

Universidade Federal da Paraíba
Centro de Ciências Sociais Aplicadas
Programa de Pós-Graduação em Administração
Curso de Mestrado Acadêmico em Administração

Mariana Ribeiro Monteiro

**CAPACIDADES DINÂMICAS PARA ACREDITAÇÃO:
EVIDÊNCIAS NO SETOR HOSPITALAR**

JOÃO PESSOA

2014



MARIANA RIBEIRO MONTEIRO

**CAPACIDADES DINÂMICAS PARA ACREDITAÇÃO:
EVIDÊNCIAS NO SETOR HOSPITALAR**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Administração no Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal da Paraíba.

Área de Concentração: Administração e Sociedade.
Linha de Pesquisa: Gestão Estratégica, Trabalho e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. André Gustavo Carvalho Machado

João Pessoa

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

MARIANA RIBEIRO MONTEIRO

CAPACIDADES DINÂMICAS PARA ACREDITAÇÃO: EVIDÊNCIAS NO SETOR HOSPITALAR

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Administração no Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal da Paraíba.

Área de Concentração: Administração e Sociedade. Linha de Pesquisa: Gestão Estratégica, Trabalho e Sociedade.

Dissertação aprovada em: ____/____/____

Banca examinadora:

Prof. Dr. André Gustavo Carvalho Machado (Orientador)
Universidade Federal da Paraíba

Prof. Dr. Anielson Barbosa da Silva (Examinador Interno)
Universidade Federal da Paraíba

Prof. Dr. Walter Bataglia (Examinador Externo)
Universidade Presbiteriana Mackenzie

AGRADECIMENTOS

Quando descobri que tenho uma doença autoimune, pensei que isso alteraria toda a minha vida. Descobri que as pesquisas para cura têm menos de 1% de chance de darem certo, e por isso precisam de investimentos compartilhados. Toda essa preocupação me fez pensar sobre meu papel para unir esforços, pois há muito a se fazer para melhorar o sistema de saúde. O tempo mostrou que posso viver normalmente com o quadro da doença, e este estudo pode ser uma das ações que vários seres humanos maravilhosos fazem todos os dias em prol da saúde. Pela inspiração para canalizar minha preocupação em um trabalho positivo e produtivo, e pelo exemplo de dedicação e competência, eu agradeço primeiro a minha brilhante reumatologista, Prof. Dra. Ana Karla Guedes de Melo.

Para tornar esta pesquisa factível, eu tive a sorte de contar pela terceira vez com meu orientador, Prof. Dr. André Gustavo Carvalho Machado, a quem eu devo grande parte da minha formação como pesquisadora e professora, porque sua postura de trabalho assertivo, profissionalismo e interesse fizeram este trabalho melhor, além de me ajudar a realmente compreender todas as temáticas da pesquisa por meio de questionamentos sempre relevantes.

O conteúdo da pesquisa é fruto da dedicação e competência do Hospital Esperança e Hospital São Lucas, aos quais agradeço imensamente nas pessoas de Soraia Ximenes, Rosa Mérice e Conceição Fontes. Não é a primeira vez que ambos os hospitais fazem sua contribuição para pesquisa acadêmica, e, como o que construíram é um grande exemplo para todos, espero que se mantenham de portas abertas, pois tem muito o que ensinar.

Agradeço à equipe do PPGA UFPB, na pessoa do Prof Dr. Anielson Barbosa, Prof. Dr. Francisco Costa e Prof. Dr. Diogo Helal por trabalharem bastante para termos ambientes e conteúdos produtivos para o estudo e a produção científica. Agradeço todo o apoio e dedicação dos meus colegas da turma 37, e agradeço em especial à minha amiga de mestrado e de vida, Luanna Genuíno.

Por fim, como todo pesquisador, agradeço aos familiares e amigos que me apoiaram neste período, em especial aos meus pais, grandes provedores de todos os recursos que eu tive para me desenvolver profissionalmente, e todo amor pra eu me desenvolver pessoalmente.

E por último, pela ajuda com os termos técnicos, pelos debates sobre os resultados, pela energia positiva, companheirismo e amor imbatíveis, eu agradeço ao meu futuro marido Kimã Barbosa Meira, meu amor desde sempre.

*“O homem é o que são
seus pensamentos
de todos os dias.*

E a sorte?

A sorte somos nós que fazemos.”

Tobis de Melo Monteiro

(in memoriam)

RESUMO

O setor hospitalar tem sido afetado e pressionado, em uma escala internacional, a realizar mudanças e reformas gerenciais. Como um dos meios para reagir a tal situação, foi criada a acreditação hospitalar, uma avaliação periódica voluntária dos recursos institucionais, baseada na educação continuada, com vistas a garantir a qualidade da assistência em padrões pré-estabelecidos. Para efeito deste trabalho, entende-se que capacidades dinâmicas podem ser criadas para mudar os recursos e competências de hospitais através de diversas fontes, objetivando a obtenção da acreditação hospitalar. O objetivo desta pesquisa foi analisar o desenvolvimento de capacidades dinâmicas no processo de acreditação hospitalar. Especificamente, procurou-se descrever as mudanças no processo de acreditação à luz do modelo de equilíbrio pontuado; identificar a principal capacidade dinâmica em cada nível de acreditação; caracterizar as fontes de capacidade dinâmica adotadas; e investigar os estágios do Ciclo de Vida das capacidades dinâmicas no processo de acreditação. Utilizou-se estudo de casos múltiplos como estratégia metodológica, abordando dois hospitais com nível três de acreditação. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, observações diretas e documentos internos. A análise dos dados para cada caso foi empreendida de forma individual e cruzada. Os resultados evidenciaram que a mudança organizacional analisada seguiu a corrente evolucionária, sob o comportamento de Equilíbrio Pontuado. Foram identificadas três capacidades dinâmicas em cada hospital. Para criação das capacidades, percebeu-se que a “aprendizagem deliberada” foi a fonte mais utilizada pelos dois hospitais, em todos os seus mecanismos, porém com ênfases distintas em cada nível de acreditação. A fonte “relacionamento” foi utilizada apenas para terceirização, alianças e licenciamentos, com destaque para as alianças com fornecedores e clientes. A fonte aquisições não foi utilizada. Destaca-se que todas as capacidades evidenciadas apresentaram aderência ao modelo ao Ciclo de Vida das capacidades sugerido por Helfat e Peteraf (2003). Conclui-se que os períodos de reorientação do equilíbrio pontuado, por vezes visto como desestabilizantes, foram os momentos em que as organizações, de fato, evoluíram. O estudo contribui com evidências empíricas do Equilíbrio Pontuado e do Ciclo de Vida das capacidades dinâmicas. Ainda, a pesquisa permitiu compreender quais mudanças ocorreram nos hospitais em processo de certificação e porque tais mudanças são necessárias, além de explorar as principais capacidades escolhidas pelos hospitais e como foram desenvolvidas, contribuindo para a orientação de gerentes do setor hospitalar.

Palavras-chave: Capacidades Dinâmicas, Mudança Organizacional, Acreditação Hospitalar.

ABSTRACT

The hospital industry has been affected and pressured, in an international scale, to make management changes and reforms. As one of the ways to react to such situation, it was created the hospital accreditation, a volunteer periodic evaluation of institutional resources, based on continuous learning, aiming to guarantee assistance quality in pre-stabilized standards. For this present work, it is understood that dynamics capabilities may be created to change resources and competences of hospitals throughout a variety of sources, aiming to obtain hospital accreditation. The main objective of this research was to analyze the development of dynamics capabilities in the hospital accreditation process. Specifically, it was aimed to describe the changes occurred during the accreditation process in the light of punctuated equilibrium model; to identify the main dynamics capability in each accreditation level; characterize dynamics capability sources; and investigate capabilities lifecycle stages during the accreditation process. It was used the multiple study cases as methodological strategy, approaching two hospital with three levels of accreditation. Data was collected through semi-structured interviews, direct observation and internal documents. Data analysis to each case was held at first individually then crosses. Results evidenced that organizational change happened according to evolutionary model, under the punctuated equilibrium behavior. Three dynamic capabilities were identified in each hospital. In relation to the creation of each capability, it was understood that “deliberated learning” was the most utilized source, in all its mechanisms, but with different emphasis in each accreditation level. The source “relationship” was utilized in only to outsource, alliances and licensing, highlighting alliances with suppliers and clients. The source “acquisition” was not used. It is highlighted that every capacity evidenced showed adhesion to Capability Lifecycle Model suggested by Helfat and Peteraf (2003). It is concluded that all reorientation periods, many times seen as destabilizing, were the moments in which the organizations evolved indeed. This study contributes to empirical evidence of Punctuated Equilibrium and Dynamic Capability Lifecycle. Yet, the research allowed comprehending which changes occurred in the hospitals during the accreditation process and why each change was necessary. Besides, it explored the main capacities chosen by the hospitals and how they were developed, contributing to the orientation to managers in the hospital sector.

