existe ainda, referência ao Sistema de Gestão da Qualidade, com o papel de estabelecer, documentar, implementar, controlar e melhorar todos os processos e atividades internas, o que inclui todo o planeamento, execução e controlo

das ações para a melhoria da qualidade, acreditação e certificação, programas específicos da qualidade, avaliação da qualidade, etc.

Hospital 2 – Existe uma área chamada “Institucional”, onde foi identificado um ícone com o nome “Qualidade”, contendo diversas informações importantes sobre a estrutura adotada pelo hospital para a gestão da qualidade. Dentro deste espaço, as informações estão separadas em grandes tópicos: 1) Estratégia da qualidade: sinaliza que o desenvolvimento de atividades de melhoria contínua da qualidade, bem como, o seu reconhecimento através da acreditação, intergram a missão do hospital. 2) Política da Qualidade: visa a obtenção da Gestão de Qualidade Total, por meio da implementação de sistemas e metodologias para a garantia da qualidade em todas as atividades do hospital. Por meio de um Sistema de Gestão da Qualidade, identifica e promove atividades desde o planejamento, a implementação, inclui a liderança e envolvimento dos profissionais na melhoria contínua da qualidade dos cuidados e segurança dos doentes, suportado por programas capazes de avaliar sistematicamente suas estruturas, seus processos e seus resultados, com o objetivo de obter a excelência na prestação dos cuidados de saúde. 3) Acreditação e Certificação: apresenta o modelo de acreditação adotado na unidade hospitalar, bem como, a existência da certificação ISO 9001:2008 em alguns serviços do hospital.

Hospitais Brasileiros:

Hospital 3 – na área nomeada de “Sobre nós”, na apresentação do hospital, está destacado o fato de o hospital possuir acreditação internacional há vários anos. Também existe referência ao tema qualidade e segurança nos valores institucionais. Na mesma área, contudo na aba “Prêmios e certificações”, foram encontradas informações sobre o histórico temporal da acreditação e de várias certificações que o hospital possui, bem como, os programas que favoreceram o alcance do reconhecimento das instituições acreditadoras e certificadoras nacionais e internacionais. Ainda foi encontrada uma parte do site onde estão contidas as notícias do hospital, separadas por diversos temas, dentre eles, evidenciou-se a existência do tema “Qualidade e Segurança” onde existem 6 notícias: a primeira de 29/11/18 e a última com data de 07/12/20, as quais contém informações sobre ações realizadas internamente, que envolvem os profissionais, os pacientes e os familiares.

Hospital 4 – No ícone com o nome “Institucional” existe uma subseção “Qualidade”. Neste local existem informações sobre a concepção histórica da qualidade no hospital, além de uma referência específica para a acreditação internacional JCI, bem como, demais prêmios e certificações existentes. Ainda na área “Institucional”, contudo na

subseção “Estrutura de Gestão”, são apresentadas diversas informações sobre a identidade estratégica do hospital, onde aparecem entre os valores a excelência, a qualidade e a segurança, bem como, o foco em resultado, ambos com relação ao tema em estudo.

Hospital 5 – No ícone com o nome “Institucional” existe uma subseção chamada “Certificações” onde consta um descritivo organizacional com a relação de todas as as creditações, certificações, prêmios, selos recebidos pela unidade hospitalar ao longo dos anos, por instituições nacionais e internacionais. Já no título “Sobre o Hospital”, também localizado dentro da área “Institucional” existe um pequeno resumo histórico sobre a instituição, seu propósito e seus valores, os números que referenciam o volume dos atendimentos prestados, descritivos sobre as ações de sustentabilidade da organização, bem como, uma parte que destaca as creditações JCI e ONA.

A seguir são apresentadas as sínteses com os principais achados da análise de conteúdo, realizadas nos sites dos hospitais portugueses e brasileiros.

Figura 06: Síntese da análise documental dos participantes portugueses

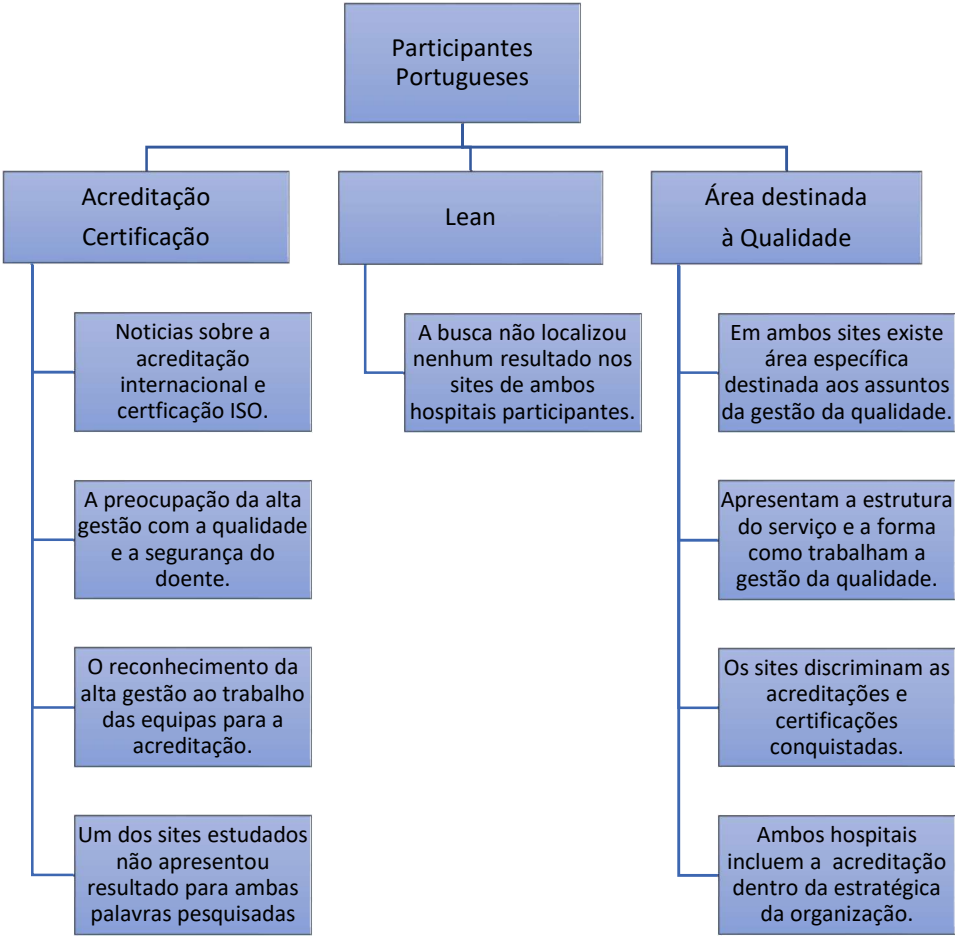
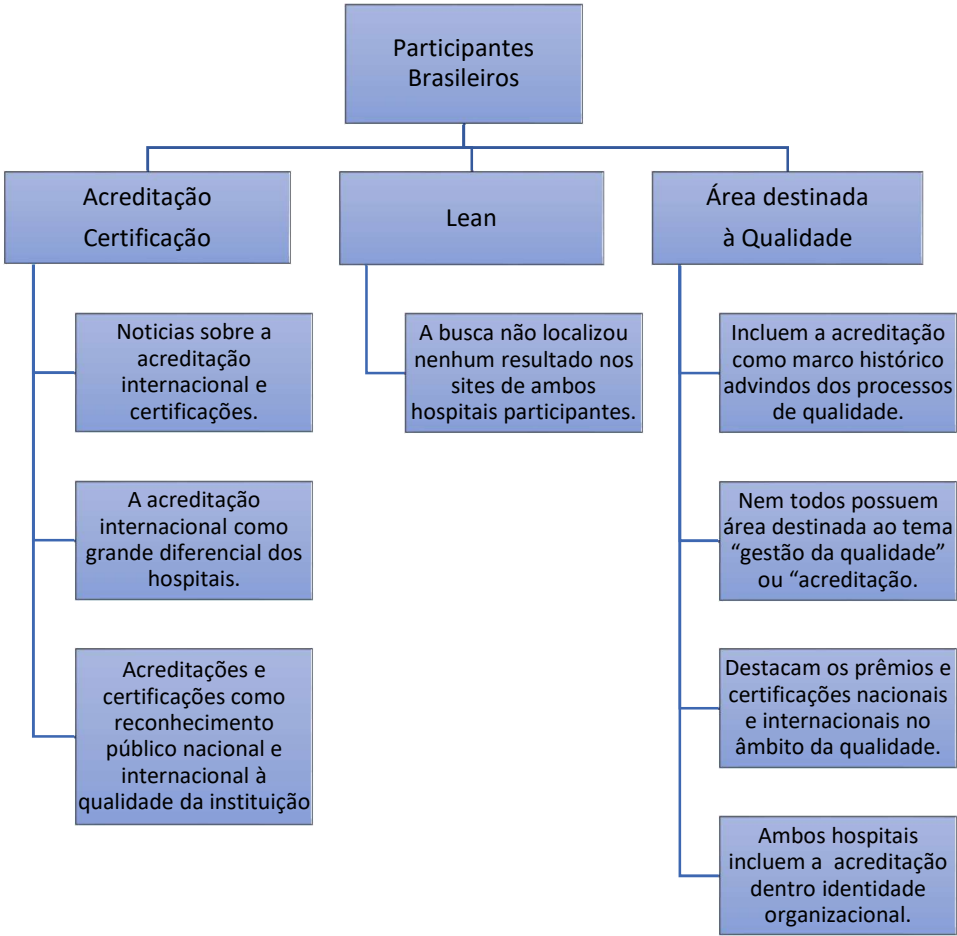


