

Uso de modelo de maturidade para melhoria da qualidade de hospitais de média complexidade

Suzana Caldeira Martins Campos¹, Erasmo José Gomes², Márcia Mazzeo Grande²

RESUMO

A Gestão da Qualidade hospitalar é aspecto relevante para a melhoria do atendimento à população visto que os hospitais são agentes importantes no sistema público e privado de saúde. Nesse sentido, o uso de modelos de maturidade tem se mostrado uma ferramenta importante para aferição do nível de qualidade praticado pelos hospitais, bem como prover insights para ações de melhoria nessas organizações. Assim, este estudo teve por objetivo aplicar um modelo de maturidade em gestão da qualidade em dois hospitais públicos do Estado de São Paulo. Para isso, realizaram-se dois estudos de caso. Os dados primários foram coletados por meio de questionário online enviado para o conjunto de colaboradores dos dois hospitais. A taxa de retorno foi de 5,7% e 7,1% para os hospitais H1 e H2, respectivamente. Os resultados apontaram que os hospitais estão em níveis distintos de maturidade, sendo que um deles está no nível de maturidade na qual as atividades de melhoria da qualidade são informais ou *ad hoc* e ou outro no nível de qualidade na qual as atividades para melhoria são formais. Portanto, cada hospital demanda ações, para construção de uma cultura para melhoria da qualidade, distintas. Verificou também a aplicabilidade do modelo de maturidade utilizado à realidade brasileira sendo esta, uma abordagem promissora para aferição da qualidade em hospitais públicos e de proposição de ações estratégicas para a gestão e melhoria da qualidade dos serviços hospitalares no contexto brasileiro.

Palavras-chave: Gestão da qualidade, Modelos de maturidade, Gestão hospitalar.

INTRODUÇÃO

O crescimento populacional, os avanços científicos e os recursos tecnológicos aplicados à medicina, aliados às demandas por eficiência e eficácia, tornou mais complexa a gestão de organizações de saúde. Desde a década de 1960, estudos têm sido conduzidos no sentido de propor parâmetros para avaliar a qualidade dos serviços de saúde¹⁻⁴. Nesses serviços, a importância da avaliação da qualidade se deve a vários fatores: desenvolvimento da medicina com intensa incorporação de tecnologias, riscos de iatrogenia e erros médicos, necessidade de os sistemas de saúde desenvolverem métodos e instru-

mentos para avaliação e controle para garantir a integridade dos usuários, controle de riscos e biossegurança do paciente e do profissional de saúde (protocolos clínicos para o paciente e profissional de saúde). Dessa forma, desde o século XX, o setor de saúde, foi incorporando conceitos e métodos de gestão da qualidade desenvolvidos pelas empresas industriais e de serviços^{3, 5, 6}.

Segundo Otero Puime, Saturno Hernandez e Marquet Palomer³, a preocupação com a melhoria da qualidade da atenção aos pacientes começou a ser considerada por iniciativa, em 1917, do American College of Surgeons, que pu-

¹Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, (SP), Brasil.

²Universidade de São Paulo. Faculdade de Economia. Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, (SP), Brasil.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

blicou uma avaliação do atendimento de hospitais estadunidenses. Ancorados nessa iniciativa, em 1918, foi criado o Hospital Standardization Programme, que deu origem à Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHCO), cujo objetivo era assegurar a boa atenção

Quadro 1 - Modelos de qualidade e suas dimensões

aos pacientes, tanto nos hospitais como nas clínicas.

Vários modelos de qualidade com diversos conceitos e dimensões surgiram, conforme pode ser visto no Quadro 1.

H. Vuori (1932)	R. H Palmer (1983)	Maxwell (1986)	Nutting et al. (1987)	J Cahill (1987)	Programa Ibérico (1990)
Componente	Dimensões	Dimensões	Atributos	Componentes	Dimensões
Qualidade Técnica-Científica	Competência Profissional		Competência Profissional		Qualidade Técnica-Científica
	Acessibilidade	Acessibilidade	Distribuição de Assistência/ Integridade	Acessibilidade	Acessibilidade
	Aceitabilidade/ Satisfação	Aceitabilidade		Aceitabilidade	
Efetividade	Efetividade	Efetividade	Efetividade	Efetividade	Satisfação
Eficiência	Eficiência	Eficiência	Eficiência		
Adequação		Adequação	Continuidade/ Coordenação		
			Eficácia		

Fonte: Otero Puime, Saturno Hernandez e Marquet Palomer (p.401)³

Das várias abordagens adotadas na avaliação em saúde, uma que se tornou referência é a de Donabedian⁷, que estabelece a tríade “estrutura–processo–resultado”, sendo que a) estrutura denota os atributos dos ambientes em que ocorre o atendimento; b) Processo denota o que realmente é feito ao dar e receber cuidados; e c) resultado denota os efeitos do cuidado sobre o estado de saúde dos pacientes e da população.

Donabedian⁷ esclarece que essa abordagem de três partes para a avaliação da qualidade só é possível porque uma boa estrutura aumenta a probabilidade de um bom processo, e um bom processo aumenta a probabilidade de um bom resultado. Assim, na visão de Donabedian⁷ é necessário ter estabelecido tal relação antes que qualquer componente particular da estrutura, processo ou resultado possa

ser usado para avaliar a qualidade.

Para Botega, Andrade e Guedes⁸, os hospitais são caracterizados como unidades multiprodutoras de serviços de diagnóstico e tratamento, que exigem uma infraestrutura especializada e uso intensivo de tecnologias e recursos humanos. No Brasil, e em quase todos os países, são elementos centrais nos sistemas de saúde e são responsáveis por parte significativa dos gastos totais em saúde. Dessa forma, a gestão da qualidade de seus processos é necessária e primordial para que os hospitais cumpram o seu papel no contexto dos sistemas de saúde, e, por isso, os hospitais têm sido foco de vários programas de melhoria da qualidade^{5,9}.