Key-words: Dynamic Capabilities, Organizational Change, Hospital Accreditation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Número de Certificações de Acreditação Hospitalar por região brasileira.....	13
Figura 2: Fontes de capacidades dinâmicas – aprendizagem deliberada.....	31
Figura 3: Fontes de capacidades dinâmicas – relacionamento.....	32
Figura 4: Fontes de capacidades dinâmicas – Aquisições.....	33
Figura 5: Ciclo de Vida das capacidades de Helfat e Peteraf (2003).....	35
Figura 6: Evolução dos sistemas de operacionalização (em números) no mundo.....	37
Figura 7: Organograma HSL antes da acreditação.....	53
Figura 8: Organograma HSL pós acreditação.....	53
Figura 9: Ciclo de Vida das capacidades do HSL.....	67
Figura 10: Organograma HES antes da acreditação.....	71
Figura 11: Organograma do HES pós acreditação.....	72
Figura 12: Ciclo de Vida das capacidades no HES.....	84

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição (em números) de hospitais pelo Brasil.....	16
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização do Equilíbrio Pontuado.....	24
Quadro 2 – Classificação de Recursos	26
Quadro 3 – Definições de Capacidades Dinâmicas.....	27
Quadro 4 – Sistemas internacionais de acreditação e o modelo brasileiro	37
Quadro 5 – Amostra de exigências para cada nível de Acreditação hospitalar	38
Quadro 6 – Relação de Entrevistados.....	43
Quadro 7– Definições constitutivas e Operacionais.....	44
Quadro 8 – Relação das questões com os objetivos específicos	46
Quadro 9 – Critérios de Confiabilidade e Validade da Pesquisa	48
Quadro 10 – Mudanças evidenciadas no HSL.....	58
Quadro 11 – Uso das fontes de capacidades pelo HSL.....	66
Quadro 12 – Mudanças evidenciadas no HES.....	75
Quadro 13 – Uso das fontes de capacidades pelo HES.....	82
Quadro 14 – Capacidades Dinâmicas evidenciadas.....	91

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
1.1 Contextualização do tema e apresentação do problema de pesquisa	12
1.2 Objetivos	16
1.2.1. Objetivo Geral	16
1.2.2. Objetivos Específicos	16
1.3 Justificativa	16
1.4 Estrutura da dissertação	19
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	20
2.1 Mudança Organizacional	20
2.2 Capacidades Dinâmicas	25
2.2.1 Fontes e desenvolvimento de capacidades dinâmicas	30
2.3 Acreditação Hospitalar	36
2.4 Reflexões da Fundamentação Teórica	39
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	42
3.1 Estratégia de Pesquisa	42
3.2 Critérios para seleção dos casos e sujeitos de pesquisa	43
3.4. Procedimento para coleta de dados	45
3.5 Análise dos dados	47
3.6 Confiabilidade e Validade da Pesquisa	48
4. ANÁLISE INDIVIDUAL DOS CASOS (<i>WITHIN CASE</i>)	50
4.1 Hospital São Lucas	50
4.1.1. Mudança Organizacional	51
4.1.2 Capacidades Dinâmicas	59
4.2 Hospital Esperança	68
4.2.1 Mudança Organizacional	69
4.2.2. Capacidades Dinâmicas	76
5. ANÁLISE CRUZADA DOS CASOS (<i>CROSS CASE</i>)	86
5.1 Mudança Organizacional	86
5.2 Capacidades Dinâmicas	91
5.2.1 Reflexões finais	98
6. CONCLUSÕES	100
6.1 Limitações	104

6.2 Sugestões de estudos futuros.....	104
REFERÊNCIAS	106
APÊNDICE A – Roteiro de entrevista	114
APÊNDICE B - Carta de apresentação da pesquisa.....	120
ANEXO A – Relação da quantidade (em números) de hospitais acreditados pelos.....	121
estados brasileiros (Julho de 2013).....	121
ANEXO B – Declaração de valores do HSL	122
ANEXO C – Declaração de valores do HES	124

1. INTRODUÇÃO

Nesta seção, será apresentada a contextualização do tema tratado nesta dissertação, com vistas a situar o leitor em relação às capacidades dinâmicas, mudança organizacional e acreditação hospitalar, culminando na apresentação do problema de pesquisa. Posteriormente, serão apresentados o objetivo geral e os objetivos específicos do trabalho. Em seguida, será exposta a justificativa.

1.1 Contextualização do tema e apresentação do problema de pesquisa

O macro setor de saúde é considerado, mundialmente, um dinamizador da economia pela sua capacidade de produção de bens e serviços, novos conhecimentos e absorção de tecnologia (MINAYO, 2010). Entre médicos, enfermeiros, farmacêuticos e demais trabalhadores, o Brasil emprega cerca de dois milhões de pessoas no setor, de um total mundial de oito milhões e 700 mil pessoas, e investiu 7,2% do PIB em saúde em 2007, subindo para 8,8% em 2009, o equivalente a 5,9% de todos os gastos do país (OMS, 2010).

Porém, apesar dos altos investimentos e mobilização, fatores como custos elevados, qualidade insatisfatória e acesso limitado à saúde tem gerado comoção, inquietação e frustração em todos os envolvidos, sejam pacientes ou trabalhadores, fazendo com que o setor venha sofrendo pressão para se transformar em um provedor de serviços de qualidade reconhecida e confiável (PORTER, 2007). Dentro deste macro setor, a esfera hospitalar tem sido a mais afetada e pressionada a mudanças e reformas gerenciais em uma escala internacional (NYLAND; PETTERSEN, 2006).

Como um dos meios para reagir a tal situação, foi criada a acreditação hospitalar, uma avaliação periódica voluntária dos recursos institucionais, baseada na educação continuada, com vistas a garantir a qualidade da assistência em padrões pré-estabelecidos (MANZO; BRITO; CORREIA, 2012). Existem várias organizações que disseminam os requisitos de acreditação pelo mundo, de forma bastante similar e uniforme. A certificação de acreditação trabalhada nesta dissertação foi a da Organização Nacional de Acreditação (ONA).

A acreditação hospitalar pela ONA pode ser obtida em três níveis, sendo o primeiro pré-requisito para o nível seguinte e assim por diante, com exigências complementares: estrutura, processo e resultado. A estrutura se refere à habilitação do corpo de trabalho,

atendimento aos requisitos de segurança para o cliente e trabalhadores e recursos básicos capazes de garantir assistência orientada para execução de tarefas; o processo exige a existência de normas, rotinas e procedimentos documentados e aplicados, evidências da introdução e utilização de uma lógica de melhoria dos processos e da atuação focada no cliente; e, por fim, o resultado demanda melhorias em todas as áreas, um sistema de informação estruturado e medição da satisfação de clientes internos e externos (ONA, 2013). A Figura 1 ilustra a distribuição nacional de unidades hospitalares acreditadas pela ONA.

Figura 1: Número de Certificações de Acreditação Hospitalar por região brasileira



Fonte: Elaboração Própria (2013)

O estado de São Paulo detém o maior número de certificações (78). Há, no total, 183 hospitais acreditados no país, sendo 54 deles no nível estrutura, 55 no nível processo e 74 no nível resultado (o número de certificações por estado encontra-se no ANEXO A).

A ascensão entre os níveis de acreditação demanda a adoção de capacidades e recursos distintos para o surgimento de um serviço padronizado, mensurado e que obedeça às regras internacionais de qualidade, além de demandarem recriação e modificação a fim de obter o próximo nível da acreditação. Isto exige, por conseguinte, que seja empreendido um conjunto de mudanças na organização para que a mesma se adeque às exigências específicas para cada nível pretendido.

A mudança pode ser compreendida sob a perspectiva do modelo de equilíbrio pontuado, isto é, um período de reorientação estratégica em meio a momentos de

convergência, que causa transformações na estratégia, distribuição de poder, habilidades, competências distintas, processo de produção e estrutura (TUSHMAN; ROMANELLI, 1985), sendo esta definição a adotada nesta dissertação como teoria de base. A mudança pode ser realizada através de adaptações planejadas, analisadas, propositais, efetivas e proativas para melhoria e integração de aspectos comportamentais e analíticos da organização (QUINN, 1976).

Devido a estas adaptações, a mudança implica na alteração da maneira pela qual as coisas são feitas atualmente, na destruição de conhecimento que não mais vale ser investido e na criação e consequente recriação e extensão do que será utilizado; tais prerrogativas podem ser alcançadas por meio de capacidades dinâmicas (HODGKINSON; HEALEY, 2010). O conceito de capacidades dinâmicas (teoria de base seguida nesta dissertação) é o de Helfat *et al* (2007, p. 1): “Capacidade da organização propositalmente criar, expandir e modificar sua base de recursos”, incluindo a capacidade de identificar a necessidade ou oportunidade de mudança, formular uma resposta a tal e implementá-la. O conceito de Helfat *et al* (2007) considera capacidades dinâmicas como processos e rotinas organizacionais e estratégicas suportados por um conjunto de habilidades, comportamentos e atitudes. Este tema vem sendo estudado por diversos autores e sua relevância cresceu ao longo dos anos e será o tema central desta dissertação (PETERAF; STEFANO; VERONA, 2013; TEECE, 2009; ADNER; HELFAT, 2003; PETERAF; HELFAT, 2003; WINTER, 2003; ZOLLO; WINTER, 2002; EISENHARDT; MARTIN, 2000; MAKADOK, 2001; TEECE; PISANO; SHUEN, 1997).

As capacidades dinâmicas são apontadas como um dos motivos pelos quais organizações de um mesmo setor apresentam desempenhos diferentes devido ao fato de cada organização desenvolver suas capacidades baseando-se em seus próprios recursos, trajetória, ambiente, estrutura, pessoal, sendo utilizadas para mudar o conjunto de recursos e competências, guiando a evolução e geração de configurações alternativas de recursos e rotinas operacionais (ZOTT, 2002).

Para que as capacidades dinâmicas se desenvolvam ao longo do tempo, é preciso explorar diversas fontes. Neste trabalho, foram compreendidas as fontes adotadas por Helfat *et al* (2007): aprendizagem deliberada, aquisições, e relacionamento.

Neste contexto, entende-se que as capacidades podem ser criadas para mudar os recursos e competências de hospitais através de fontes distintas, objetivando a obtenção da acreditação hospitalar. Afinal, o processo em prol da certificação implica na reconfiguração de recursos e capacidades da organização para moldar-se aos requisitos pré-estabelecidos pelo órgão certificador (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2008). Depois de criadas, as capacidades

(incluindo as dinâmicas) podem se desenvolver seguindo um padrão geral identificável de evolução chamado de Ciclo de Vida das capacidades, que inclui três estágios: fundação, desenvolvimento e maturidade, este último podendo se subdividir em mais seis estágios (HELFAT; PETERAF, 2003).