Figura 07: Síntese da análise documental dos participantes brasileiros



5. DISCUSSÃO

A discussão será apresentada levando em consideração os três principais tópicos estudados, sendo que no último, os objetivos da pesquisa serão tratados.

5.1 Foco 1: Acreditação

Os hospitais portugueses e brasileiros que integraram a pesquisa, de forma geral, possuem um histórico inicial semelhante na busca pela acreditação. Um ponto que os diferenciou foi que nos hospitais portugueses estudados, o movimento para a acreditação teve início por força de determinações advindas de decisões externas, não relacionadas diretamente às estratégias traçadas pelos próprios hospitais. Em relação aos participantes brasileiros, a decisão pela busca da acreditação foi da alta gestão, alinhada ao posicionamento estratégico dos hospitais. Independentemente desta diferença, percebe-se que em ambos cenários houve a validação e a sedimentação dos processos da acreditação. O evidenciado nos casos estudados, coaduna com o estudo de Thereza et al., onde consta que a busca pela acreditação pode advir de uma decisão política dos países, de instituições governamentais e não governamentais e mesmo que não exista uma visão única sobre os propósitos da acreditação, o sucesso vai depender dos objetivos e metas que se pretende atingir de acordo com cada realidade e metodologia escolhida (Thereza et al., 2012).

Observou-se que o caminho percorrido por essas unidades hospitalares desde a decisão de buscar a acreditação até o momento em que foram efetivamente acreditadas, foi composto de muitas ações para o convencimento e treinamento às equipes, existiu o apoio da alta gestão, a condução por profissionais dedicados exclusivamente ao tema, bem como, houveram participações de lideranças dos mais diversos serviços dos hospitais e de comissões compostas para apoiar o processo interno da qualidade. Um fator positivo percebido em ambos hospitais, foi o envolvimento das equipes multiprofissionais nos processos estruturantes e de condução, o que supõe-se que tenha facilitado a implementação e a manutenção da acreditação ao longo dos anos, o que vai de encontro ao estudo de Andres et al., (2019) onde apresentam que poderá existir maior facilidade na mudança cultural necessária para a acreditação, quando for adotada uma abordagem capaz de englobar as múltiplas funções que convivem dentro da organização (Andres et al., 2019).

Interessante destacar que, tanto nos casos portugueses quanto nos brasileiros, inicialmente existiu o apoio de uma consultoria externa para a implantação das ações necessárias ao processo de acreditação, o que aparentemente auxiliou positivamente. Com o passar do tempo e da apropriação da metodologia pelas equipas internas, esta consultoria deixou de existir, o que leva a compreensão de que, os profissionais do hospital conseguiram se apropriar do conhecimento capaz de sustentar a condução do projeto. Estudos pregressos apontam que alguns casos tiveram boas experiências com a participação de consultores especializados na preparação à acreditação (Kousgaard et al., 2019). Em ambos casos houve uma integração multidisciplinar, com participações das lideranças, conduzidos por um profissional do serviço interno de gestão da qualidade. Este cenário está alinhado com um estudo que apresenta o gerenciamento adequado do conhecimento produzido internamente nos hospitais, como suporte para que as pessoas desenvolvam suas ações embasadas na aptidão conquistada, experiências vividas, as regras e cultura interna o que contribui para o sucesso dos resultados (Sampaio et al., 2021).

Acredita-se que com o passar dos anos houve um aperfeiçoamento na condução da acreditação pelas equipas internas dos hospitais, advindo, possivelmente do processo intenso de formação das pessoas desde o nascedouro dos projetos de acreditação. Identificou-se que desde o início das atividades para a acreditação, foram desenvolvidos planos de treinamento internos com o envolvimento das lideranças e dos profissionais da assistência, bem como, em ambos hospitais ainda são mantidas as formações específicas sobre o tema avaliação interna. Estudos demonstram que a instrumentalização dos profissionais por meio de um processo de educação continuada, permite melhor adaptação às mudanças, por meio de treinamentos que priorizem o foco na segurança dos doentes e trabalhadores (Sampaio et al., 2021) e relatam o desenvolvimento do conhecimento individual e coletivo provocado pela acreditação (Kousgaard et al., 2019).

Os hospitais criaram uma estrutura para a gestão da qualidade, capaz de suprir as necessidades desde o planeamento das ações de melhoria, a implementação das mesmas e a análise dos resultados. Isto pode estar relacionado com a capacidade de integrar as pessoas nos processos de acreditação e decorrente disto, a criação de uma cultura da qualidade e segurança, que sustenta e facilita a realização dos ciclos de melhoria e a manutenção da acreditação ao longo dos anos, bem como, a conquista de outras certificações específicas de alguns serviços. O estudo de Hussein et al.; (2021) também encontrou um efeito positivo da acreditação na cultura de segurança no nível organizacional (Hussein et al., 2021).

Ainda que as barreiras enfrentadas foram distintas entre hospitais portugueses e brasileiros, sendo que os primeiros relacionaram a parte documental como uma das principais, acrescida do entendimento das pessoas para o que estava sendo requisitado, conseguiram aproveitar a necessidade de cumprirem os padrões internacionais estabelecidos na metodologia de acreditação a qual seguiram e criaram suas políticas e condutas de trabalho. No caso brasileiro, o maior enfrentamento esteve na mudança cultural e na integração das equipes médicas e de suporte. Em ambos cenários existiram facilitadores do processo, que os ajudaram a ultrapassar as barreiras. Nos casos portugueses, destacam-se a participação das lideranças, principalmente as médicas e o trabalho conjunto ao serviço da comunicação interna. Já para os hospitais brasileiros o suporte da alta gestão e o aprendizado do processo, foi crucial. A mudança cultural é complexa de ser realizada, conforme aponta um estudo sobre o gerenciamento das mudanças nas instituições de saúde, onde as necessidades podem incluir desde novas práticas de cuidados, mas todas precisam considerar as diversas abordagens possíveis e flexíveis para a condução da mudança desejada (Augustsson et al., 2019).