Com relação à qualidade, os hospitais foram elementos centrais, onde se desenvolveram, e a partir dos quais se dis-

seminaram para outros elos dos sistemas de saúde, os princípios de padronização, acreditação e certificação da qualidade. Uma das primeiras iniciativas voltadas à qualidade em saúde foi o Hospital Standardization Programme. Na década de 1950 foi criado a Joint Commission of Accreditation of Hospital (JCAH), atualmente Joint Commission International (JCI), com o objetivo de difundir uma metodologia acreditadora junto aos hospitais.

A acreditação é uma das estratégias mais difundidas para a melhoria da qualidade hospitalar^(10, 11). No Brasil, segundo Treib et al¹¹ é ainda baixa adesão dos hospitais à estratégia de acreditação.

Outras iniciativas são a implementação de ferramentas de gestão da qualidade total, como o Ciclo PDSA¹², Programa Seis Sigma¹³, Programa 5S⁵. Dentre os resultados alcançados relatados estão a redução de erros, de custos, de tempos de atendimento, bem como o aumento da satisfação dos colaboradores, melhoria da qualidade dos serviços, melhora da imagem do hospital^{12,14,15,16}. Estudos relatam também a importância da liderança da alta gestão para que resultados efetivos em qualidade possam ser alcançados^{15,16}.

Nesse contexto, o uso de indicadores de qualidade é peça-chave para o acompanhamento do processo de atenção como um todo. Vários indicadores de qualidade podem ser concentrados em apenas um aferidor: a maturidade, que é uma métrica importante para avaliar o estágio em que se encontra a gestão da qualidade nos hospitais¹⁷. A maturidade da gestão hospitalar é um conceito já difundido em grandes centros de medicina no exterior¹⁸; no Brasil, no entanto, seu uso é ainda restrito¹⁹. Porém, utilizar os níveis de maturi-

dade para avaliar a Gestão da Qualidade se constitui numa ação estratégica de modernização e adaptação às tendências na prestação serviços de saúde²⁰.

Dessa forma, o objetivo deste trabalho foi identificar e analisar o nível de maturidade da melhoria da qualidade em dois hospitais públicos brasileiros, por meio do instrumento de medição do nível de maturidade em melhoria da qualidade desenvolvido por Gearin et al.¹⁸.

Para cumprir com o objetivo pretendido, o presente trabalho está estruturado em cinco seções, sendo a presente Introdução a primeira delas. A segunda seção discorre sobre os materiais e métodos utilizados para realização do presente trabalho, além de apresentar uma breve caracterização dos hospitais estudados. Já a terceira seção traz os resultados da pesquisa e a quarta seção as discussões. Por fim, na quinta e última seção são apresentadas as conclusões.

MATERIAIS E MÉTODOS

A presente pesquisa tem caráter quantitativo. Envolveu uma amostra intencional de hospitais que possuíam programas de melhoria da qualidade, buscando-se entender os fenômenos de acordo com a perspectiva dos participantes. O estudo visou caracterizar o grau de maturidade em melhoria da qualidade desses hospitais após a introdução de programas de qualidade. Quanto à utilização dos resultados, é uma pesquisa aplicada, pois contribui para fins práticos e para a solução de problemas de gestão da qualidade em organizações de saúde.

As etapas da pesquisa consistiram

em:

Fase 1- revisão bibliográfica: trata da evolução, conceitos e aplicação de ferramentas de gestão da qualidade e melhoria continua, modelos de maturidade aplicáveis a organizações de saúde.

Fase 2- Definição do modelo de avaliação de maturidade: a partir da análise dos modelos de maturidade realizado na Fase 1, optou-se pela aplicação do modelo de Gearin et al.¹⁸, devido a sua simplicidade e aplicabilidade em número expressivo de hospitais, bem como dos resultados efetivos alcançados com o uso do modelo em hospitais estadunidenses.

Fase 3- Tradução e adequação do questionário de Gearin et al.¹⁸, com 10 questões, para a língua portuguesa considerando as especificidades terminológicas típicas da área da gestão da qualidade. Utilizou-se para as 10 questões de avaliação opções de resposta em escala Likert de cinco pontos: 5 para Concordo Completamente, 4 para Concordo, 3 para Não Concordo e Nem Discordo, 2 para Discordo e 1 para Discordo Totalmente, para os domínios referentes à Cultura Organizacional, Capacidade e Competência em gestão e melhoria da qualidade, Alianhamento e Difusão.

Fase 4- Submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP: aprovado sob o número 39461920.8.0000.5440.

Fase 5- Seleção dos casos: para a realização do estudo foram selecionados dois hospitais inseridos no complexo do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. A escolha desses dois estabelecimentos de saúde se justifica por apresentarem similaridades e, também, por algumas especificidades que os distinguem em certos

aspectos com potencial para gerar evidências de interesse para a pesquisa. A proposta de estudo e escopo do trabalho foi apresentada para a Diretoria dos dois hospitais selecionados, sendo que ambos forneceram a carta de anuênciam para aprovação do Comitê de Ética do HCFMRP.

Fase 6- Coleta de dados: para maior envolvimento dos respondentes com a pesquisa, foi solicitado que a própria Diretoria dos hospitais convidasse os funcionários a participarem da pesquisa. A aplicação dos questionários foi realizada virtualmente, por meio do Google Forms, dadas as circunstâncias então vigentes de isolamento social, devido à pandemia da Covid-19. Previamente ao envio dos questionários online, e conforme devidamente expresso no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi acordado que não haveria nenhuma forma de identificação dos respondentes, garantindo o anonimato desses. O questionário foi mantido em aberto no período de 22 de março de 2021 até 23 de maio de 2021. Duas rodadas de convite foram realizadas pelas Diretorias dos hospitais para motivar e ampliar a participação dos funcionários na pesquisa. Também foi acordado com as respectivas Diretorias que os nomes dos hospitais não serão identificados quando da apresentação dos resultados obtidos.