Contudo, percebe-se certa complexidade no estudo das capacidades. Não há consenso em relação à sua definição tautológica, e há carência de consenso a respeito dos fatores que influenciam em seu desenvolvimento e a respeito de suas implicações e impactos nas organizações (GONZALÉS, SÁEZ, CASTRO, 2009). Além disso, organizações podem desenvolver a mesma capacidade dinâmica de maneiras completamente distintas ou usar a mesma capacidade para fins diferentes, dificultando sua identificação e classificação (BARRALES-MOLINA, BUSTINZA, GUTIERREZ-GUTIERRES, 2012). Ainda, em ambientes dinâmicos como o dos hospitais, há dificuldade e complexidade de observação devido à limitação em isolar sua causalidade, havendo também a facilidade com a qual algumas capacidades são simplesmente esquecidas dentro da organização devido à alta rotatividade de pessoal e rápido crescimento da empresa; e à falta de repetição, formalização e adaptação das capacidades à tecnologia, o que dificulta sua identificação (EISENHARDT; KETHLEEN, 2000).

Estudar as capacidades por meio da acreditação tem, portanto, o potencial de mitigar a complexidade, pois os requisitos da certificação exigem registro de evolução e administração de operações, reflexão sobre o que contribui ou não para o desenvolvimento da organização, além da formalização e disseminação de todas as atividades através de manuais, documentos oficiais e programas de gestão do conhecimento (VARGAS, 2007).

O contexto das capacidades dinâmicas surge no momento em que os hospitais precisam se transformar para obter acreditação, o que foi favorável à pesquisa. No Brasil, o sistema de acreditação ainda é facultativo, porém, a partir de 2014, será lei através do Sistema de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar (QUALISS), instituído pela Resolução Normativa nº 267, de 24 de agosto de 2011, nas ações do “Programa de Divulgação da QUALISS”, sistema em linha com a acreditação hospitalar, que tornará obrigatório que os prestadores de serviços hospitalares divulguem seus indicadores, assim como ocorre nos demais países, sob pena de multa e descredenciamento para o prestador que não seguir o sistema (ANS, 2011).

Neste contexto, fez-se necessário responder à questão que delinea esta pesquisa: **como ocorre o desenvolvimento de capacidades dinâmicas no processo de acreditação hospitalar?**

1.2 Objetivos

Após a contextualização do tema e apresentação de sua consequente questão de pesquisa, serão apresentados, nesta seção, os objetivos gerais e específicos explorados nesta pesquisa.

1.2.1. Objetivo Geral

Analisar o desenvolvimento de capacidades dinâmicas no processo de acreditação hospitalar.

1.2.2. Objetivos Específicos

- Descrever as mudanças no processo de acreditação à luz do modelo de equilíbrio pontuado;
- Identificar a principal capacidade dinâmica em cada nível de acreditação;
- Caracterizar as fontes de capacidade dinâmica adotadas;
- Investigar os estágios do Ciclo de Vida das capacidades dinâmicas no processo de acreditação.

1.3 Justificativa

O setor hospitalar no Brasil é composto de 6.744 unidades, distribuídos entre as regiões do país, como apresentado na tabela 1.

Tabela 1: Distribuição (em números) de hospitais pelo Brasil

REGIÃO	QUANTIDADE
Região Norte	536
Região Centro-oeste	790
Região Sul	1 118
Região Nordeste	1 887
Região Sudeste	2 413
TOTAL	6 744

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES (2013)

Deste total, 30% são hospitais públicos municipais, estaduais e federais e os 70% restantes são hospitais particulares e filantrópicos, refletindo a variedade de investimentos financeiros do setor e gerando dúvidas sobre o alcance de responsabilidade de cada um deles sobre a saúde do país, além de aumentar a burocracia dos procedimentos, compondo um cenário brasileiro que difere dos outros países (DATASUS, 2013).

Apesar de os investimentos em hospitais serem maiores do que aqueles empregados na prevenção de doenças, os hospitais nacionais apresentam dois extremos: excelência para a minoria e baixo padrão de qualidade para a maioria, cenário similar a dos demais países do mundo (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009). A má qualidade no setor hospitalar no Brasil tem forte impacto na sociedade por meio de serviços ineficientes, com altos custos e geograficamente, economicamente ou socialmente inacessíveis, gerando filas de espera longas e insatisfação (MANZO; RIBEIRO; BRITO, 2012).

O investimento em acreditação é visto como uma das alternativas para a melhoria da saúde, visto que demanda uma série de adaptações da organização para aumento do padrão de qualidade (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009). O processo de acreditação pode compreendido como ser um resultado de mudanças que geram e transformam capacidades, pois a adaptação de operações por meio de atividades relativamente estáveis e dedicadas à melhoria de processos é um exemplo de capacidades dinâmicas (ZOLLO; WINTER, 2002). Muito esforço tem sido feito para entender as capacidades dinâmicas, entretanto continua-se com conhecimento limitado (WILDEN *et al*, 2013).

Esta pesquisa tem o intuito de contribuir para o aprendizado sobre capacidades dinâmicas e capacidades aplicadas ao setor hospitalar, pois ainda há lacunas a serem preenchidas. É o que se depreende de uma pesquisa sobre estes temas nos periódicos incluídos na base CAPES (em março de 2013), que compreende um conjunto de 220 bases de dados da área de Ciências Sociais Aplicadas, dentre eles Scopus, Web of Science, SAGE, Cambridge Journals Online, JSTOR, OXFORD Journals, SciELO.org, Fundação Getúlio Vargas e Fundação Fiocruz.

O termo “Capacidades Dinâmicas” foi pesquisado em português, inglês e espanhol (“capacidades dinâmicas”, “*dynamics capabilities*” e “*capacidades dinámicas*”, respectivamente) e foram encontradas 4.289 referências, sendo 301 trabalhos da década de 90, crescendo para 1.006 de 2000 a 2006 e mais do que dobrando de 2006 aos dias atuais, com 2.982 trabalhos, denotando a crescente importância do tema no meio acadêmico. Todavia, ao buscar os termos “capacidades dinâmicas”, “mudança estratégica” e “acreditação hospitalar”

em conjunto nas três línguas pesquisadas anteriormente (“cambio estrategico”, “strategic change”, “acreditacion hospitalaria”, “hospital accreditation”), não foram encontrados trabalhos que unissem os três temas. Além disso, foi evidenciada a ausência de trabalhos que unissem os termos “Capacidades Dinâmicas” e “Acreditação Hospitalar”, “Capacidades Dinâmicas” e “Setor Hospitalar” (“hospital sector/industry”, “sector hospitalario”), “Capacidades Dinâmicas” e “Hospital” (“hospital”, “hospital”), ou “Capacidades Dinâmicas” e “Setor de Saúde” (“healthcare/health sector/industry”, “sector de la salud”).

Para a busca da acreditação, os hospitais precisam cumprir certas exigências por meio de conhecimento e rede de relacionamento (parcerias, alianças estratégicas, aquisições) com diversos parceiros (MANZO *et al*, 2012), temas que ampliam os debates e possibilidades de análises empíricas em torno de pontos que não foram tratados nos estudos pioneiros sobre capacidades dinâmicas (CARDOSO; KATO; MARTINS, 2013). Além disso, os resultados deste trabalho podem colaborar para a ampliação da produção empírica de estudos sobre capacidades dinâmicas, ainda vista como incipiente (AREND; BROMILEY, 2009; NEWBERT, 2007; HELFAT *et al*, 2007).

Neste mesmo contexto, os estudos do Ciclo de Vida das capacidades também carecem de evidências empíricas que analisem se as capacidades realmente se comportam de acordo com o ciclo de nascimento, maturação e destino final (HELFAT; PETERAF, 2003). Esta pesquisa também tem o potencial somar-se a estas evidências, visto que analisou se, porque e como as capacidades se transformaram ao longo dos níveis de acreditação.

O estudo das capacidades dinâmicas dentro do contexto da acreditação hospitalar pode contribuir ainda com uma observação mais acurada do fenômeno, pois a certificação exige repetição e formalização, características que, quando ausentes, prejudicam o estudo das capacidades (EISENHARDT; KETHLEEN, 2000). A repetição e formalização advinda da acreditação pode ainda mitigar as adversidades em se estudar capacidades dinâmicas devido à ambiguidade de causalidade das capacidades e ainda complexidade na identificação de maneiras distintas de usar ou obter a mesma capacidade devido à baixa repetição e padronização (BARRALES-MOLINA, BUSTINZA, GUTIERREZ-GUTIERRES, 2012).

Ainda, a pesquisa pode colaborar com a compreensão do processo de acreditação em si, pois, atualmente, as pesquisas empíricas analisam questões isoladas – como relação com indicadores financeiros, *performance* e melhoria do serviço hospitalar – a partir da acreditação já obtida, e não como a acreditação foi obtida (POMEY *et al*, 2004).

Por fim, o estudo sobre quais capacidades são criadas e desenvolvidas durante o processo de acreditação, empreendido por esta dissertação, pode auxiliar lideranças e força de

trabalho de hospitais a compreenderem mais claramente o processo e entenderem as transformações pelas quais o hospital poderá se submeter, podendo conduzir à busca pela certificação de forma mais esclarecida e sistemática, evitando erros já previstos e acelerando o processo de certificação, assim podendo oferecer um serviço de maior qualidade à sociedade.

1.4 Estrutura da dissertação

A estrutura desta dissertação é composta por seis capítulos. No primeiro capítulo encontra-se a contextualização do tema, a apresentação do problema de pesquisa, o objetivo geral, os objetivos específicos e a justificativa da pesquisa.

O segundo capítulo abrange a revisão da literatura das temáticas: Mudança Organizacional, Capacidades Dinâmicas e Acreditação. No terceiro capítulo, delineia-se a estratégia de pesquisa, os critérios para seleção de casos e sujeitos de pesquisa, os procedimentos para coleta e análise de dados bem como a confiabilidade e validade da pesquisa.

No quarto capítulo, apresenta-se a análise individual de cada hospital, à luz do que foi discutido no referencial teórico. Em seguida, o quinto capítulo aborda a análise cruzada e está dividido por tópicos. Os primeiros tópicos mostram a análise cruzada dos níveis de acreditação e o último apresenta a análise cruzada do ciclo de vida das capacidades.