Identificam-se como pontos positivos os controles e a forma continuada de acompanhamento em todos os casos estudados, principalmente baseados em conjuntos de indicadores da qualidade, sistema de reporte para as notificações de ocorrências que integra a gestão de riscos da organização, além das auditorias internas e externas. O monitoramento contínuo pressupõe uma evidência aos envolvidos dos avanços obtidos por meio dos processo de acreditação, o que vem de encontro ao que indica o estudo de Hussein et al.; (2021) onde sugere que existem mudanças positivas nas medidas de desempenho, com a existência de evidências plausíveis de que a acreditação hospitalar promove a qualidade do serviço, visto a melhoria dos processos (Hussein et al., 2021).

Os principais benefícios da acreditação nos casos portugueses incluem: os doentes, que usufruem de uma assistência segura e com maior qualidade, com a minimização dos riscos clínicos e não clínicos; aos profissionais que atuam em uma instituição acreditada, pela oportunidade de desenvolverem e interiorizarem a necessidade da melhoria. Nos casos brasileiros identificam-se como principais pontos o desenvolvimento da cultura da qualidade e oportunidades contínuas de melhoramento. Em consonância ao tema segurança do doente, estudos apresentam que a acreditação pode ocasionar melhoria na segurança do doente (Kousgaard et al., 2019), por outro lado, existem divergências registradas em outras pesquisas, que não encontram evidências de que a acreditação promove mudanças positivas na qualidade

do atendimento ao doente (Brubakk et al., 2015). Outro estudo sobre a segurança do doente e cultura organizacional sob a ótica das lideranças em instituições hospitalares, demonstra que estas reconhecem que o ambiente seguro ao doente e o aprendizado organizacional, são os fatores que mais contribuem para a criação de uma cultura de segurança (Barbosa & Malik, 2016).

5.2 Foco 2: O lean

A decisão para a utilização do lean nos hospitais portugueses veio da alta gestão, contudo, aparentemente, apenas no hospital 01 é que o motivo ficou claro para os colaboradores. Nos dois casos o uso do lean é recente, tempo que não deve superar os dois anos. Relativamente ao início do uso do lean, identifica-se uma diferença na forma de condução entre o hospital 01 e 02, onde apenas no caso 01 houve a inclusão do profissional responsável pela qualidade. No caso 02, o Gestor da Qualidade não participou do processo de iniciação do lean no hospital, tão pouco foi comunicado, informado ou integrado às ações dos projetos. Em ambos casos todos os projetos lean desenvolvidos até o momento foram conduzidos por uma empresa de consultoria externa. Um estudo apresenta que a contratação de consultoria externa pode ser um fator-chave positivo para a implementação do lean quando o corpo técnico interno não dispõe de conhecimento e experiência sobre a metodologia (T. K. O. Régis et al., 2018). Por outro lado, outro estudo demonstra que se houver baixa qualificação no âmbito do lean nas gerências que precisarão implementar as ações dos projetos, estas tendem a assumir ações incompatíveis com a filosofia, tornando-se um dos principais causadores de insucesso dos projetos lean (Soliman & Saurin, 2017).

Nos hospitais brasileiros participantes, a decisão por utilizar o lean envolveu diversos atores, dentre eles a alta gestão, o serviço de Gestão da Qualidade e os setores que trabalhavam (à época) especificamente para o melhor desempenho operacional. O hospital que usa o lean há menos tempo, o utiliza há 5 anos e o com mais tempo, entre 8 a 10 anos. Em 02 dos 03 participantes desde o princípio dos projetos lean, a gestão da qualidade foi responsável pelas iniciativas. No caso 04, no início existia outro setor responsável pela condução, ainda assim, observa-se que houve a participação e conhecimento do serviço da qualidade. Somente no caso 03 que foi identificada a contratação de uma empresa de consultoria externa apenas para iniciar os trabalhos lean, posteriormente, passaram a conduzir com equipes internas.

A partir desse ponto, começam a ser identificadas diferenças entre os participantes portugueses e brasileiros, que podem estar relacionadas com o tempo de

uso do lean e a forma como foram implantados os primeiros projetos e direcionar os resultados para o ponto principal desta pesquisa: a existência da integração do lean à acreditação.

Dentro da amostra portuguesa, foi identificada uma dicotomia na forma de iniciação dos projetos lean no que tange a comunicação e treinamentos. Em um dos casos existiram treinamentos pontuais e comunicação interna, sendo esta última conduzida pela alta gestão. Já no outro caso, não existiram treinamentos e comunicação aos profissionais da organização. Ainda que em ambas unidades de saúde os projetos lean foram conduzidos por empresa externa de consultoria, pode ser identificado como ponto principal de diferença a forma como a alta gestão conduziu e envolveu o serviço de gestão da qualidade na implementação dos projetos. No hospital 01 este serviço foi integrado em todo o processo e ficou responsável pelo controlo e monitorização dos resultados, além de participar das ações de implementação, enquanto no hospital 02 os trabalhos não tiveram a participação de representantes da gestão da qualidade, além de que, estes não foram comunicados ou envolvidos nas ações de implantação do lean.

Supõe-se que a inexistência de treinamentos e divulgação às equipas sobre o que estava a ser realizado, possa ter dificultado a execução dos projetos nos casos portugueses. Estudos demonstram que os bons resultados dos projetos lean precisam ser baseados em treinamentos que incluam todos os profissionais sem esquecer os médicos (Abdallah, 2020).

Nos casos brasileiros, apenas no hospital 03 foram identificados treinamentos pontuais, contudo com divulgação ampliada aos colaboradores, já nos outros dois, ficou evidenciado um processo estruturado de formação que parece ter sedimentado o percurso desenvolvido dentro das unidades hospitalares durante os anos que utilizam o lean. Acredita-se que os fatores “treinamento e divulgação” aos colaboradores são decisivos para o bom andamento e resultados positivos dos projetos. Este pensamento está alinhado a estudos que dizem ser essencial uma ampla divulgação inicial aos funcionários para informá-los e convencê-los da nova iniciativa para que existam resultados positivos dos projetos lean (Abdallah, 2020).

A integração e envolvimento das pessoas “chave” parece também ter contribuído positivamente para a utilização do lean nos hospitais brasileiros, o que não foi percebido de forma clara nos casos portugueses. No hospital 01 identifica-se a participação do gestor da qualidade nas ações do lean, que aparentemente possui interferência na lista de benefícios que o profissional cita relacionados aos projetos e é possível perceber uma visão positiva, de integração e inclusão das pessoas. No caso 02 identificou-se um

desalinhamento das iniciativas lean à gestão da qualidade, facto que, não foram identificados pelo Gestor da Qualidade, benefícios dos projetos lean executados. Estudos sugerem que o envolvimento da liderança é um dos principais pontos para o sucesso das implementações lean, junto da clareza de objetivos e treinamentos às pessoas (Patri & Suresh, 2018).

Este afastamento do serviço da qualidade em relação aos projetos lean no hospital 02, parece mais evidente ao não ter sido encontrada ligação do lean com a estrutura da qualidade existente no hospital, o que pode ser compreendido como uma das barreiras para a implementação destes projetos, visto que, poucas pessoas são envolvidas e treinadas, tornando-se por vezes, um projeto da “chefia” e não do serviço onde está sendo trabalhado. Foi identificado que o lean no hospital 02 é tido como uma situação temporária, pelo facto de não existir um processo reconhecido na organização, o que também aparece como barreira à sua implementação, que ainda não foi superada. Neste sentido, estudos apontam que a alta gestão deve promover a ampla participação das pessoas nos projetos lean, inclusive dos profissionais da linha de frente na tomada de decisões relacionadas ao seu dia-a-dia de trabalho e na construção dos objetivos dos projetos, sendo considerados aspectos necessários para que seja criado um ambiente favorável à implementação bem sucedida (Patri & Suresh, 2018).