Fase 7- Compilação e tratamento dos dados: os resultados obtidos foram organizados em planilha eletrônica MS-Excel, procedendo-se posteriormente aos cálculos das frequências e dos níveis de maturidade, conforme o método de cálculo desenvolvido por Gearin et al.¹⁸ (Equação 1).

Onde:

$$E = \left[\left(\sum_{i=1}^n Q_i \right) / 10 \right] / n \quad (1)$$

E = score

Q = nota escala Likert x número
de respostas

$\sum Q_i$ é a somatória dos scores por respondente

10 é o número de questões

n é o número de respondentes

Instrumento de pesquisa: modelo de maturidade da gestão da qualidade de Gearin et al.¹⁸

Um modelo de maturidade pode ser definido como “um conjunto estruturado de elementos que descrevem as características de um processo em diferentes estágios de desenvolvimento. Ele também sugere pontos de demarcação entre os estágios bem como os métodos para ir de um estágio a outro”²¹. São uma maneira simples e efetiva para medir a qualidade dos processos organizacionais²², bem como auxiliar na melhoria destes²³. Embora os modelos de maturidade tenham surgido na indústria de software a partir da década de 1970, eles são aplicados em diversas áreas. Com relação à gestão da qualidade, um dos primeiros modelos de maturidade foi o Quality Management Maturity Grid, desenvolvido por Philipe Crosby²⁴, que definia cinco níveis de maturidade, e influenciou o desenvolvimento de modelos de maturidade para aplicação em diversas áreas.

No setor de saúde, alguns modelos foram desenvolvidos. Grooten et al²⁵, por

exemplo, desenvolveram uma ferramenta (SCIROCCO) para facilitar o conhecimento, transferência e aprendizagem sobre a implementação e ampliação de cuidados integrados em saúde nas regiões europeias. Esse modelo dedica-se a avaliar os requisitos de maturidade de uma determinada prática de cuidado integrado. No entanto, é de uso complexo e específico a prática, não abordando os aspectos gerenciais da organização de saúde.

Storm et al.²⁶ desenvolveram um modelo de maturidade para avaliar os softwares de gestão em saúde. Ramadan e Arafah¹⁷, elaboraram um modelo que propõe cinco níveis de maturidade focando a gestão de pessoas, processos e cultura organizacional. Porém, o escopo do modelo está voltado ao paciente e não à organização de saúde.

Jussli-Melchers et al.²⁷ apresentam um modelo de maturidade voltado ao sistema da qualidade hospitalar. O modelo é complexo, envolvendo grande quantidade de variáveis. Devido a isso é custoso e de difícil aplicação.

Joly et al.²⁸ propuseram um instrumento denominado “Nível de Maturidade na Melhoria da Qualidade”, composto por 29 itens, agrupados em quatro domínios, ou dimensões, derivados da literatura, a saber: (a) cultura organizacional: como o hospital interage com seus funcionários e partes interessadas; (b) capacidade e competência: mede as habilidades, funções e abordagem usadas dentro de uma organização para avaliar e melhorar a qualidade; (c) prática: avalia o número, tipo e duração dos esforços formais de melhoria da qualidade; e (d) alinhamento e disseminação: avalia até que ponto a melhoria da qualidade apoia (e é apoiado pela) organização, bem como a difusão de melhoria da

qualidade dentro do Hospital. No entanto, o questionário era longo e a aplicação se restringia aos níveis hierárquicos mais altos dos hospitais.

Gearin et al.¹⁸ partiu do modelo de Joly et al.²⁸ e desenvolveu uma versão reduzida do questionário, de fácil aplicação e que poderia também ser aplicado aos outros níveis funcionais dos hospitais. Os autores propuseram um questionário de 10 questões, agrupadas em 3 domínios: cultura organizacional, capacidade e competência e alinhamento e propagação e estabeleceram três categorias de scores de avaliação do grau de maturidade, que são apresentados no Quadro 2.

Quadro 2- Scores de avaliação do grau de maturidade segundo Gearin et al.¹⁸.

Score	Significado
$1,0 \leq S \leq 2,9$	Nenhum conhecimento em melhoria da qualidade ou falta de envolvimento em melhoria da qualidade
$3,0 \leq S \leq 3,9$	Melhoria da qualidade informal ou <i>ad hoc</i>
$S \geq 4,0$	Melhoria da qualidade formalizada

Fonte: GEARIN et al.¹⁸

Gearin et al.¹⁸ utilizaram o roteiro QI Roadmap (Roadmap to a Culture of Quality Improvement), endossado pela National Association of County and City Health Officials (NACCHO)²⁹, visando oferecer um guia geral para formulação subsequente de estratégias e recursos para construir uma cultura de melhoria da qualidade.

Por ser um modelo de fácil aplicação, que pode ter seu uso disseminado nos hospitais, e ter a ele associado um roteiro para formulação de estratégias para melhoria da qualidade em hospitais, o modelo de Gearin et al¹⁸ foi utilizado neste trabalho.