O sexto e último capítulo compreende as conclusões da dissertação, e, por conseguinte as limitações e recomendações para estudos futuros. Por último, são exibidas as referências utilizadas para a execução da pesquisa, assim como os apêndices e anexos utilizados.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Esta seção abordará os temas Mudança Organizacional, Capacidades Dinâmicas e Acreditação Hospitalar. A primeira seção abordará a mudança do ponto de vista de suas principais correntes, causas e comportamento. A segunda seção explorará as fontes e o Ciclo de Vida das capacidades dinâmicas. A última seção compreenderá a criação, disseminação e requisitos da acreditação hospitalar.

2.1 Mudança Organizacional

Resultados de uma pesquisa empreendida em hospitais do sistema nacional de saúde da Inglaterra constataram que, após estes receberem pressões do governo para melhoria de seu desempenho, confrontaram os indicadores referentes à suas operações com os indicadores exigidos pelo sistema e evidenciaram que estavam muito aquém do desejado: seria necessário implementar mudanças na forma como realizavam seus serviços (RITSON; O'NEILL, 2006). Este confronto faz parte da nova visão aplicada aos hospitais, a de que devem ser vistos como empresas e, como tal, devem se desfazer totalmente de improviso e amadorismo, buscando no profissionalismo respostas satisfatórias às demandas internas e externas (GONÇALVES, 2002).

As principais mudanças que atingem o setor hospitalar são redução de pessoal, fusões, substituição de membros da direção executiva, mudança de especialidade foco e reestruturação corporativa (LEE; ALEXANDER, 2008). A obtenção da certificação, Acreditação Hospitalar, é vista como uma das formas de reestruturação corporativa em prol do profissionalismo exigido atualmente, implicando em uma série de outras mudanças, como: definição de indicadores, introdução de mudanças na prática médica, discussão de novos tópicos, realocação de funções e a relação do hospital com o ambiente (GREENFIELD; BRAITHWAIT, 2008; POMEY *et al*, 2004).

Evidências de um estudo conduzido na Austrália (DUCKETT, 1983) chamaram atenção para as diferenças entre hospitais que obtiveram acreditação daqueles que não se esforçaram para este fim e constataram mudanças relevantes naqueles que foram certificados. A causa para tal foi apontada como a possibilidade de reflexão das práticas organizacionais

que a acreditação proporciona. Afinal, o processo de acreditação implica em mudanças em seis grandes áreas: administração e gestão, organização do corpo médico, revisão de sistemas, organização da enfermagem, facilidades e segurança, definição e planejamento do papel do hospital (JUUL *et al*, 2005).

Assim, na busca pela mudança, as organizações, em geral, podem adaptar produtos, serviços, estruturas, políticas de recursos humanos, normas, valores, sistemas de informação e tecnologias, mas este esforço será apenas bem implementado se houver a escolha da condução coerente da mudança, adequada à realidade e condizente com as principais demandas da organização (PEREIRA, 1994).

Abordar o tema "Mudança Organizacional" não é uma tarefa simples. Apesar de o tema ser estudado há mais de 30 anos, ainda não atingiu seu estado de maturidade devido à profundidade, complexidade e grande variedade de enfoques (SCHWARZ, 2012; WOOD, 1992). De forma simples, o termo pode ser definido como "qualquer alteração, planejada ou não, ocorrida na organização, decorrente de fatores internos e/ ou externos à organização que traz algum impacto nos resultados e/ ou nas relações entre as pessoas no trabalho" (BRUNO-FARIA, 2003, p. 128).

Entretanto, a mudança não ocorre do nada, sem um alicerce contextual. Portanto, para ser identificada e avaliada, a mudança pode ser analisada a partir de três perspectivas propostas por Pettigrew (1987): seu conteúdo (o que será mudado), seu processo (como isso mudará) e seu contexto (por que a mudança é necessária). Na perspectiva do contexto, o foco da mudança está no ambiente interno e externo que se relacionam com os fatores políticos, culturais, sociais e econômicos da organização; na perspectiva de conteúdo, considera-se o que será mudado, qual seria a estratégia, estrutura, e sistemas que influenciavam no desempenho; no processo, a mudança é vista como um procedimento com decisão, implementação e controle, através de ações e interações (PETTIGREW, 1987).

As três perspectivas já destacadas não são mutuamente excludentes, mas se relacionam entre si: o contexto origina o motivo da mudança (razões competitivas, culturais, políticas, etc.), o conteúdo analisa o que está sendo mudado (tecnologia, mão de obra, produtos, etc.) e o processo compreende como a mudança é feita (ações e alterações) (PETTIGREW, 1987). Percebe-se, portanto, que mudança difere da visão de um breve instante em que a organização evolui de um ponto para o outro, de maneira brusca e bem definida, para uma função combinada de efeitos do desempenho organizacional e características gerenciais (BOEKER, 1997).

As principais correntes teóricas sobre mudança estão alinhadas com esta visão mais processual, porém com características que ora se excluem ora se complementam; são elas: Ciclo de Vida, Teleológica, Dialética e Evolucionária (VAN DE VEN; POOLE, 1995).

A corrente do Ciclo de Vida assume a mudança semelhante ao Ciclo de Vida biológico, com início, desenvolvimento e fim pré-estabelecidos, onde se inicia imaturamente, desenvolve-se diferenciadamente e tem um fim, seguindo esta única ordem acumulativa (FLAVEL, 1982).

A corrente Teleológica considera que a mudança só ocorre pela existência de um objetivo final a ser alcançado por um grupo e, uma vez alcançado, tem seu significado reconfigurado a fim de que se tenha outro objetivo a alcançar (GIBSON, 1988).

A corrente Dialética considera que a força da organização é conflitante com outra força, que pode ser interna ou externa, e que quando uma está suficientemente mobilizada para desafiar a outra, ocorre conflito que gera a mudança, enquanto que a estabilidade de forças implica na manutenção do *status quo* (VAN DE VEN; POOLE, 1995).

Por fim, a corrente Evolucionária considera a mudança como similar à teoria da evolução das espécies, onde há três fases distintas: a) variação: alteração aleatória com causa aparente ou não; b) seleção: escolha da melhor alteração para se adaptar ao ambiente; e c) retenção: manutenção da seleção, buscando conter variações; assim, mudança consiste na progressão recorrente entre as três fases dentro da organização (NELSON; WINTER, 1982).

Neste trabalho, será adotada a corrente evolucionária pelas seguintes razões: a corrente do Ciclo de Vida e a Teleológica são demasiadamente simplistas ao considerarem apenas um elemento envolvido na mudança, a própria organização, sem embates externos nem mudanças significativas de percurso; além disso, a corrente Dialética também é simplista por sua característica maniqueísta, enquanto que nem sempre são forças oponentes que fazem com que a organização entre em processo de mudança.

A maneira como ocorre a mudança dentro da corrente evolucionária, porém, ainda não é um consenso, tendo gerado três principais teorias evolucionárias: ecológica, adaptativa e transformacional. A ecológica tem como perspectiva que a provocação da evolução é a mortalidade das empresas pela seleção natural do ambiente (FREEMAN, 2004); a adaptativa percebe a evolução como a capacidade das organizações de se adaptarem às ameaças e oportunidades do ambiente (QUINN, 1981); a transformacional vê a evolução como metamórfica, com vários estágios de mudança (QUINN; CAMARON, 1983).

Em um esforço de relacionar as três teorias evolucionárias, de modo a incluir também fatores chave como recursos internos e externos, inércia e mudança, Tushman e Romanelli

(1985) propuseram o modelo de equilíbrio pontuado, composto por três termos principais: a) Convergência: processo que deriva da dinâmica emergente e de tentativas racionais de lidar com as múltiplas restrições das organizações, como sistemas políticos e econômicos por um longo período, convergindo na consistência de atividades internas sob orientação estratégica, objetivando impedir uma mudança descontinuada; b) Reorientação: mudança descontinuada onde estratégia, poder, estrutura e sistemas são transformados em prol do novo alinhamento a ser tomado depois da mudança; c) direção executiva: nível da organização responsável por iniciar e moldar a mudança. O equilíbrio pontuado é, pois, o progresso organizacional através de períodos convergentes pontuados por reorientações que influenciam o próximo período de Convergência.

Essencialmente, as causas que levam a esta travessia de um período a outro derivam de duas forças (TUSHMAN; ROMMANELI, 1985): (a) falta de consistência nas atividades por falta de alinhamento com a orientação estratégica, causando baixo desempenho; (b) grandes mudanças nas condições sociais, legais, competitivas e tecnológicas que tornam obsoleta a orientação estratégica anterior.

Estas duas forças levam ao período de Reorientação, que implica em mudanças fundamentais nos fatores a) estratégia: podem ser identificadas como mudanças em produtos, mercados e/ou tecnologia, que estão inter-relacionadas uma vez que a demanda de mercado impulsiona a criação de novos produtos que serão transformados por meio da tecnologia empregada, como optar por um novo nicho de mercado ou novas metodologias para executar suas atividades diárias; b) distribuições de poder: pode ser identificada pela autonomia ou controle de poder de determinados setores e cargos; c) estrutura: a estrutura organizacional pode passar por mudanças profundas, como deixar de ser uma estrutura por projeto para ser uma estrutura matricial em nome da Reorientação; d) sistemas de controle: identificado através da reforma em padrões de comunicação, sistema de recompensas, avaliação de desempenho, revisão de normas; e) valores: durante o processo de Reorientação podem ocorrer mudanças profundas nos valores organizacionais de modo a darem suporte às novas ações necessárias derivadas da Reorientação (TUSHMAN; ROMANELLI, 1985).

Os períodos de Convergência e Reorientação podem ser identificados através de suas características e ações organizacionais típicas, formando a base para o próximo período. Estas características estão descritas no quadro 1.