Os achados no hospital 02 podem significar que o lean não se trata de algo declarado ou parte da estratégia da organização. Em contrapartida, as barreiras identificadas no hospital 01, dizem respeito com a resistência inicial das equipas. Esta barreira parece ter sido superada pelo facto de que o uso do lean partiu das decisões da alta gestão. A falta de alinhamento estratégico e o não envolvimento das equipas pode ser um problema à execução dos projetos. Um estudo sobre a implementação do lean em hospitais identificou que as iniciativas de sucesso são desencadeadas pelo planeamento estratégico e operacionalizadas por projetos de melhoria contínua (T. Régis et al., 2019). A falta da participação de gestores e funcionários no desenvolvimento dos objetivos e das metas dos projetos lean, pode ter dificultado o engajamento dos colaboradores. Esta linha é defendida em outro estudo que relata que esta barreira é ainda mais percebida em organizações de saúde, onde as equipas interdisciplinares trabalham todos os dias para garantir resultados positivos ao doente (Wright, 2020).

Nos hospitais brasileiros estudados, supõe-se que o facto dos serviços da qualidade serem os responsáveis pelas iniciativas de melhoria e participarem das decisões sobre “onde” e “quando” utilizar a abordagem lean, contribuem para que a sistemática desenvolvida seja mais clara, validada e reconhecida. Em todos os hospitais

da amostra brasileira, ficou evidenciado que o lean é reconhecido como um método de implementar melhorias, mas que não é o único. A cada necessidade existente advinda de problemas ou de oportunidades de melhorias, as estruturas da qualidade conduzem discussões com os envolvidos e escolhem a abordagem de melhoria que melhor convém ao caso. As barreiras percebidas para o uso do lean nestes hospitais estão relacionadas à mudança da alta gestão, a falta de conhecimento dos “donos” dos processos, resistência à mudança e o motivo de usar o método. Isto vem de encontro ao que o IHI refere sobre a motivação dentro das organizações de saúde para o uso de abordagens advindas da indústria, o que torna a mudança difícil de ser implementada, além das implicações culturais internas que podem incluir a disposição em mudar a forma como as coisas acontecem naquele local, necessitando de maior intensidade nos esforços, com o cuidado para não causar sentimento de pressão nas pessoas envolvidas (Boaden, R., Harvey, G., Moxham, C., Proudlove, 2008). A resistência dos profissionais em projetos lean também foi identificado em outro estudo, onde as equipas responsáveis pela implementação tiveram que lidar com este fator (T. Régis et al., 2019).

O modo de superar as barreiras nos hospitais brasileiros da amostra, se deu de forma distinta em cada caso, visto que a percepção de dificuldade também variou entre eles. As principais ações foram: a inclusão do lean no planejamento estratégico do hospital, a existência de especialistas lean na equipa da qualidade para conduzir e auxiliar os serviços na implementação dos projetos e o trabalho de convencimento das equipas de que o lean não é modismo, ou algo momentâneo, e sim, uma forma de implementar melhorias. Alguns estudos já referiram que a falta de entendimento sobre o lean pode comprometer o seu uso (Soliman & Saurin, 2017), que os projetos iniciados devem fazer parte da estratégia da organização e amplamente divulgados para favorecer os bons resultados (Wright, 2020), além de que determinar uma equipa responsável pela implementação melhora o engajamento e o sucesso dos projetos (Abdallah, 2020). Outro estudo mostra que mesmo quando a implementação do lean seja considerado eficaz nos ambientes de saúde, persiste uma lacuna relacionada ao engajamento e a capacitação das pessoas (Zimmermann et al., 2020).

Possivelmente, a forma como os projetos lean foram iniciados nos hospitais portugueses podem repercutir diretamente na condução e seguimento das ações, bem como, no monitoramento e na sustentabilidade dos resultados. No hospital 01, fica claro que existe acompanhamento dos resultados e a busca contínua de melhorias por meio de reuniões onde são possibilitadas discussões de ideias entre os membros das equipas. Por outro lado, no hospital 02 o facto de o serviço da qualidade não ter sido

integrado aos projetos lean, dá a entender que não existe controlo e monitorização permanente dos resultados alcançados, o que não favorece a continuidade do processo. Isto vem de encontro aos achados de outros estudos, ao exemplo Abdallah (Abdallah, 2020) refere que a falta de acompanhamento é um dos motivos de falha dos projetos lean. Para que exista a melhoria contínua é necessário usar ferramentas para o controlo e definir planos para o aperfeiçoamento a ser conduzido pela equipa lean responsável.

Nos hospitais brasileiros estudados, foi identificado que os acompanhamentos e controlos dos projetos lean entram no rol de indicadores e formatos de monitorização já realizados pelo serviço de gestão da qualidade. Um ponto interessante observado no hospital 04, foi a sinalização primária dos objetivos que pretende-se alcançar com determinado projeto de melhoria, ou seja, a identificação de quais serão as métricas de medições para evidenciar se o projeto correu bem. Isto pode significar uma maior maturidade na execução deste tipo de abordagem. Este foco integrado da condução dos projetos lean associados aos objetivos da qualidade, foi considerado como o significado do sucesso no uso do lean em organizações hospitalares que mencionou a necessidade de vincular os controles à manutenção, a ampliação da qualidade e segurança às pessoas dentro da organização, observando a relação qualidade-productividade, onde o aumento da produtividade só é viável se não ocasionar desfechos negativos na qualidade assistencial (T. K. O. Régis et al., 2018).

5.3 Foco 3: A acreditação e o lean

Todos os pontos de análises discutidos até aqui, subsidiam a construção das respostas aos objetivos deste estudo e no entendimento sobre a integração do lean aos processos da acreditação nos hospitais.

A partir do histórico da implementação do lean nos hospitais portugueses, compreende-se que no hospital 01 existiu um esforço para o alinhamento das ações do lean à acreditação desde o início, para que ambas iniciativas pudessem integrar um processo de melhoria contínua dentro da instituição. Acredita-se que estas tentativas no futuro possam resultar em contribuições positivas nos resultados da acreditação, visto que a partir do uso do lean, houve maior sensibilização dos profissionais em analisar os processos de forma detalhada, o que demonstra o quão favorável pode ser o cenário nesta instituição para a ampliação dos projetos lean num escopo de trabalho integrado à acreditação para a melhoria contínua. Em contrapartida no hospital 02, não foi identificada nenhuma ação que pudesse incidir em tentativas de integração, como por

exemplo: alinhamento interno, comunicação ampla, declaração na estratégia da organização sobre o uso do lean como abordagem de melhoria e o motivo dos projetos. É provável que a falta destas ações tenham impedido o trabalho integrado do lean à acreditação. Um ponto positivo identificado no hospital 02, é que o gestor da qualidade acredita que a qualidade deve ser vista como um todo e para que exista uma condução adequada dos projetos lean, é necessário que a equipa da qualidade seja treinada e qualificada para que se tornem aptos a usar e a multiplicar internamente a metodologia. Esta linha de pensamento coaduna ao apresentado por um estudo sobre o lean em organizações de saúde, que identifica os treinamentos e as capacitações à equipa de implementação como fatores determinantes ao sucesso dos projetos e que devem incluir enfermeiros, médicos, técnicos de laboratório e pessoal administrativo (Abdallah, 2020).

Nos hospitais brasileiros estudados, aparentemente existiu um processo de construção e integração das pessoas ao movimento lean, com objetivos e metas atreladas, o que pode ter surgido em decorrência da motivação inicial para o uso da abordagem, que foi baseada no entendimento de que o lean é uma metodologia para implementar melhorias. Tudo indica que houve maior êxito ao declararem o lean como forma de estruturar e implementar ações de melhorias, para a agregação de valor aos doentes, incluindo a participação dos profissionais nos processos. Esta sistemática de usar diversos métodos para implementar e manter as melhorias nos ciclos da acreditação, vem ao encontro do que dizem Devkaran & O'Farrell (2015) em seu estudo, onde defendem que é preciso ter uma postura não pontual, mas contínua na busca do aperfeiçoamento dos processos e que o grande desafio é manter a equipa envolvida nos ciclos de melhoria, sendo oportuno a inclusão de novos métodos de melhorias para sustentar os resultados positivos obtidos com a acreditação (Devkaran & O'Farrell, 2015).