QI Roadmap

Segundo as diretrizes do QI Roadmap (NACCHO)²⁹, a qualquer momento, um hospital pode encontrar características ou estratégias de transição em várias fases da construção de uma cultura para a melhoria da qualidade. Os elementos a serem considerados compreendem:

- Compromisso da Liderança: vital para o desenvolvimento e para a manutenção de uma cultura da qualidade. A alta e a médias gerencias devem iniciar e liderar de transformação da cultura organizacional, estabelecer uma visão de melhoria

- da qualidade, prover recursos organizacionais, dar suporte aos colaboradores, estabelecer a estrutura, os processos e os sistemas necessários para a melhoria da qualidade.
- Melhoria contínua da qualidade: é uma busca incessante e sistemática para melhorar processos e resultados, identificando as causas raízes dos problemas, por meio do uso sucessivo do ciclo Plan-Do-Check-Act (PDCA).
 - Infraestrutura para a melhoria da qualidade: deve conter um Sistema de Gestão de Desempenho, para avaliar e revisar o plano de melhoria da qualidade; apoiar projetos individuais de melhoria; revisar os dados de desempenho e relatar o progresso, recomendando os próximos passos. Deve conter também uma estrutura organizacional adequada para a qualidade (departamento, conselhos etc.).
 - Empoderamento dos colaboradores: a gerencia deve capacitar a equipe para a melhoria da qualidade em seu trabalho diário, garantindo que os colaboradores tenham a conscientização, o conhecimento, as habilidades, os recursos e o suporte necessários.
 - Foco no usuário: entender e atender às necessidades de saúde da comunidade assistida pelo sistema de saúde.
 - Trabalho em equipe e colaboração: equipes devem ter expectativas de desempenho claramente definidas e se reunirem rotineiramente para debater, resolver problemas, implementar projetos de melhoria da qualidade e compartilhar lições aprendidas.

Com base nesses elementos, a QI Roadmap (NACCHO)²⁹ estabelece seis fases de uma cultura voltada para a qualidade (Quadro 3)

Quadro 3 - As fases de uma cultura de qualidade

Fase 1: Sem conhecimento de melhoria da qualidade

Executivos, líderes seniores e funcionários não estão cientes da gestão de desempenho e melhoria da qualidade e seu valor para o hospital. Os processos são indefinidos, complexos, redundantes e variados. Os problemas tendem a ser ignorados e permanecem sem solução por longos períodos de tempo. Produtos, processos e serviços podem ser ineficazes e ineficientes.

Fase 2: Não envolvido em atividades de melhoria da qualidade

Embora alguns executivos e líderes seniores tenham experiência com melhoria da qualidade, as soluções para os problemas geralmente são baseadas em opiniões ou palpites, resultando em correções reativas e temporárias.

Fase 3: Atividades de melhoria da qualidade informais ou ad hoc

Executivos e líderes seniores podem valorizar a melhoria da qualidade, mas as expectativas não são comunicadas de forma consistente aos funcionários. Alguns funcionários têm conhecimento, habilidades, recursos e suporte para liderar pequenos projetos de melhoria da qualidade. Os funcionários se reúnem informalmente para resolver problemas e inovar, mas as oportunidades de compartilhamento são limitadas. Os funcionários poder ver a melhoria da qualidade como uma moda passageira ou responsabilidade adicional.

Fase 4: Atividades formais de melhoria da qualidade implementadas em áreas específicas

Os executivos incentivam os funcionários a se envolverem em melhoria da qualidade. A maioria das equipes tem funcionários capazes de liderar projetos formais de melhoria da qualidade, pois a melhoria da qualidade está incluída nos planos de desenvolvimento da força de trabalho e o treinamento e os recursos são disponibilizados conforme necessário. As equipes são comumente formadas para resolver problemas e inovar usando técnicas básicas de melhoria da qualidade. Esforços são feitos para vincular as medidas de desempenho organizacional ao plano estratégico da organização, e o desempenho da equipe é medido, monitorado e relatado em algumas partes da organização. É possível que um órgão formal de governança se reúna regularmente e um plano de melhoria da qualidade tenha sido criado. No entanto, os resultados dos projetos de melhoria da qualidade nem sempre são documentados e as melhorias nem sempre se espalham por toda a organização devido às oportunidades limitadas de compartilhamento entre pares.

Fase 5: Melhoria da qualidade formal

Executivos e líderes seniores disponibilizam recursos financeiros e humanos suficientes para treinamento, infraestrutura e suporte para coleta, monitoramento, relatório e melhoria do desempenho individual, da equipe e organizacional. A maioria dos funcionários valoriza a melhoria da qualidade como uma estratégia para melhorar seu trabalho. A melhoria da qualidade é incorporada nas descrições de cargos, na orientação dos funcionários e no processo de avaliação de desempenho. Equipes formais de melhoria da qualidade são formadas regularmente e os resultados desses esforços são divulgados de forma consistente. Como resultado, os processos estão se tornando claramente definidos, eficientes, eficazes e padronizados em toda a organização. Existe um processo formal para implementação, monitoramento e avaliação do plano de melhoria da qualidade.

Fase 6: Melhoria da qualidade formal +

Executivos e líderes seniores adotam totalmente a qualidade e garantem a sustentabilidade da cultura para a qualidade, mantendo os recursos necessários. O gerenciamento de desempenho e a melhoria da qualidade estão totalmente incorporados à maneira como os negócios são feitos nos níveis individual, de equipe e organizacional. Os dados de desempenho orientam todas as tomadas de decisão em toda a organização. A organização é considerada inovadora e orientada para a qualidade. Os funcionários têm autonomia para cumprir suas responsabilidades de melhoria da qualidade. Os funcionários entendem como contribuem para a missão, visão e plano estratégico geral da organização.

Fonte: Elaboração própria baseado em QI Roadmap (NACCHO)²⁹

Gearin et al.¹⁸ sugerem que os valores dos scores obtidos com aplicação do questionário, sejam correspondentes às fases da cultura de melhoria da qualidade estabelecidas pelo QI Roadmap. Com isso, pode-se ter um diagnóstico da situação presente do hospital, quando a cultura da melhoria da qualidade, as diretrizes para se estabelecer estratégias de mudança, no sentido da melhoria da qualidade hospitalar. Assim, depreende-se que os scores entre 1,0 a 2,9, indicam que a organização está na fase 1 a 2; os scores 3,0 a 3,9, indicam que a organização está

na fase 3 a 4, e os scores > 4,0, indicam a organização na fase 5 a 6.