Quadro 1: Caracterização do Equilíbrio Pontuado

MOMENTO DE CONVERGÊNCIA
Momento de ajustes: decisões sobre agrupamentos e links de recursos, planejamentos e sistemas de controle, recompensas e procedimentos de avaliação e sistemas administrativos de RH, valores essenciais, crenças, normas, padrões de comunicação e solução de conflitos e tempo de decisões, aumento de linha de produtos, refinamento em processo de produção, extensão de algo. O papel da direção executiva nesta etapa é enfatizar missão e valores, delegar decisões incrementais ao nível médio.
MOMENTO DE REORIENTAÇÃO
Missão reformulada, realocação de poder e status, reorganização da estrutura, sistemas e procedimentos, revisão dos padrões de interação com novas redes de comunicação, normas revisadas, redefinição da informação de tomada de decisão e resolução de conflitos, fluxo de trabalho e procedimentos, novos executivos (realocados, promovidos ou contratados), mudança de segmento. O papel da direção executiva passa a ser desenvolver os planos de implementação da Reorientação (estratégia, estrutura, sistemas organizacionais), prever a próxima Reorientação antes que o concorrente o faça.
RETORNO À CONVERGÊNCIA
Criação de unidades especializadas, mecanismos de ligação, aumento na atenção à qualidade e custo, desenvolvimento de pessoal, fomento do comprometimento à excelência, reforço da confiança à norma, esclarecer papéis. O papel da direção executiva será buscar melhores meios de explorar a mudança através da criação de políticas de aperfeiçoamento.
CAPACIDADES GERADAS
Previsão da mudança, contratação satisfatória de executivos de mudança, administração do equilíbrio e mudança incremental, criação e disseminação dos valores essenciais, uso da história da organização para imprimir orgulho, apoio à habilidades técnicas, sociais e conceituais.

Fonte: Adaptado de Tushman e Romanelli (1985)

O período “retorno à Convergência” não deve ser interpretado como um terceiro momento no equilíbrio pontuado, mas apenas como um momento do processo de Convergência, apresentado posteriormente ao momento de Reorientação unicamente para fins didáticos. Dada a compreensão de como se comporta a mudança dentro das organizações por meio do equilíbrio pontuado, este trabalho testará a seguinte proposição:

Proposição 1: Durante o processo de acreditação, as mudanças realizadas pelos hospitais seguem o comportamento previsto pelo modelo de equilíbrio pontuado.

A transição entre os períodos demanda a criação de capacidades distintas pela necessidade de forjar nova consistência, estrutura e processos (TUSHMAN; NEWMAN; ROMANELLI, 1986). A mudança é habilitada, portanto, através das capacidades geradas (WU *et al*, 2012). A próxima seção abordará o que são, como são geradas e como se comportam estas capacidades.

2.2 Capacidades Dinâmicas

Capacidades dinâmicas estão relacionadas à mudança, pois são formadas para modificar ou manter o desempenho através de suas criações e reconfigurações, envolvendo melhoria, combinação, proteção e transformação a fim de reconhecer e explorar oportunidades e ameaças (TEECE; PISANO; SHUEN, 1997; ADNER; HELFAT, 2003; ANDREEVA; CHAIKA, 2006; CAMARGO; MEIRELLES, 2012). Sob a perspectiva das capacidades, a mudança é entendida como um processo caro, difícil e, mais importante, incremental, pois capacidades não podem ser compradas, mas sim construídas porque envolvem escolhas e comprometimento com trajetórias de longo prazo e desenvolvimento de competências (TEECE; PISANO; SHUEN, 1997; WANG; AHMED, 2007).

As capacidades dinâmicas são uma evolução da Visão Baseada em Recursos (VBR), abordagem que busca explicar o desempenho organizacional a partir dos recursos internos, sendo estes capazes de diferenciar a organização das demais, ou seja, ao invés de considerar somente fatores externos para explicar seu desempenho, a organização considera principalmente os recursos e capacidades e como podem alcançar vantagens competitivas sustentáveis a partir deles (WERNERFELT, 1984; GRANT, 1991; BARNEY, 1991; PETERAF, 1993; PENROSE, 2006; BARNEY; HERSTERLY, 2007).

Para servir de vantagem competitiva, os recursos internos devem seguir duas características: a) heterogeneidade: os recursos das organizações podem variar significativamente, fazendo com que cada uma possua um feixe de recursos distintos, implicando em superioridade de recursos em organizações enquanto há inferioridade de recursos em outras b) imobilidade: esta distinção pode ser estável, visto que alguns recursos podem ser difíceis ou impossíveis de serem mobilizados entre uma organização e outra, conferindo vantagem competitiva (BARNEY, 1991). Os recursos podem ser classificados de diferentes formas, como pode ser percebido no quadro 2.

QUADRO 2: Classificação de recursos

Autor	Tipo de recurso	Exemplos de recursos
Barney (1991); Grant (1991) Barney e Hesterly (2007)	Físicos	Equipamentos, tecnologia, acesso à matéria prima, localização.
Barney (1991); Grant (1991) Barney e Hesterly (2007)	Humanos	Treinamento, competência, empreendedorismo, conhecimento tácito, relacionamento, capital social, incentivos.
Barney (1991); Grant (1991) Barney e Hesterly (2007)	Organizacionais	Cultura Organizacional, Gestão e uso de TI, Qualidade, Propaganda, sistemas e estruturas, relacionamento com o meio, Planejamento.
Grant (1991)	Tecnológicos	Sistemas de controle e coordenação, patentes, inovações, investimento em tecnologia.
Grant (1991)	Financeiros	Capital, orçamento, controle de ganhos e custos, tipos de crédito.
Grant (1991) e Kay (1996)	Reputacionais	Marca, relação com os clientes, imagem e reputação.

Fonte: Adaptado de Laimer e Laimer (2009)

Há duas abordagens principais para a VBR, a estruturalista e a processual (BARBOSA; BATAGLIA, 2010). A abordagem estruturalista tem como característica a preocupação com a manutenção dos recursos heterogêneos e imóveis, não sofrendo alterações ou adaptações, caracterizando uma estabilidade; a abordagem processual se interessa não só por estes recursos, mas por compreender como são formados e transformados.

Da vertente processual é que surgiram as capacidades dinâmicas, pois enquanto os recursos são inertes, não sofrendo modificações e adaptações e não tendo valor estratégico em períodos de mudança, as capacidades dinâmicas implicam movimento, reconfiguração, realizados de maneira rápida e intermitente em ambientes de alta competição (TURKELI; ERÇEK, 2009).

Capacidades dinâmicas diferenciam-se de capacidades organizacionais e de capacidades em si. Para esclarecer as diferenças, é importante, primeiramente, analisar o termo “capacidades dinâmicas” a partir do proposto em inglês “*dynamic capabilities*”, sendo “*Capability*/Capacidade” como algo que pode ser feito, *know-how*, por meio de que processo, características e faculdades (“Quão fácil é acessar e utilizar as competências que temos?”) (BANDEIRA-DE-MELLO; CUNHA, 2001). “*Capability*” diferencia-se ainda de “*capacity*”,

termo comumente utilizado nas definições do construto. “*Capacity*” é a retenção das “*capabilities*”, quanto delas se tem para ser empregada, qual a potencialidade (“Temos *capability* suficiente? De quanto precisamos?”) (VICENT, 2008). Faz-se necessário, ainda, diferenciar ambos os termos de um terceiro, o conceito de competência, por vezes confundido por sua similaridade prática. Competência é conhecimento, habilidades e atitudes à nível individual (“O que sabemos?”) (VICENT, 2008).

A Capacidade passa a ser organizacional quando há intenção em tornar a organização capaz de produzir um resultado específico e definido por meio de processos e rotinas (DOSI; NELSON; WINTER, 2000). Tais capacidades se tornam dinâmicas quando passam por processos de renovação por meio da transformação na forma de mobilizar recursos distintos, gerando um novo valor à organização e criando um ciclo dinâmico entre a estratégia e o desenvolvimento das competências organizacionais (HELFAT, 2007; BATAGLIA, 2007).

O estudo de capacidades dinâmicas chamou a atenção para a possibilidade de o desempenho da organização estar ligado ao desenvolvimento de habilidades tecnológicas, funcionais e organizacionais difíceis de imitar, oriundas da múltipla combinação de recursos (CARDOSO; KATO; MARTINS, 2013). Neste contexto, vários estudos surgiram buscando compreender as capacidades e sugerir definições que ainda não alcançaram um total consenso, mas divergem e se complementam em alguns pontos. O quadro 3 apresenta definições de quatro dos trabalhos mais citados sobre o tema.

Quadro 3: Definições de Capacidades Dinâmicas

Autores	Definição	Exemplos de Capacidades
Teece, Pisano e Shuen (2007)	Habilidade da empresa de integrar, construir e reconfigurar competências externas e internas e assim responder ao ambiente competitivo rapidamente.	Processo de gerir Pesquisa e Desenvolvimento interno e selecionar novas tecnologias, processo de identificar segmentos-alvo de mercado, rotina de envolver fornecedores e inovação complementar.
Eisenhardt e Martin (2000)	Capacidades dinâmicas são as rotinas organizacionais e estratégicas pelas quais as empresas alcançam nova configuração, são processos identificáveis e específicos como desenvolvimento de produto, fazer estratégico e alianças.	Rotina de desenvolvimento de produtos, tomada de decisão estratégica, realocação de recursos, transformação de recursos, rotinas de redes de relacionamento e aquisições, rotinas de criação de conhecimento,
Zollo e Winter (2002)	É um padrão aprendido e estável de atividade coletiva pela qual a organização gera e modifica sistematicamente suas rotinas operacionais.	Processo de gestão de aquisições, habilidade de planejar e executar integrações pós-aquisição, negociação, imitação.
Helfat (2007)	Capacidade de organização propositalmente criar, expandir e modificar sua base de recursos.	Rotina de aprendizado frequente, gestão de relacionamento e aquisições, reconhecimento de oportunidades, análise de ambiente.