Destaca-se que nas estruturas de gestão da qualidade declarada por ambos casos portugueses evidenciadas por meio das análises documentais, estão contidas informações de que qualquer movimento institucional para a promoção da qualidade, segurança do doente e melhoria contínua são parte do escopo do serviço de gestão da qualidade. Fazem constar o papel estratégico da Gestão da Qualidade, com a inclusão da segurança do doente, qualidade, melhoria contínua, como parte, inclusive, da identidade estratégica organizacional. Porém, apenas foi possível confirmar a existência de serviços da qualidade estruturados e com equipe de trabalho com dedicação exclusiva ao tema, contudo, não foi possível confirmar o posicionamento estratégico destes serviços na prática. É suposto que este fator, tenha total interferência no sucesso

dos projetos lean e para sua integração à acreditação, uma vez que, ao não existir atuação estratégica dos serviços da qualidade em todos os projetos de melhorias implantados, pode dificultar o desenvolvimento de um olhar integrado e complementar das iniciativas lean, que venham a desencadear contribuições positivas aos processos da acreditação e nos ciclos de melhorias decorrentes destas avaliações. Segundo um estudo de Hwang et al., (2014) a implementação eficaz dos projetos lean para melhorar os resultados organizacionais dos hospitais, requer o compartilhamento de metas e processos entre gestores e profissionais de saúde (Hwang et al., 2014), o que remete à necessidade de alinhamentos da alta gestão com o serviço da qualidade. Outro estudo sugere que o lean para ser implementado com sucesso em organizações de saúde, deve seguir uma abordagem holística considerando pontos mínimos que precisam compor a estrutura do trabalho (Abdallah, 2020), o que pode indicar melhores resultados em diversos aspectos organizacionais, uma vez que viabiliza um olhar integrado das ações.

Nos casos brasileiros participantes diferentemente dos participantes portugueses, não foi identificada na análise documental qualquer menção à estrutura de serviços da qualidade, hierarquias internas do serviço, políticas, ou assuntos diretamente relacionados. Foi constatado que os temas relacionados à acreditação, certificações, qualidade, segurança e resultados fazem parte da identidade organizacional dos hospitais. De toda forma, foi possível identificar durante as entrevistas, que na prática, o trabalho desempenhado pelos serviços da qualidade nos hospitais brasileiros possuem posicionamento hierárquico estratégico, alinhados com a alta gestão. Estão integrados e participam das decisões de topo que envolvem os assuntos relacionados à qualidade de uma forma global.

Os processos para os ciclos de melhorias decorrentes da acreditação nos casos portugueses se mostraram reconhecidos e validados, o que pode ser resultado dos muitos anos que já direcionam esforços para estas iniciativas, tornando-se parte do histórico positivo declarado pelos hospitais. Identificou-se que existe uma estrutura por meio da qual as ações para a qualidade são promovidas e sustentadas, que incluem aspectos hierárquicos, com autonomia interna para a ampla condução do trabalho com vistas à manutenção da acreditação existente e para a busca de novas. Já no caso do lean, não foi identificado o mesmo estilo ou estrutura de trabalho. Ainda que existam iniciativas lean em projetos de melhoria, esta sistemática de ação não está atrelada à estrutura da qualidade disponível, o que, de certa forma, pode interferir negativamente na obtenção de bons resultados aos próprios projetos lean e dificultar que os mesmos

possam desencadear melhorias nos processos da acreditação. Isto posto, não foi possível identificar a integração do lean à acreditação nos casos portugueses.

Nos casos brasileiros estudados, verificou-se que a manutenção das acreditações e certificações já existentes nas unidades, além da busca por novos reconhecimentos externos faz parte da visão de trabalho do serviço de gestão da qualidade, o que pode contribuir na forma como conduzem as ações de melhoria e como escolhem o método a ser usado em cada situação. Identificou-se que o lean integra os métodos internos para a melhoria dos processos relacionados à acreditação, contudo, não se restringem a ele. Foi percebido que durante os anos em que trabalham e desenvolvem formas de atender aos padrões internacionais da qualidade, buscaram métodos que pudessem os auxiliar nos processos de melhoria dos ciclos, fazendo o uso de formas já validadas, contudo, adaptadas à realidade interna.

Diante disto, ficou constatado nos hospitais brasileiros estudados que o lean está integrado à acreditação, ainda que não seja o método exclusivo, faz parte de um escopo maior de trabalho. Cabe ressaltar que em função do tamanho da amostra dos hospitais brasileiros desta pesquisa, bem como, seus perfis de referência na gestão da qualidade, provavelmente não os tornam representativos, assim sendo, não se pode fazer uma generalização do cenário brasileiro quanto a integração do lean aos projetos de acreditação.

Estão listados a seguir os principais pontos onde foram percebidas diferenças na comparação entre os casos portugueses e brasileiros estudados, que supostamente possam ter interferência para os bons resultados dos projetos enxutos, bem como, para a integração do lean à acreditação, já contextualizados e exemplificados anteriormente.

Quadro 02: Principais diferenças entre os casos portugueses e brasileiros estudados

Item	Casos Portugueses	Casos Brasileiros
Decisão para utilizar lean	- Alta Gestão	- Alta Gestão e Equipas da Qualidade
Tempo de uso do lean	- 02 anos em média	- 07 anos em média
Responsável pela implementação do lean	- Consultoria Externa	- Equipa da Qualidade
Treinamentos e divulgação interna do lean	- Pontuais	- Pontuais e ampla divulgação - Formações internas - Parte do processo de educação interna

6. CONCLUSÃO

Esta pesquisa buscou saber se/como os hospitais portugueses e brasileiros integram o lean à acreditação, identificar semelhanças na forma de trabalho entre os casos estudados nos dois países, as barreiras e os facilitadores, bem como, a existência de benefícios decorrentes desta integração. A literatura consultada não dispõe de linhas de estudos que tivessem ocorrido previamente e que auxiliassem no embasamento do entendimento dos achados da pesquisa, decorrendo daí, a utilização de comparações com estudos prévios que trataram os temas lean e acreditação de forma independente, sendo esta a principal limitação do estudo, associada à impossibilidade de realizar observação in-loco, visto o período pandêmico que persistiu durante todo o estudo.

Foi possível evidenciar que os hospitais estudados de ambos países possuem uma estrutura robusta da qualidade, com a existência de profissionais dedicados e exclusivos à função, fortalecidos por comissões e participação de diversas lideranças. Possuem processos validados que os possibilitam manter as creditações internacionais, diversas certificações e prêmios relativamente ao aspeto qualidade. Mesmo tendo sido evidenciadas em todos os hospitais as principais barreiras enfrentadas e as formas que cada caso utilizou para obter sucesso nos ciclos de melhorias para a acreditação, relativamente aos processos que inclui o uso do lean, não ficou evidente a existência de uma estratégia específica para esta finalidade.

No que tange ao olhar sistêmico do macro processo, a fim de que as iniciativas para a melhoria da qualidade e dos resultados organizacionais obtenham o sucesso desejado, não ficou evidente nos casos portugueses. Já nos casos brasileiros, tudo indica que existe maior alinhamento e integração interna dos projetos implementados visando a promoção de ciclos de melhorias, dando a compreensão de que o lean está integrado à acreditação, havendo indícios de que existe um olhar macro da gestão de topo o que inclui as ações da gestão da qualidade, possibilitando união dos esforços de melhoria, mais aceitação e inclusão das equipes e menor redundância de atividades. Ainda assim, não é possível afirmar que os resultados do lean contribuem de forma geral à melhoria dos processos da qualidade para a acreditação.