Caracterização dos hospitais estudados

Ambos os estabelecimentos de saúde estudados são órgãos públicos do poder executivo estadual, vinculados à Secretaria de Estado da Saúde, e geridos pela mesma instituição, a saber, a Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de

Medicina de Ribeirão Preto (FAEPA). São classificados, segundo a Classificação Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)³⁰, como hospitais gerais.

Ademais, apresentam similaridades quando ao nível de atenção à saúde na qual prestam seus serviços, qual seja, média complexidade ou nível secundário. Também, apresentam similaridades quanto aos tipos de atendimentos prestados, quais sejam, ambulatorial, internação e serviço auxiliar de diagnóstico e terapia (SADT) unicamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) da região do Departamento Regional de Saúde (DRS) XIII do Estado de São Paulo, sendo que o fluxo de clientela ocorre exclusivamente pelo atendimento de demanda referenciada. Também ambos estabelecimentos apresentam similaridades quanto ao número de profissionais com vínculo de trabalho, visto que o H1 conta com 349 colaboradores e o H2 com 354³⁰.

Ainda mais relevante para o presente estudo, é o fato de que ambos os estabelecimentos de saúde possuem programas, ações e práticas direcionadas ao planejamento, gestão e à melhoria da qualidade dos serviços de saúde por eles prestados. Evidências mais recentes desse esforço em direção à qualidade encontram-se no Relatório de Atividades da

Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, referente ao ano de 2019³¹.

Com relação às diferenças entre os dois estabelecimentos de saúde, cabe mencionar o porte dos estabelecimentos e as áreas de atuação. O H1 conta com um total de 54 leitos de Enfermaria de Clínica Médica/Cirúrgica, não possui UTI e nem enfermaria de psiquiatria. Já o H2 conta com 10 Leitos de UTI, 62 leitos de Enfermaria de Clínica Médica/Cirúrgica e 12 leitos de Enfermaria de Psiquiatria.

Uma segunda diferença entre ambos os estabelecimentos de saúde refere-se ao tempo em que os mesmos se encontram em operação. O H1 entrou em funcionamento em 2008, portanto, há cerca de 15 anos, enquanto que o H2 iniciou suas atividades, de forma gradativa, durante o ano de 2019, ou seja, entrou em operação há cerca de quatro anos.

RESULTADOS

Na Tabela 1 é apresentado o número de questionários enviados, número de questionários respondidos e taxa de retorno.

Tabela 1 - Número de questionários enviados, número de questionários respondidos e taxa de retorno

Hospital	Questionários enviados	Questionários respondidos	Taxa de retorno
H1	334	19	5,7%
H2	451	32	7,1%

Fonte: Elaboração própria

O perfil dos respondentes segundo nível de escolaridade e formação para cada hospital está apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 - Perfil dos respondentes segundo nível de escolaridade e formação

Aspecto	Respostas	H1	H2
Área de Atuação	Ciências Biológicas e da Saúde	10	32
	Ciências Humanas e Sociais	7	0
	Nenhuma das opções	2	0
Nível de Escolaridade	Ensino Médio Completo	2	4
	Superior Incompleto	5	1
	Superior Completo	0	9
	Mestrado ou Doutorado	5	5
	Especialização	7	13

Fonte: Elaboração própria

Na Tabela 3 são apresentados os resultados obtidos para o hospital H1 e H2 nos domínios cultura organizacional, capacidade e competência em melhoria da qualidade e alinhamento e propagação.

Tabela 3 - Questionário para aferição dos níveis de maturidade em gestão e melhoria da qualidade segundo Gearin et al.¹⁸

Domínios	Questões	Respostas Escala Likert									
		H1					H2				
		5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
Cultura Organizacional	1- Os membros de sua equipe são rotineiramente solicitados a contribuir na tomada de decisões sobre gestão e melhoria da qualidade de sua área.	2	9	2	5	1	8	14	3	7	0
	2- Os líderes do meu setor/área são treinados em métodos básicos de gestão e melhoria da qualidade como, por exemplo, o ciclo PDCA: Planejar; Executar; Checar; Agir.	1	5	5	5	3	7	11	7	5	2

Capacidade e competência em melhoria da qualidade	3- O Hospital tem um plano de gestão e melhoria da qualidade.	6	6	5	0	2	14	16	2	0	0
	4- A descrição formal de cargos dos profissionais responsáveis por programas de qualidade no Hospital inclui a função relacionada à gestão e melhoria da qualidade.	6	5	4	2	2	8	14	8	1	1
	5- Informações de satisfação do usuário / paciente são utilizadas sistemática e rotineiramente para a gestão e melhoria da qualidade	6	10	2	1	0	16	13	2	1	0
	6- Com a finalidade de facilitar o alcance de objetivos e metas relacionadas à qualidade, a equipe de profissionais tem liberdade para atuar em diversas iniciativas ou programas de gestão e melhoria da qualidade, quando julgam que podem contribuir.	2	9	3	4	1	6	16	9	1	0
	7- A Alta Direção do Hospital acredita que a gestão e melhoria da qualidade é importante.	8	6	4	1	0	18	11	3	0	0
	8- O Hospital tem uma cultura generalizada e difundida de gestão e melhoria da qualidade.	3	10	4	2	0	10	16	4	2	0
	9- O Hospital atualmente tem alinhado seu compromisso com a qualidade com a maioria de seus esforços, políticas e planos	3	10	5	1	0	8	18	4	2	0
	10- O Hospital tem atualmente um alto nível de capacidade para se envolver em esforços de gestão e melhoria da qualidade	4	8	5	2	0	9	18	3	1	1

Legenda: 5 - Concordo totalmente; 4- Concordo; 3- Não concordo e nem discordo; 2- Discordo; 1- Discordo totalmente ou não sei.