Fonte: Elaboração Própria (2013)

A primeira definição advém do trabalho seminal de Teece, Pisano e Shuen (1997), que apresentam capacidades como “dinâmicas”, referindo-se à habilidade de renovar competências para co-evoluir com a mudança do ambiente, sendo fonte de vantagem competitiva sustentável. Os autores estabelecem a diferença entre as capacidades e os paradigmas de forças competitivas de Porter (1998), conflito estratégico de Shapiro (1989) e visão baseada em recursos de Penrose (2006), por não basear desempenho majoritariamente em posição no mercado, como os dois primeiros, e por ser uma extensão do terceiro, ao buscar explicar a natureza dos mecanismos que sustentam a vantagem competitiva.

Para que as capacidades existam numa organização é destacada a necessidade de desenvolvimento de três fatores: processos, posições e trajetória: **processos** são as rotinas e padrões de prática e aprendizado; **posições** são as aquisições de tecnologia, propriedade intelectual, bens, clientes e relacionamento com fornecedores; **trajetória** são as alternativas estratégicas disponíveis para a empresa resultantes de suas decisões no passado (TEECE; PISANO; SHUEN, 1997). Capacidades são, portanto, o resultado da orquestração destes três fatores ao gerarem competências compatíveis com a necessidade do usuário, únicas, idiossincráticas e difíceis de replicar, totalmente heterogêneas entre organizações.

Já na definição de Eisenhardt e Martin (2000) é percebida uma suavização do foco na resposta ao ambiente. As capacidades não são vistas como fortemente idiossincráticas, pois apresentam características em comum entre as empresas sugerindo haver uma busca pela melhor prática. Elas são mais homogêneas do que tratadas anteriormente, implicando, portanto, em uma fonte de vantagem competitiva menos exclusiva, e que tem características que variam de acordo com o mercado: em mercados com mudanças moderadas, as capacidades são entendidas como processos detalhados, analíticos, estáveis, com resultados previsíveis enquanto que em ambientes mais dinâmicos as capacidades são menos complexas, experimentais, frágeis e de resultados imprevisíveis. Sob esta perspectiva, é improvável que as mesmas ofereçam vantagem competitiva sustentável, porque são insustentáveis pela sua própria natureza de mudança constante (PETERAF; DI STEFANO; VERONA, 2013). Eisenhardt e Martin (2000) chamam atenção também para o fato de não ser simples identificar as capacidades pelo fato de nem todas estarem formalizadas, repetidas e inseridas na tecnologia dentro da organização.

A definição de Zollo e Winter (2002), por outro lado, foca nas capacidades meramente organizacionais, sem considerar o mercado, porém ainda corroborando o aspecto padronizado e rotineiro das capacidades. Entretanto, os autores valorizam especialmente o

aprendizado, ao considerarem que as capacidades dinâmicas são moldadas a partir da acumulação de experiência, articulação do conhecimento e processos de codificação do conhecimento e de rotinas operacionais.

A definição de Helfat *et al* (2007) busca enfatizar que capacidades dinâmicas são criadas propositalmente para modificar a base de recursos da organização, alterando seu curso, e não meramente respondendo às atividades cotidianas, ou seja, diferindo de Zollo e Winter (2002). O termo “propositalmente” é empregado para diferenciar as rotinas que compõem as capacidades das rotinas que apenas reproduzem padrões de tarefas, de maneira automática, pois, para que rotinas sejam utilizadas para formar capacidades dinâmicas, elas devem ser criadas intencionalmente (HEFALT, PETERAF, 2009). Além disso, Helfat *et al* (2007) estabelece que só seja considerada capacidade aquela ação que for minimamente padronizada, ou seja, inserida na rotina e em padrões organizacionais. Isto se assemelha com o que foi discutido por Eisenhardt e Martin (2000) em sua preocupação com a identificação das capacidades.

Em relação à atuação, Helfat *et al* (2007) amplia a visão de Teece, Pisano e Shuen (1997), pois não compreende as capacidades dinâmicas como apenas aquelas que se desenvolvem em um ambiente dinâmico de alta velocidade, mas em ambiente que, por quaisquer que sejam os motivos, impliquem em reconfiguração. Como já abordado na seção introdutória, a definição adotada nesta dissertação será a de Helfat *et al* (2007), por ser considerada uma visão realista e mais agregadora e considerando capacidades dinâmicas como processos e rotinas organizacionais e estratégicos suportados por um conjunto de habilidades, comportamentos e atitudes.

Apesar de grande aceitação pela academia, a abordagem de capacidades dinâmicas também tem gerado críticas. São apontados quatro grandes problemas limitantes do potencial das capacidades dinâmicas: a) falta de uniformização dos conceitos existentes, além de grande generalização, b) falta de base teórica coerente, c) suporte empírico fraco e d) implicações práticas ininteligíveis (AREND, BROMILEY, 2009).

Em resposta, Helfat e Peteraf (2009) alegaram que as deficiências apontadas são o resultado do estágio inicial do desenvolvimento da teoria, considerando que capacidades dinâmicas estão em sua “infância”: a) é natural que todo tema em construção apresente conceitos brutos que vão se refinando, sendo o de Helfat *et al* (2007), em particular, um conceito agregador das definições anteriores que, apesar de diferentes, estão fortemente relacionadas e são propositalmente amplas para abarcar os diferentes tipos de capacidades dinâmicas; b) não há uma base teórica robusta pela complexidade de toda estrutura de base,

não sendo diferente neste tópico, que é considerado ainda estar na “infância” e, no momento, apenas uma abordagem; c) em relação ao suporte empírico fraco, evidências apontam que o suporte é, na verdade, mais amplo do que o que a crítica apontou, e d) que implicações práticas aparecem com o tempo, a exemplo da Teoria Econômica de custos de transação, que levou 35 anos para apresentar exemplos práticos.

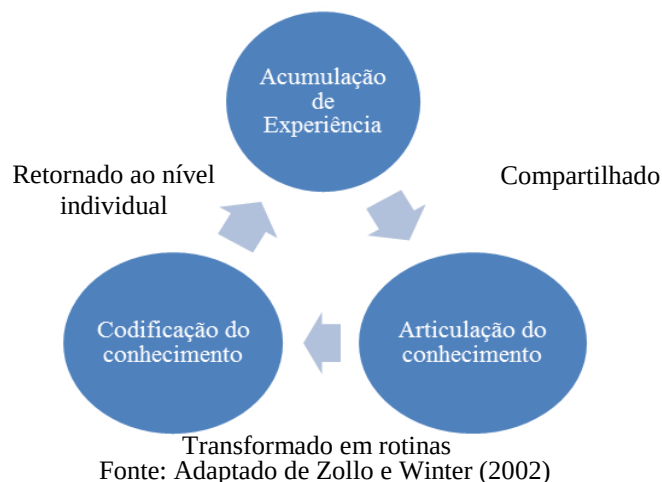
Uma vez definidas e exploradas as características e críticas das capacidades dinâmicas, é importante abordar como surgem e se desenvolvem.

2.2.1 Fontes e desenvolvimento de capacidades dinâmicas

As capacidades surgem a partir de um grupo organizado, sob uma liderança, que tem por objetivo cumprir uma tarefa e, para isso, deve criar capacidades (WINTER, 2003; HELFAT; PETERAF, 2003). As fontes para esta criação ainda não apresentam um consenso, portanto foram escolhidas três das mais recorrentes em trabalhos científicos para serem trabalhadas nesta dissertação: aprendizagem deliberada, relacionamento, e aquisições (ROMME; ZOLLO; BERENDS, 2010; HELFAT *et al*, 2007).

Sob a perspectiva da aprendizagem deliberada, há três tipos de processos que contribuem para o desenvolvimento das capacidades dinâmicas (ZOLLO; WINTER, 2002): a) **acumulação de experiência** referente às lições aprendidas diretamente da ação das rotinas organizacionais (exemplo: conhecimento tácito residente na cabeça dos indivíduos da organização; b) **articulação de conhecimento** a partir de esforços deliberados para articular e compartilhar conhecimento experimental desenvolvido da ação das rotinas organizacionais (exemplo: acumulação da experiência sendo disseminada através de diálogo); c) **codificação do conhecimento** vindo dos esforços para desenvolver ferramentas de gestão do conhecimento (exemplos: manuais, ferramentas, procedimentos por escrito, intranet, base de dados, relatórios) (Figura 2).

Figura 2: Fontes de capacidades dinâmicas – aprendizagem deliberada



As capacidades dinâmicas nascem da inter-relação entre a atuação do conhecimento organizacional e o experiencial, o articulado e o codificado, e podem ser identificadas através dos investimentos neste âmbito, como treinamentos, procedimentos formalmente escritos, manuais e fóruns de discussão que estimulam a disseminação e transformação do conhecimento e transformação dele em rotina (ROMME; ZOLLO; BERENDS, 2010).

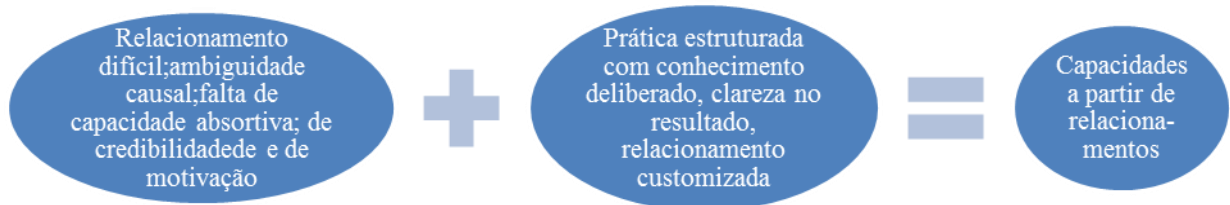
Uma pesquisa empírica conduzida em 23 hospitais testou a conexão da aprendizagem deliberada com a melhoria do desempenho e comprovou uma relação positiva de melhora substancial no desempenho e cuidado com o paciente por meio de sete atividades de aprendizagem deliberada: solicitação e ideias de *staff*, oportunidade de *feedback* de *staff* antes da implementação de alguma ação, projetos pilotos, prática, reuniões de projeto em grupo e ciclos de solução de problemas (NEMBHARD; TUCKER, 2011).