Em todos os casos estudados foi reconhecida que a implementação do lean ainda pode ser ampliada. Um facto que pode impedir a sua utilização é o ambiente

complexo dos hospitais e da multidisciplinariedade de profissões que integram estas organizações, o envolvimento das lideranças e da alta gestão.

É suposto que a criação de uma forma própria de desenvolver os projetos de melhoria, alinhada aos processos de acreditação, adaptados à realidade da instituição e aos profissionais que dela fazem parte, da sua cultura e perfil de trabalho, pode contribuir positivamente para os melhores resultados, conforme foi possível evidenciar nos casos brasileiros, o que supostamente possibilitou uma visão ampliada da gestão sobre os processos, desencadeando a integração das ações de melhoria no modo de operar a qualidade.

Nos casos onde ficou evidenciada a integração do lean à acreditação, como principais pontos positivos aparecem: a condução centralizada dos projetos de melhoria, a visão sistêmica dos processos, maior facilidade de compreensão de onde estão as barreiras que precisam ser superadas e maior clareza sobre as oportunidades de usar o lean para apoiar os processos da acreditação. Principalmente no que se refere ao olhar sistêmico do todo e integrado das partes, favoreceu a preocupação da manutenção dos padrões da qualidade.

Um fator preponderante para que as equipes da qualidade que implementam projetos lean tenham respaldo em seus trabalhos, é imprescindível o apoio da alta gestão e a ampla comunicação a todos da organização. Nos casos estudados onde este quesito foi superado houve maior facilidade para a execução das ações.

Ficou evidenciado que existe semelhança na forma como os hospitais portugueses e brasileiros trabalham os processos de acreditação, contudo, o mesmo não foi confirmado quanto a utilização do lean nos casos estudados.

Na amostra portuguesa as barreiras identificadas para o uso do lean supostamente não foram ultrapassadas, questões estas que ainda podem impedir a integração da metodologia lean à acreditação. Nos hospitais brasileiros, identificou-se um trabalho ajustado à realidade de cada caso que demonstra ações de integração do lean à acreditação, contudo, não como a única abordagem utilizada para a implementação de melhorias. É importante ressaltar que a amostra dos casos brasileiros é pequena para que seja feita uma generalização do país, somando-se a isto o fato de que os hospitais da amostra selecionada podem ser considerados de referência em gestão da qualidade e sendo assim, provavelmente não traduzem a realidade brasileira.

Esta dissertação atendeu aos objetivos propostos, sendo um auxílio na construção do entendimento sobre a integração das ações para a melhoria contínua dentro dos hospitais. Contudo, persiste uma série de fatores que precisam de maior

aprofundamento e estudo. Sugere-se que pesquisas futuras trabalhem temas complementares para ampliar a compreensão sobre o impacto do engajamento da alta gestão para melhores resultados organizacionais em projetos de melhoria e na promoção da visão sistêmica, bem como, os benefícios de uma estratégia de comunicação e treinamento às equipes, atrelada aos projetos.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdallah, A. A. (2020). Healthcare Engineering: A Lean Management Approach. *Journal of Healthcare Engineering*, 2020. <https://doi.org/10.1155/2020/8875902>
- ACSA. (2021). *Agência Andaluza de Qualidade da Saúde*. <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/>
- Andres, E. B., Song, W., Schooling, C. M., & Johnston, J. M. (2019). The influence of hospital accreditation: a longitudinal assessment of organisational culture. *BMC Health Services Research*, 19(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4279-7>
- Arnoldi, M. A. G. C., & Rosa, M. V. de F. P. do C. (2007). *A entrevista na pesquisa qualitativa: mecanismos para validação dos resultados*. Autêntica.
- Augustsson, H., Churrua, K., & Braithwaite, J. (2019). Mapping the use of soft systems methodology for change management in healthcare: a scoping review protocol. *BMJ Open*, 9(4), 1–5. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026028>
- Barbosa, A. P., & Malik, A. M. (2016). Segurança do paciente na cultura organizacional: percepção das lideranças de instituições hospitalares de diferentes naturezas administrativas. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 50(3), 490–497.
- Boaden, R., Harvey, G., Moxham, C., Proudlove, N. (2008). *Quality Improvement: Theory and Practice in healthcare*. NHS Institute for Innovation and Improvement.
- Boto, P., Costa, C., & Lopes, S. (2008). e mortalidade. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, V.Temático, 103–116. <http://hdl.handle.net/10362/19703>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brubakk, K., Vist, G. E., Bukholm, G., Barach, P., & Tjomsland, O. (2015). A systematic review of hospital accreditation: The challenges of measuring complex intervention effects. *BMC Health Services Research*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0933-x>
- Burmester, H. (2013). *Gestão da qualidade hospitalar*. Saraiva.
- Canada, A. (2021). *Accreditation Canada*. <https://accreditation.ca/>
- Carpinetti, L. C. R. (2016). *Gestão da qualidade: conceitos e técnicas*. (3.). Atlas.
- CBA. (2021). *Consórcio Brasileiro de Acreditação*. <https://cbacred.org.br/site/o-cba/>
- CHKS. (2021a). *Casper Healthcare Knowledge Service*. <https://www.chks.co.uk/>

- CHKS. (2021b). *Casper Healthcare Knowledge Service*.
- Cohen, R. I. (2018). Lean Methodology in Health Care. *Chest*, 154(6), 1448–1454. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.chest.2018.06.005>
- Convis., J. K. L. ; G. L. (2013). *O modelo Toyota de liderança Lean: como conquistar e manter a excelência pelo desenvolvimento de lideranças*. Bookman.
- Cristina, A., & Silva, D. A. (2017). Qualidade no atendimento hospitalar: Análise de dois modelos internacionais de acreditação. *Simpósio Internacional de Gestão de Projetos, Inovação e Sustentabilidade*, VI, 1–12. <https://singep.org.br/6singep/resultado/194.pdf>
- DeFeo, J. M., & Juran, J. A. (2015). *Fundamentos da Qualidade para Líderes*. Bookman.
- Deming, W. E. (1990). *Qualidade : a revolução da administração*. Marques-Saraiva.
- Deming, W. E. (2000). *The New Economics: for industry, government, education* (2nd ed.). The MIT Press.
- Devkaran, S., & O'Farrell, P. N. (2015). The impact of hospital accreditation on quality measures: an interrupted time series analysis. *BMC Health Services Research*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0784-5>
- DGS, P. M. da S. D.-G. da S. (2014). *Programa nacional de acreditação em saúde*. Direção-Geral da Saúde.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3), 166–206.
- Drucker, P. F. (2002). *O melhor de Peter Drucker: o homem, a administração e a sociedade*. Nobel.
- FBH, F. B. de H. (2020). *Cenário dos Hospitais no Brasil*. Federação Brasileir.
- Feldman, L. B., Alice, M., Gatto, F., Cristina, I., & Olm, K. (2005). História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 18(2), 213–219.
- Fortune, T., O'Connor, E., & Donaldson, B. (2015). Guidance on designing healthcare external evaluation programmes including accreditation. *International Society for Quality in Health Care*, 1–84.
- Gil, A. C. (2019). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (7.ed). Atlas.
- Graban, M. (2013). *Hospitais Lean: melhorando a qualidade, a segurança dos pacientes e o envolvimento dos funcionários*. Bookman.