Fonte: Elaboração própria com base em Gearin et al.¹⁸

Para o cálculo dos *scores* para o H1 e H2, aplicou-se a Equação 1, com *n* = 19 e *n*=32, respectivamente.

$$E_{H1} = \left[\left(\sum_{1}^{19} 689 \right) / 10 \right] / 19 = 3,62$$

$$E_{H2} = \left[\left(\sum_{1}^{32} 1.287 \right) / 10 \right] / 32 = 4,02$$

A Tabela 4 apresenta os *scores* para cada um dos três domínios do modelo de Gearin et al.¹⁸ para o H1 e H2

Tabela 4 - Estágios da evolução da melhoria continua e maturidade segundo Gearin et al.¹⁸ para H1

Domínios	Score	
	H1	H2
Cultura organizacional	3,05	3,60
Capacidade e competência em melhoria da qualidade	3,80	4,20
Alinhamento e propagação	3,70	4,08

Fonte: Elaboração própria

DISCUSSÃO

O *score* do nível de maturidade do H1 (3,62), segundo Gearin et al.¹⁸ indica que o hospital apresentou nível de maturidade em melhoria da qualidade informal ou *ad hoc* – o que corresponde ao Nível 3 do QI Road map (cf. Quadro 3). Segundo os parâmetros da QI Roadmap²⁹ isso significa que alguns recursos financeiros e humanos são dedicados à melhoria da qualidade, ou seja, alguns funcionários têm conhecimento, habilidades, recursos e suporte para liderar pequenos projetos de melhoria. Normalmente, um ou dois funcionários são responsáveis por melhoria da qualidade e atividades de gerenciamento de desempenho. Embora alguns dados de desempenho sejam coletados, monitorados e compartilhados, eles não são usados de forma consistente para a tomada de decisões. Há uma percepção de que a qualidade é um modismo que acarreta aos colaboradores trabalho adicional²⁹.

Observando cada domínio separadamente (cf. Tabela 4), verifica-se que o domínio da Cultura Organizacional é o de

menor *score* (3,05). A literatura sobre qualidade afirma que a existência de uma cultura voltada à melhoria contínua é essencial. Para isso, é preciso uma forte liderança exercida pela direção da organização, no sentido de implementar e sustentar ações para a qualidade (15, 16, 32.). Esse resultado indica a necessidade de ações para desenvolver uma cultura para a qualidade que permita o hospital H1 atingir um maior nível de maturidade. Neste sentido, baseado nos parâmetros do QI Roadmap²⁹, é possível sugerir as seguintes ações de liderança:

- Melhorar e ampliar a comunicação com os colaboradores do hospital;
- Ampliar a divulgação dos programas de capacitação que o hospital oferece;
- Facilitar a participação dos colaboradores nos treinamentos e nos projetos de melhoria;
- Gestão a vista com os indicadores críticos;

- Criar incentivos para os colaboradores participarem dos projetos de melhorias;
- Valorizar os resultados obtidos pelas equipes de melhorias.

Essas ações seriam um primeiro passo no sentido de se criar um ambiente de aprendizado no qual os colaboradores tivessem maior autonomia e segurança para atuar sobre os processos³², bem como para aumentar a satisfação dos colaboradores, que é um aspecto importante para cultura da qualidade¹⁴.

Quanto ao domínio Capacidade e Competência (score 3,80), o H1 também se encontra em um nível intermediário de maturidade, segundo Gearin et al.¹⁸. Isso indica a necessidade de ações para consolidar os processos de melhoria. Dessa forma, uma possível ação, segundo o que preconiza o QI Roadmap NACCHO²⁹, seria incluir, quando possível, na descrição dos cargos o conhecimento adquirido nos programas de melhoria promovidos pela organização, por meio do RH.

Sobre o domínio “Alinhamento e Propagação” (score 3,70), o hospital também se encontra em nível intermediário de maturidade, segundo o modelo de Gearin et al¹⁸. Possíveis ações a serem implementadas para uma transição para níveis superiores de maturidade, seriam:

- Instituir programas que incentivem os funcionários a participar de comunidades internas e externas de aprendizado de melhoria da qualidade;
- A alta gestão poderia oferecer à equipe a oportunidade

de compartilhar os resultados alcançados por meio de eventos na própria organização.

- A alta gestão promover o engajamento dos gestores de nível intermediário nos programas de melhoria da qualidade.
- Desenvolver processos para monitorar e relatar dados de satisfação do cliente e incorporá-lo ao processo de gerenciamento do hospital.

Com relação ao H2, seu score do nível de maturidade foi 4,02. Segundo Gearin et al¹⁸ esse nível significa que a melhoria da qualidade está formalizada na organização, correspondendo, portanto, ao Nível 4 do QI Roadmap²⁹. Supõe-se que qua a alta gestão do hospital esteja exercendo forte papel de liderança, necessária para a performance em qualidade dos hospitais^(15, 16). A capacitação em técnicas e ferramentas de melhoria da qualidade é parte integrante das atividades de desenvolvimento dos profissionais. Espera-se que esforços sejam feitos para vincular as medidas de desempenho em qualidade ao plano estratégico da organização.

Nesse nível de maturidade, segundo o que preconiza o QI Roadmap²⁹, é esperado que exista um órgão formal de governança que se reúne regularmente para criar e acompanhar um plano de melhoria da qualidade. No entanto, neste nível de maturidade, o impacto das ações ainda são limitados, uma vez que nem sempre as melhorias são documentadas, ficando restritas à certos setores.