Uma vez que o conhecimento é tratado de forma deliberada, isto facilita a transposição de conhecimento para segunda fonte de capacidades tratada neste trabalho: o relacionamento (alianças, terceirização, patentes, licenças), através da transferência, recombinação e criação de um conhecimento específico gerado que não poderia (ou seria mais caro) ser obtido isoladamente (AGARWAL *et al*, 2012; DYER; SINGH, 1998). Um estudo empírico com 2.492 hospitais envolvidos em alianças evidenciou que estes são mais bem sucedidos do que aqueles que não as fazem no tocante a maior fluxo de caixa, aumento das vendas, controle de despesas e aumento de poder do mercado, além de não terem lançado mão de demissão em massa em momento de crise, enquanto que os demais hospitais sim (CLEMENT *et al*, 1997).

Porém, relacionamento são bastante complexos e de difícil manutenção devido a (SZULANSKI, 1996): a) falta de capacidade absorptiva do receptor do conhecimento; b) falta de credibilidade da fonte do conhecimento; c) falta de motivação da parte dos envolvidos; d)

relacionamento difícil entre as partes; e) ambiguidade causal, ou seja, dificuldade de saber de onde realmente vem o conhecimento a ser compartilhado (figura 3).

**Figura 3: Fontes de capacidades dinâmicas –
relacionamento**



Fonte: Adaptado de Dyer e Hatch (2006)

Estas dificuldades podem ser mitigadas por meio da criação de uma prática estruturada para relações, com um setor ou função que se responsabilize por isto com exclusividade, com clareza sobre qual resultado deve partir de cada relacionamento, com customização para cada relacionamento e que ambos os envolvidos tenham conhecimento estruturado que facilite a intercâmbio (DYER; HATCH, 2006). Um exemplo de prática estruturada das relações inclui o planejamento da aliança com análise da cadeia de valor e das necessidades da organização; seleção dos parceiros com critérios próprios; negociação da aliança com contrato; gestão da aliança (definição do trato de confiança e formas de comunicação); fim da aliança (avaliação de seu desempenho) (KALE; DYER; SINGH, 2002).

Há casos, porém, em que há alto risco de disseminação de informação estratégica sigilosa em um relacionamento entre organizações, ou, simplesmente, é impossível adquirir um recurso por esta via ou por aprendizagem deliberada, sendo necessário mais controle para explorar esta capacidade, fazendo restar como última alternativa para o alcance deste recurso: a aquisição (CAPRON, 2013).

As opiniões em relação aos resultados das aquisições são controversas devido à sua alta incidência de fracasso, porém há consenso de que nas aquisições bem sucedidas houve, previamente, um estudo do que se pretendia adquirir com a aquisição, uma boa comunicação entre as organizações (sendo alianças-prévias um tipo de comunicação eficaz neste caso) e um plano para a reconfiguração das capacidades pós-aquisição (AGARWAL *et al*, 2012).

Capacidades dinâmicas advindas de aquisições implicam em uma hierarquia de seleção, identificação e reconfiguração de habilidades para que sejam competitivas (figura 4) (HELFAT *et al*, 2007).

Figura 4: Fontes de capacidades dinâmicas – Aquisições

Fonte: Adaptado de Helfat *et al* (2007)

Apesar de incomum no setor hospitalar, as aquisições vêm crescendo com o aumento da competitividade, especialmente em hospitais inseridos em mercado estável que desejam aumentar sua participação, transformando pequenos hospitais em extensões de suas capacidades para casos de saúde agudos (MINICH-POURSHADI, 2010).

As fontes de criação de capacidades dinâmicas abordadas nesta dissertação (aprendizagem deliberada, relacionamento e aquisições) foram exploradas em trabalhos empíricos na rede hospitalar. Considerando que o processo de acreditação hospitalar promova a criação de capacidades entre os níveis de acreditação, é possível que o hospital se utilize das três fontes, simultaneamente, para gerá-las. Frente a isto, foi desenvolvida a seguinte proposição:

Proposição 2: Durante o processo de acreditação, os hospitais criam capacidades dinâmicas por meio de aprendizagem deliberada, relacionamento e/ou aquisições.

O surgimento das capacidades é um momento único, é como elas passam a existir. Depois de sua existência, elas entram em outro momento, chamado desenvolvimento. Para auxiliar na compreensão deste desenvolvimento, foi proposta uma forma de pensar na evolução das capacidades, o Ciclo de Vida das capacidades. O Ciclo de Vida das capacidades independe do fato de uma capacidade ser dinâmica ou não, pois as capacidades envolvem rotinas aprendizagem e adaptação, sem necessariamente ser dinâmica (HELFAT, PETERAF, 2003).

A ideia de Ciclo de Vida das Capacidades foi inspirada por um trabalho de Wernerfelt (1984), que sugeriu que cada produto tem pelo menos duas versões para seu

desenvolvimento, e que passa por um Ciclo de Vida. Assim, fazendo uma analogia dos produtos com as capacidades, Helfat e Peteraf (2003) perceberam que, apesar da heterogeneidade das capacidades e recursos ser algo muito importante para a visão baseada em recursos, não se tem um modelo conceitual que explique como está heterogeneidade é criada, ou seja, não são explicadas as versões de seu desenvolvimento. Sem isto, torna-se difícil compreender como as organizações criam vantagem competitiva e como aconselhar gestores. O modelo do Ciclo de Vida busca explicar as bases fundamentais desta heterogeneidade, ao propor que as capacidades, assim como os produtos, possuem padrões de desenvolvimento, com trajetórias que podem ser identificadas (HELFAT; PETERAF, 2003).

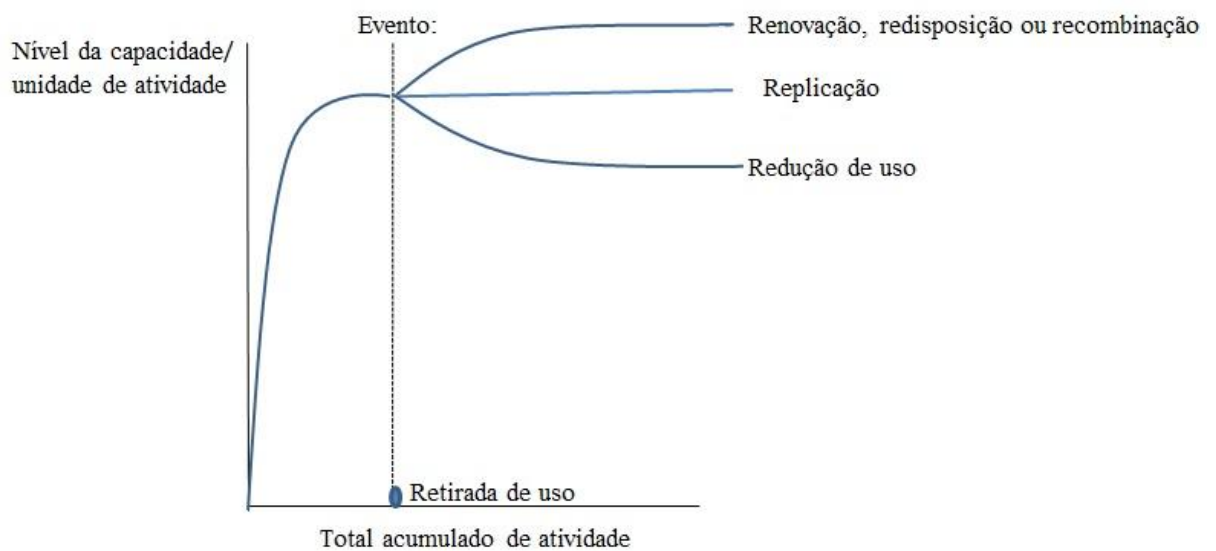
Uma vez que surgem as capacidades de diversas fontes, elas podem ser desenvolvidas por meio de um padrão geral de seu Ciclo de Vida, um conjunto de trajetórias possíveis que caracterizam sua evolução através de estágios específicos (KEIL; GRATH; TUKIAINEN, 2009). O surgimento e desenvolvimento são analisados pelo Ciclo de Vida por meio dos estágios a seguir (HELFAT; PETERAF, 2003): a) fundação, estágio no qual um grupo organizado sob uma liderança tem um objetivo a cumprir e estabelece os fundamentos das capacidades que deverão desenvolver para atingi-lo; b) desenvolvimento, onde são escolhidas as alternativas de desenvolvimento da capacidade (imitação, entradas, processos, coordenação de recursos, rotinas, aprendizado na ação/*learning-by-doing*) e onde o grupo envolvido ganha experiência ao deliberarem tentativas de melhorar o processo e resolver problemas; e c) maturidade, estágio final no qual a capacidade criada pode se ramificar em seis caminhos: retirada de atuação, redução da utilização, renovação (entrando novamente no estágio de desenvolvimento), reaplicação em outra área geográfica, redistribuição em outra área de atividade ou mercado e recombinação de uma capacidade com outra para formação de uma terceira.

A transição entre os estágios não é exata, mas sim progressiva. A criação de uma capacidade pode ocorrer tanto no estágio inicial onde nada existe como nas bases de outra capacidade. Quando considerada criada, a capacidade vai para o estágio de desenvolvimento, onde as equipes podem escolher alternativas distintas que as colocam em trajetórias diferentes para o desenvolvimento das capacidades e as levam a fins distintos. Ainda que escolham alternativas iguais, interromper o desenvolvimento de capacidades em momentos distintos também pode levar a fins diferentes. O desenvolvimento se encerra quando a empresa considera que já incrementou a capacidade o suficiente. O fim do desenvolvimento leva a capacidade ao seu último estágio, o de maturidade. Seu uso e desuso são comandados por

influências externas, que podem ser mudanças na demanda, ciência e tecnologia, ou internas, como decisões de gestão. (HELFAT; PETERAF, 2003).