- Henrique, G., Mendes, D. S., Boucinha, T., & Mirandola, D. S. (2015). Acreditação hospitalar como estratégia de melhoria : impactos em seis hospitais acreditados. *Gestão Da Produção*, 22 n.3, 636–648.
- Hussein, M., Pavlova, M., Ghalwash, M., & Groot, W. (2021). *The impact of hospital accreditation on the quality of healthcare : a systematic literature review*. 6, 1–12.
- Hwang, P., Hwang, D., & Hong, P. (2014). Lean practices for quality results: a case illustration. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 27(8), 729–741. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-03-2014-0024>
- IBES. (2021). *Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde*. <https://www.ibes.med.br/o-que-e-acsa/#>
- INE. (2021). *Instituto Nacional de Estatística*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE
- Institute of Medicine. (1990). *Medicare: a strategy for quality assurance* (K. N. Lohr (Ed.); Vol. 1). The National Academies Press.
- Institute of Medicine. (1998). *Statement on quality of care*. The National Academies Press.
- IQG. (2021). *Instituto Qualisa de Gestão*. <https://www.iqg.com.br/internacional/>
- ISO, I. O. for S. (2015). *Quality management principles*. iso.org.
- ISQua. (2020). *International Society for Quality In Health Care*. <https://isqua.org/>
- JCI. (2021a). *The Joint Commission International*. <https://www.jointcommission.org/>
- JCI. (2021b). *The Joint Commission International*.
- Kavak, D. G., Öksüz, A. S., Cengiz, C., Kayral, İ. H., & Şenel, F. Çi. (2020). The importance of quality and accreditation in health care services in the process of struggle against Covid-19. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 50, 1760–1770. <https://doi.org/10.3906/sag-2007-279>
- Kousgaard, M. B., Thorsen, T., & Due, T. D. (2019). Experiences of accreditation impact in general practice - A qualitative study among general practitioners and their staff. *BMC Family Practice*, 20(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12875-019-1034-4>
- Kralj, D. (2009). Systems thinking and modern green trends. *Transactions on Environment and Development*, 5(6), 415–424.
- Legido-Quigley, H., McKee, M., Nolte, E., & Glinos, I. A. (2008). Assuring the Quality of Health Care in the European Union: A Case for Action. *Copenhagen: WHO*

Regional Office for Europe, 210.
<http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Assuring+the+quality+of+health+care+in+the+european+union#7>

Liker, J. K. (2015). *O modelo Toyota : 14 princípios de gestão do maior fabricante do mundo*. Bookman.

Liker, J. K., & Timothy N Ogden. (2012). *A crise da Toyota: como a Toyota enfrentou o desafio dos recalls e da recessão para ressurgir mais forte*. Bookman.

LinkIn. (2021). *LinkedIn Corporation*. <https://www.linkedin.com/>

Marconi, M. de A., & Lakatos, E. M. (2003). *Fundamentos de Metodologia Científica* (5th ed.). Atlas.

Merriam, S. B. (2009). *Qualitative Research: A Guide to Desing and Implementation*. In *Progress in Electromagnetics Research Symposium*. Jossey-Bass.

Novaes, H. D. M. (2015). História da acreditação hospitalar na América Latina – o caso Brasil. *Revista de Administração Hospitalar e Inovação Em Saúde - RAHIS*, 12(4), 49–61. <https://doi.org/10.21450/rahis.v12i4.2693>

ONA. (2021). *Organização Nacional de Acreditação*. <https://www.ona.org.br/>

ONA, O. N. de A. (2020). *A jornada da Acreditação : Série 20 anos*. Organização Nacional de Acreditação.

Ovretveit, J. (2015). *Melhoria de qualidade que agrega valor*. Proqualis.

Patri, R., & Suresh, M. (2018). Factors influencing lean implementation in healthcare organizations: An ISM approach. *International Journal of Healthcare Management*, 11(1), 25–37. <https://doi.org/10.1080/20479700.2017.1300380>

Piercy, N., Caldwell, N., & Rich, N. (2009). Considering connectivity in operations journals. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 58(7), 607–631. <https://doi.org/10.1108/17410400910989449>

Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2007). *Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos*. Bookman.

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2021). *Serviço Nacional de Saúde*. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/01/06/programa-de-acreditacao/>

Provdanov, C. C., & Freitas, E. C. De. (2013). *Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico*. (2.). Feevale.

Rakhmanova, N., & Bouchet, B. (2017). *Quality improvement handbook: a guide for*

enhancing the performance of Health Care Systems. March.

- Régis, T. K. O., Gohr, C. F., & Santos, L. C. (2018). Implementação do Lean Healthcare : experiências e lições aprendidas em hospitais brasileiros. *Revista de Administração de Empresas / FGV EAESP*, 58, 30–43.
- Régis, T., Santos, L., & Gohr, C. (2019). A case-based methodology for lean implementation in hospital operations. *Journal of Health Organization and Management*, 33(6), 656–676. <https://doi.org/10.1108/JHOM-09-2018-0267>
- Rich, N., & Piercy, N. (2013). Losing patients: A systems view on healthcare improvement. *Production Planning and Control*, 24(10–11), 962–975. <https://doi.org/10.1080/09537287.2012.666911>
- Rother, M. (2010). *Toyota kata: gerenciando pessoas para melhoria, adaptabilidade e resultados excepcionais*. Bookman.
- Sampaio, L. A., Silva, F. M. L., & Ramos, M. H. T. (2021). The impacts on Hospital Corporate Education with the emergence of COVID-19: an integrative review. *Research, Society and Development*, 10, n.1, 1–11.
- Scoville, R., & Little, K. (2014). Comparing lean and quality improvement. *IHI White Papers*.
- Senger, P. (2010). *La quinta disciplina : el arte y la práctica de la organización abierta al aprendizaje* (2ª). Granica.
- Shingo, S. (2017). *O sistema Toyota de produção*. Bookman.
- Slack, N., Brandon-Jones, A., & Johnston, R. (2013). *Administração da produção* (8th ed.). Atlas.
- SNS. (2021a). *Serviço Nacional de Saúde: transparência*. Ministério da Saúde. <https://transparencia.sns.gov.pt/>
- SNS. (2021b). *Serviço Nacional de Saúde*. www.transparencia.sns.pt
- Soliman, M., & Saurin, T. A. (2017). Uma análise das barreiras e dificuldades em lean healthcare. *Revista Produção Online*, 17(2), 620. <https://doi.org/10.14488/1676-1901.v17i2.2605>
- Tabrizi, J. S., Gharibi, F., & Wilson, A. J. (2011). Advantages and Disadvantages of Health Care Accreditation Models. *Health Promotion Perspective*, 1(1), 1–31.
- The W. Edwards Deming Institute. (2021a). <https://deming.org/optimize-the-overall-system-not-the-individual-components/>

- The W. Edwards Deming Institute. (2021b). *The W. Edwards Deming Institute*. <https://deming.org/appreciation-for-a-system/>
- Thereza, M., Fortes, R., Wargas, T., & Baptista, D. F. (2012). Acreditação : ferramenta ou política para organização dos sistemas de saúde? *ACTA Paulista de Enfermagem*, 25(21), 626–631.
- Vliet, E. J. Van, Stewart, J., & Engel, C. (2021). *Clarifying the concept of external evaluation* (Issue July). ISQua.
- Wachter, R. M. (2013). *Compreendendo a segurança do paciente* (2nd ed.). AMGH Editora.
- Westwood, N., Moore, M. J., & Cooke, M. (2007). Going lean in the NHS: How lean thinking will enable the NHS to get more out of the same resources. *NHS Institute of Innovation and Improvement*, 24. <https://www.england.nhs.uk/improvement-hub/wp-content/uploads/sites/44/2017/11/Going-Lean-in-the-NHS.pdf>
- Womack, J. P; Jondes, D. T.; Roos, D. (2004). *A máquina que mudou o mundo: baseado no estudo do Massachusetts Institute of Technology sobre o futuro do automóvel* (10ª reimpr). Elsevier.
- Womack;, J. P., & Daniel T Jones. (2004). *A mentalidade enxuta nas empresas: elimine o desperdício e crie riqueza* (6ª). Elsevier.
- World Health Organization, W. (2003). *Quality and accreditation in health care services: a global review*. World Health Organization.
- Wright, P. (2020). Strategic planning: a collaborative process. *Nursing Management*, 51 (4), 40–47.
- Yin, R. K. (2015). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. (5. ed). Bookman.
- Yin, R. K. (2016). *Pesquisa qualitativa do início ao fim*. Penso.
- Yu, A., Flott, K., Chainani, N., Fontana, G., & Darzi, A. (Eds.). (2016). *Patient Safety 2030*. NIHR Imperial Patient Safety Translational Research Centre.
- Zepeda-Lugo, C., Tlapa, D., Baez-Lopez, Y., Limon-Romero, J., Ontiveros, S., Perez-Sanchez, A., & Tortorella, G. (2020). Assessing the impact of lean healthcare on inpatient care: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 1–24. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155609>
- Zimmermann, G. dos S., Siqueira, L. D., & Bohomol, E. (2020). Aplicação da metodologia Lean Seis Sigma nos cenários de assistência à saúde: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(suppl 5), 1–9.