Resumindo, o *score* do H2, segundo Gearin et al.¹⁸, indica a existência de uma cultura para a melhoria da qualidade se consolidando. Assim, com base nas diretrizes estabelecidas pelo QI Roadmap²⁹, para a evolução do grau de maturidade, pode-se sugerir as seguintes ações:

- Implementar um programa para monitorar a satisfação dos usuários dos serviços hospitalares, de maneira a estabelecer diretrizes para as melhorias dos processos críticos do hospital.
- Capacitar os funcionários para que tomem as medidas corretivas apropriadas sobre os problemas dos usuários em toda a organização.
- Desenvolver e implementar planos de ação para melhorar continuamente os programas/serviços oferecidos
- Estabelecer o gerenciamento de desempenho dos departamentos, caso o hospital ainda não tenha, e traçar planos de melhorias.
- Manter os ganhos de melhoria obtidos anteriormente por meio de estratégias de gestão da qualidade como: documentar e treinar a equipe em processos revisados, continuar a medir melhorias, criar listas de verificação e lembretes e realizar auditorias.
- Realizar benchmarking com hospitais ou centros de pro-

moção de saúde considerados referência e excelência no atendimento.

Finalmente, cabem algumas considerações sobre a taxa de retorno dos questionários. Esse aspecto é uma das principais fontes de viés desse tipo de pesquisas realizadas por questionários enviados por e-mail³³. No entanto, é preciso considerar que a presente pesquisa ocorreu durante a crise sanitária da Covid-19 e, portanto, em um contexto desfavorável. Dessa maneira, a alternativa viável foi a realização da pesquisa via e-mail.

CONCLUSÃO

O objetivo desse trabalho foi identificar e analisar o nível de maturidade da melhoria da qualidade de dois hospitais públicos, por meio do modelo desenvolvido por Gearin et al¹⁸. Os resultados apontaram que os hospitais estão em níveis distintos de maturidade e, portanto, demandando ações específicas distintas.

O modelo de maturidade aplicado tem sido usado para acompanhar a evolução da gestão da qualidade de hospitais em vários estados norte-americanos e promover ações de melhorias. Esse modelo mostrou-se aplicável e promissor para o contexto de hospitais públicos no Brasil, como se verificou no presente trabalho.

Os resultados aqui obtidos devem ser interpretados com cautela, uma vez que o retorno da aplicação do instrumento de coleta de dados pode não representar a realidade desses hospitais. De todo modo, os resultados obtidos podem ser considerados representativos da visão dos respondentes a respeito das práticas

de gestão da qualidade dos respectivos hospitais naquele determinado momento. Outras pesquisas são necessárias para melhor caracterizar o grau de maturidade em práticas de gestão da qualidade nos hospitais estudados ao longo de um espectro temporal mais amplo. Além disso, outros aspectos interessantes de se investigar e que podem ter intervindo nos resultados obtidos dizem respeito à formação e categoria profissional dos respondentes, bem como ao tempo de operação dos hospitais. No entanto, para responder a essas questões seria necessária outra estratégia de pesquisa a fim de trazer luz a estes aspectos, tais como realização de entrevistas em profundidade com gestores e funcionários, análise documental, observação etc. Assim, essas questões poderão ser abordadas em futuras pesquisas.

Porém, os resultados aqui obtidos podem auxiliar os hospitais a definirem estratégias e/ou aperfeiçoarem suas práticas de gestão da qualidade, com foco na melhoria dos seus serviços, especialmente os públicos, entregues a uma sociedade, no contexto de universalização do acesso aos serviços de saúde, aumento da complexidade desses serviços e escassez de recursos. Eles podem ajudar a melhorar a estrutura e os processos, aumentando a probabilidade de bons resultados, de acordo com o que advoga Donabedian⁷.

Por fim, recomenda-se que outros trabalhos sejam feitos utilizando o modelo de maturidade de Gearin et al.¹⁸ em hospitais públicos e/ou privados de vários níveis de complexidade, considerando também o que preconiza o Ministério da Saúde em relação às diretrizes de acreditação locais.

Acredita-se, assim, que o uso sistemático de modelos de maturidade de

gestão e melhoria da qualidade, possa trazer subsídios para políticas públicas para melhorar ao longo do tempo a assistência hospitalar, cumprindo assim o que preconiza a OPAS e a OMS.

REFERÊNCIAS

1. Donabedian A. Promoting quality through evaluating the process of patient care. *Medical Care*. 1968;6(3):181-202.
2. Vuori HV. El control de calidad en los servicios sanitarios. Barcelona: Masson, 1988.
3. Otero Puime A, Saturno Hernandez PJ, Marquet Palomer R. Mejora de la calidad en atención primaria. In: Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria. Madrid: Elsevier, 1999.
4. Tricco A, Antony J, Ivers NM, Ashoor HM, Khan PA, Blondal E, et al. Effectiveness of quality improvement strategies for coordination of care to reduce use of health care services: systematic review and meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*. 2014;186(15):E568-78.
5. Kanamori S, Sow S, Castro MC, Matsuno R, Tsuru A, Jimba M. Implementation of 5S management method for lean healthcare at a health center in Senegal: a qualitative study of staff perception. *Glob Health Action*. 2015;8:27256.
6. Hernandez C, Lopez JJ, Melnyc R, Friedman M, Gitlow H. Six Sigma for home health care. Applying theories & methodologies *International Journal of Healthcare Management*, 2021;14(1):175-82..
7. Donabedian A. Special article: The quality of care: How can it be assessed? *JAMA-Journal of the American Medical Association*. 1988;260(12):1743-8.
8. Botega LA, Andrade MV, Guedes GR. Profile of general hospitals in the Unified Health System. *Rev Saude Publica*. 2020;54:82.
9. Feldman LB, Gatto MAF, Cunha ICKO. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. *Acta Paul Enferm*. 2005;18(2):213-9.
10. Mendes GHS, Mirandola TBS. Acreditação hospitalar como estratégia de melhoria: impacto em seis hospitais acreditados. *Gestão & Produção*. 2015;22(3):636-48.
11. Treib JN, Magalhães AMM, Carvalho SCG, Seeger VG, Barbosa AS, Oliveira JLC. Panorama da acreditação (inter)nacional no Brasil. *Esc Anna Nery*. 2022;26:E20220024.