<http://www.scielo.br/j/reben/a/g6J7PjGpT4T8VmKwHbvPtnp/?lang=pt&format=html>
I

8. ANEXOS

Anexo 1 Guia da Entrevista Semiestruturada

MESTRADO EM GESTÃO DA SAÚDE GUIÃO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1. CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL

Nome:

Localização:

Público () Privado () Outro () _____ Nº de camas:

Data da entrevista:

Função do Entrevistado:

Hora início da entrevista: _____ Hora fim da entrevista: _____

2. INTRODUÇÃO

Apresentação da investigadora, do projeto de pesquisa e dos objetivos da entrevista.

3. COMPOSIÇÃO DA ENTREVISTA

A entrevista foi composta com perguntas norteadoras de acordo com os objetivos do estudo, distribuídas em quatro focos de abordagem: 1) Acreditação; 2) Lean; 3) A Acreditação e o Lean e; 4) Conclusão.

FOCOS DE ABORDAGEM	PERGUNTAS NORTEADORAS
	1. Qual a instituição acreditadora? 2. Em que data iniciaram os trabalhos para a acreditação e qual data foram acreditados pela primeira vez? Acreditação total, parcial, provisória? 3. Qual a motivação/objetivo para buscar a acreditação? 4. Existiu divulgação interna da acreditação e de seu objetivo?

1. Acreditação	5. Existe profissional responsável e com dedicação exclusiva para a condução do trabalho para a acreditação? 6. Existem outros profissionais dedicados à gestão da qualidade? 7. Como foi a história da implementação da acreditação? 8. Utilizam algum método ou ferramentas específicas para a implantação das melhorias necessárias à acreditação? Exemplos: 5W2H, Ishikawa, PDSA, Gestão da Qualidade Total, outras? 9. Existiu treinamento sobre a acreditação para todos os profissionais do hospital? 10. Encontraram barreiras para a execução do trabalho voltado à acreditação? 11. No caso da existência de barreiras, como ultrapassaram? 12. Quais foram os principais benefícios da acreditação? 13. Como realizam o controle/monitorização dos resultados?
2. Lean	14. Quando a instituição começou a usar o lean? 15. Foi em um serviço ou em processo específico? 16. Qual foi a motivação/objetivo para o uso do lean? 17. Existiu/existe divulgação interna sobre o objetivo do lean no hospital? 18. Existiu/existe treinamento aos profissionais do hospital sobre o lean? 19. Como foi a experiência do primeiro projeto lean? 20. Existe profissional responsável pela condução do trabalho relacionado ao lean? 21. Encontraram ou encontram barreiras para a execução do trabalho voltado ao lean? 22. No caso da existência de barreiras, como ultrapassaram/ultrapassam? 23. Quais foram os resultados da implementação do lean até o momento? 24. Como realizam o controle/monitorização dos resultados? 25. Como ocorre a decisão para iniciar novos projetos lean?

	26. Deveriam existir mais iniciativas lean no hospital?
3. Acreditação e o Lean	27. Existe alguma integração entre ações do lean e os processos da acreditação? 28. Os profissionais responsáveis pela acreditação, participam da estruturação e acompanham a execução das ações do lean e os profissionais do lean são incluídos nos processos da acreditação? 29. Os projetos lean interferem nos resultados da acreditação? 30. Como o lean pode auxiliar nos ciclos de melhoria contínua da acreditação? 31. Existe barreira interna para integrar o lean aos processos da acreditação? Caso existam, como podem ser superadas? 32. Existem facilitadores internos para integrar o lean aos processos da acreditação? 33. Sob o seu ponto de vista, existem benefícios com a integração do lean aos processos da acreditação?
4. Conclusão	34. Deseja acrescentar algum ponto que não foi abordado? Existe mais alguém que considera que deveria ser entrevistado?

Anexo 2 Quadro com os principais pontos extraídos dos excertos das entrevistas

Tema Central	Subtema	Participantes Portugueses	Participantes Brasileiros
Acreditação	Motivo	Contrato - Conhecimento	Exigir mais qualidade – profissionalização – padrões reconhecidos
	Equipa	Consultoria externa – equipa interna - comissão	Equipa interna – comitês – gestão centralizada
	Treinamentos	Formação em cascata – educação continuada	Processo educativo – informativo e específico – educação focada
	Barreiras	Processo documental – médicos – falta de cultura da qualidade	Mudança de cultura – corpo clínico – equipa backoffice
	Facilitadores	As lideranças - comunicação	Treinamento/método/comunicação – explicar o motivo – visão multiprofissional
	Controlos	Indicadores – report de ocorrências – base de dados digital	Evidências – avaliação interna e externa - indicadores
	Métodos e ferramentas	PDCA	MASP e PDCA – avaliação multiprofissional – modelo próprio adaptado
	Benefícios	Aos doentes – melhoria contínua – cultura da qualidade	Melhoria contínua – cultura da qualidade – redução de danos
Lean	Início	No ano passado – quando vimos estava lá	Ano 2015 – 8 a 10 anos atrás – em 2017 aproximadamente
	Motivo	Covid – decisão do conselho	Entender como funciona – método de melhoria – gerir a cadeia de valor
	Treinamentos/Divulgação	Ao maior número de pessoas – não houve treinamento e divulgação	Treinamentos pontuais – formações internas – processo de educação
	Benefícios	Envolvimento das pessoas – identificar problemas e desperdícios	Visão/foco no cliente – integrou o método de trabalho - cultura
	Barreiras	Sentimento de intromissão – não alinhado ao setor qualidade	Resistência à mudança – postura reativa – não entendimento das equipas
	Ultrapassar barreiras	Aceitaram por ser decisão do conselho – as barreiras permanecem	Integração à estratégia – suporte técnico – explicar o porquê

	Controlo	Reuniões e indicadores – não há acompanhamento	Gestão de indicadores – método de medição – grupos focados e indicadores
	Profissional responsável	Consultoria externa/gestor da qualidade – gestor da qualidade não participa	Consultoria externa – equipa da qualidade – gestão da qualidade
	Mais projetos lean	Sim, com profissionais chave para implantá-los – sem opinião	Sim, incorporar pensamento lean – várias oportunidades – com condução
Acreditação e lean	A integração do lean à acreditação	Fazem parte de um processo de melhoria, são perfeitamente levantados e integrados – não há	O lean vai em paralelo à acreditação – discussão com a equipa a partir do objetivo – acreditação é gestão de projetos e pode usar o lean
	Barreiras para integrar o lean à acreditação	Não fazer parte da estratégia do hospital e não ser conduzido pela equipa da qualidade	O uso pontual do lean – escolher o que é melhor para cada objetivo de melhoria – a ciência da melhoria como abordagem principal
	Benefícios de integrar o lean à acreditação	Resultados positivos: muda a forma que os profissionais olham os processos – Sem evidências.	O lean ajuda a consolidar a gestão da qualidade e fazer gestão da rotina – o trabalho multidisciplinar – implementar a cultura da melhoria