12. Po J, Rundall TG, Shortell SM, Blodgett JC. Lean management and U. S. public hospital performance: results from a national survey. *J Healthc Manag.* 2019;64(6):363-79.
13. Persis DJ, Anjali S, Sunder VM, Rejikumar G, Sreedharan VR, Saikouk T. Improving patient care at a multi-specialty hospital using lean six sigma. *Production Planning & Control.* 2022;33(12):1135-1154.
14. Cunha Reis A, Assis Castro Goulart G, Dias Carneiro de Almeida C, Fonseca Medeiros A, Barbosa Detoni K, Sernizon Guimarães N, Parreira Martins MA. Quality management tools applied to drug dispensing in hospital pharmacy: A scoping review. *Res Social Adm Pharm.* 2023;19(4):583-90.
15. Sweis RJ, Al Ahmad KMA, Al-Dweik GA, Alawneh AR, Abu Hammad A. The relationship between total quality management practices and organisational performance at Jordanian hospitals. *International Journal of Business Innovation and Research.* 2016;10(4):519-42.
16. Babu F, Thomas S. The relationship between total quality management practices and organizational image of the hospital industry. *International Journal of Productivity and Quality Management.* 2019;29(1):1-23.
17. Ramadan N, Arafah M. Healthcare quality maturity assessment model based on quality drivers. *Int J Health Care Qual Assur.* 2016;29(3):337-50.
18. Gearin KJM, Gyllstrom ME, Joly BM, Frauenthein RS, Myhre J. Monitoring QI maturity of public health organizations and systems in minnesota: Promising early findings and suggested next steps. *Frontiers in Public Health Services and Systems Research.* 2013;2(3):Article 3.
19. Gordilho R. **Maturidade na Gestão Hospitalar.** 2021. Disponível em: <https://www.portalgessauda.com.br/maturidade-de-gestao-hospitalar/#:~:text-Quando%20se%20fala%20em%20qualidade,armazenamento%20de%20informa%C3%A7%C3%A7%C3%B5es%20dos%20pacientes>. Acesso em: 08/05.
20. Pasalodos D, Domingo R. Strategic value from a model to evaluate the maturity level of quality management in manufacturing environments. *Direccion y Organizacion.* 2012;47:21-30.
21. Pullen W. A public sector HPT maturity model. *Performance Improvement.* 2007;46(4):9-15.
22. Wendler R. The maturity of maturity models research: a systematic mapping study. *Information and Software Technology.* 2012;54(12):1317-39.
23. Van Looy A, Poels G, Snoeck M. Evaluating businessprocessmaturitymodels. *JournaloftheAssociation for Information Systems.* 2017;1(6):461-86.
24. Crosby PB. **The quality is free:** the art of making quality certain. New York: McGraw-Hill, 1979.
25. Grooten L, Vrijhoef HJ, Calciolari S, Ortiz LGG, Janecková M, Minkman MMN, Debroey D. Assessing the maturity of the healthcare system for integrated care: testing measurement properties of SCIROCCO tool. *BMC Med Res Methodol.* 2019;19(1):63.
26. Storm I, Harting J, Stronks K, Schuit AJ. Measuring stages of health in all policies on a local level: the applicability of a maturity model. *Health Policy.* 2014;114(2-3):183-91.
27. Jussli-Melchers J, Hilbert C, Jahnke L, Wehkamp K, Rogge A, Freitag-Wolf S, Kahla-Witzsch HA, Scholz J, Petzina R. Maturity levels of quality and risk management at the University Hospital Schleswig-Holstein. *Gesundheitswesen.* 2018;80(7):648-55.
28. Joly BM, Booth M, Mittal P, Shaler G. Measuring quality improvement in public health: the development and psychometric testing of a QI Maturity Tool. *Eval Health Prof.* 2012;35(2):119-47.
29. NACCHO-Washington-Roteiro 2020 para uma Cultura de Melhoria da Qualidade. Disponível em: < <https://virtualcommunities.naccho.org/qi-roadmap/qi-home> >. Acesso em: 17 may. 2022.
30. Classificação Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <<http://cnes2.datasus.gov.br/>>. Acesso em 28 dez. 2020.
31. FAEPA (Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto). Relatório de Atividades 2019. Ribeirão Preto: FAEPA, 2019. Disponível em: <<https://www.faepa.br/RelatoriosAnuais/Listar>>. Acesso em 28 dez. 2020.
32. Toledo JCEA. **Qualidade: gestão e métodos.** Rio de Janeiro: LTC, 2013.
33. Barnhart BJ, Reddy SG, Arnold GK. Remind Me Again: Physician Response to Web Surveys: The Effect of Email Reminders Across 11 Opinion Survey Efforts at the American Board of Internal Medicine from 2017 to 2019. *Evaluation & the Health Professions.* 2021;44(3):245-259. doi:10.1177/01632787211019445

Contribuição dos autores:

- **SCMC:** Conformidade em ser responsável pela exatidão ou integridade de qualquer parte do estudo, contribuição substancial no esboço do estudo ou na interpretação dos dados e participação na revisão e aprovação da versão final
 - **EJG:** Contribuição substancial no esboço do estudo ou na interpretação dos dados e participação na revisão e aprovação da versão final.
 - **MMG:** Contribuição substancial no esboço do estudo ou na interpretação dos dados e participação na revisão e aprovação da versão final
-

Autor Correspondente:

Márcia Mazzeo Grande

mgrande@usp.br

Recebido: 05/06/2023

Aprovado: 28/09/2023

Editor: Prof. Dr. Felipe Villela Gomes