As autoras buscaram ilustrar o Ciclo de Vida com um gráfico similar ao de curva de aprendizagem. Ele se inicia na criação da capacidade, e a curva vai ascendendo na altura das habilidades do grupo envolvido em sua criação. Tal nível de habilidades está representado nas ordenadas. As demais linhas verticais indicam eventos, como a transição do desenvolvimento para a maturidade. As capacidades podem também ter seu estágio de fundação no meio da curva, e não apenas no ponto inicial do gráfico, pois as capacidades podem nascer de união de outras capacidades. A curva pode ainda se formatar como um "S", dependendo do uso ou desuso da capacidade. O gráfico criado pelas autoras está ilustrado na figura 5.

Figura 5: Ciclo de Vida das capacidades de Helfat e Peteraf (2003)



Fonte: Helfat e Peteraf (2003)

A compreensão do trajeto único que cada capacidade percorre dentro de cada organização auxilia na emergência e sustentabilidade da heterogeneidade das capacidades, podendo colaborar para o conhecimento da real contribuição de cada capacidade (HELFAT; PETERAF, 2003). Dada a compreensão do Ciclo de Vida das capacidades, será testada a seguinte proposição:

Proposição 3: Durante o processo de acreditação, as capacidades dinâmicas se comportam de acordo com os estágios do Ciclo de Vida propostos por Helfat e Peteraf (2003).

Após a revisão da literatura sobre o que são e como se desenvolvem as capacidades dinâmicas, faz-se necessária, para os propósitos deste trabalho, a compreensão da certificação da Acreditação Hospitalar, tema trabalhado na seção seguinte.

2.3 Acreditação Hospitalar

Desde 1924, inicialmente por meio da Avaliação da Qualidade em Saúde pelos cirurgiões em Harvard nos Estados Unidos, tem-se tentado reunir dados e documentações necessárias para avaliação do desempenho hospitalar em todo o mundo (FARIAS *et al*, 2010). No Brasil, ações para a avaliação do desempenho têm sido pensadas desde a criação da Constituição de 1988, que instituiu a saúde como um direito social universal, responsabilizando os municípios pela própria gestão de saúde e assim criando a demanda por instrumentos gerenciais de avaliação desta gestão (BRASIL, 1990).

A partir disto, os estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Paraná iniciaram as tentativas de criação de um manual de consenso nacional acerca de requisitos a serem atendidos pelas organizações de saúde, denominado “acreditação hospitalar” (ONA, 2013). Estas tentativas culminaram na criação, em 1999, de uma organização não governamental de direito privado, a Organização Nacional de Acreditação, órgão responsável pela disseminação do modelo nacional de acreditação hospitalar, avaliação e certificação de organizações de saúde. Estas, para obter o selo de qualidade, devem cumprir requisitos básicos em relação às práticas hospitalares, controles estatísticos, auditorias internas e disseminação global e sistêmica de rotinas padronizadas e avaliadas (FELDMAN *et al*, 2004). A acreditação é uma análise feita por uma equipe de três ou mais profissionais que avaliam o hospital através de determinados critérios e o reprovam ou o certificam com uma validade de, geralmente, três anos (OMS, 2003).

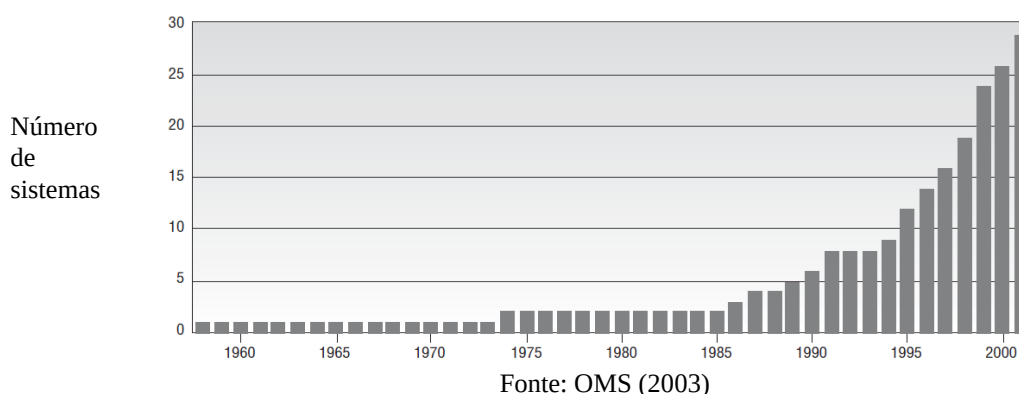
A maioria dos países do mundo possui um sistema de acreditação hospitalar próprio. Porém, os resultados de uma pesquisa realizada em 2003 evidenciaram que os gestores dos sistemas avaliados afirmaram ter se baseado nos processos de acreditação dos Estados Unidos (EUA), Austrália e Canadá (quadro 4), implicando em uma uniformização.

Quadro 4: Sistemas internacionais de acreditação e o modelo brasileiro em 2013

Método	ONA Níveis 1, 2 e 3	Accreditation Canada	Joint Commission International	Australian Council on Healthcare Standards International
Origem	Brasil (1998)	Canadá (1967)	EUA (1951)	Austrália (2005)
Foco	Estrutura; Processos e Resultados	Gestão, serviços, cuidado com o paciente e satisfação com o cliente.	Estrutura, assistência, segurança do paciente e gestão de riscos.	Foco no cliente, Liderança efetiva na provisão do cuidado, melhoria contínua, resultados
Validade	2 anos	3 anos	3 anos	3 anos
Nº no Brasil.	183	28	25	8

Fonte: Baseado em ONA (2013), Accreditation Canada (2013), JCI (2013) e ACHSI (2013)

Os sistemas responsáveis pela disseminação dos modelos de acreditação e pela seleção e treinamento de organizações certificadoras têm crescido, significativamente, em número, desde a década de 90, o que coincide com o momento que o setor hospitalar passou a sofrer pressões pela melhoria de seus serviços (Figura 6) (OMS, 2003).

Figura 6: Evolução dos sistemas de operacionalização (em números) no mundo

O sistema escolhido para o critério de seleção de casos desta dissertação é o da Organização Nacional de Acreditação (ONA). A razão para tal é que o sistema é o mais representativo no Brasil, além de ser composto de três níveis de obtenção, o que pode proporcionar a visualização de diferentes comportamentos no ciclo de capacidades dinâmicas entre níveis, pois cada um apresenta exigências distintas.

Todos os níveis analisam os serviços de liderança e administração, serviços profissionais e organização da assistência, serviços de atenção ao paciente/cliente, serviço de apoio ao diagnóstico, serviços assistenciais e de abastecimento; serviços de infra-estrutura e apoio logístico, ensino e pesquisa. Tais serviços recebem notas de 1 a 3, e é preciso que todos os níveis recebam, no mínimo, nota 2 para que a acreditação seja nível 2, e que todos os serviços alcancem nota 3 para que a acreditação seja nota 3: ou seja, uma organização pode

ter Ensino e Pesquisa 3, mas se tiver infraestrutura e apoio logístico 1, será considerada acreditada nível 1 (ONA, 2013).

Para alcançar o nível 1, os hospitais devem possuir estrutura e segurança nestes serviços; para o nível 2, devem ter estrutura, segurança e descrição e registro dos processos internos; para o nível 3, devem atender aos requisitos dos dois primeiros níveis e ainda enfoque em processos de estratégia e melhoria contínua (ONA, 2013).

Cada nível apresenta numerosos requisitos, registrados no Manual Brasileiro de Acreditação. O quadro 5 apresenta uma amostra destes requisitos, extraídos do Manual, que devem ser realizados para obtenção de cada nível.

Quadro 5: Amostra de exigências para cada nível de acreditação hospitalar

Nível	Exigências
1	Presença de responsável técnico habilitado, assim como supervisão contínua e sistematizada nas diferentes áreas; quantitativo de profissionais adequado às demandas de atendimento da instituição; escala que assegura a cobertura da assistência nas 24 horas; registros de evolução e administração de cuidados, procedimentos, controle e medicamentos em prontuários, processo de auditoria por equipe específica.
2	Disposição de manuais de procedimentos operacionais padronizados (Pops) elaborados com representação de todas as unidades; utilização de programa de educação e capacitação continuada; existência de grupos de trabalho voltados para a melhoria do atendimento; evidência de procedimentos direcionados para o seguimento de cuidados e de casos; presença dos indicadores de qualidade assistencial, a exemplo de "queda do leito", "erros de medicação" e "incidência de escaras"; elaboração e treinamentos de protocolos clínicos.
3	Integração no programa institucional da qualidade e produtividade; organização de um Plano de metas com resultados numéricas classificadas em "atingidas", "não atingidas" e "em andamento"; procura de aperfeiçoamento da qualidade assistencial; evidência de pesquisa de satisfação dos usuários, funcionários e pacientes.

Fonte: Vargas *et al* (2007)

A partir do quadro 5, pode-se perceber que há novas atividades que devem ser desempenhadas pelo hospital a cada fase, além de ações que devem ser refinadas. Por isto, entende-se que poderão ser observadas capacidades dinâmicas por meio da análise de organizações que obtiveram a certificação de acreditação hospitalar, por meio das transformações que este processo demanda, como, por exemplo, a análise das capacidades atuais do hospital em comparação com os padrões requisitados pela acreditação e sua consequente transformação do conhecimento interno para atender a estes requisitos (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2008).

Pode ser possível a observação da criação e transformação das capacidades dinâmicas para a obtenção de cada nível de acreditação, bem como observar o desenvolvimento das capacidades por meio da análise de quais capacidades foram retiradas de uso, quais tiveram

sua utilização reduzida, ou foram renovadas replicadas em outro cenário, reaplicadas em outra área de atividade ou recombinadas com outras em nome da obtenção de um dos níveis de acreditação.

2.4 Reflexões da Fundamentação Teórica

Após a compilação teórica de aspectos relevantes a esta dissertação sobre mudança organizacional, capacidades dinâmicas e acreditação hospitalar, esta seção busca unir os principais conceitos e fazer um compêndio da base teórica deste trabalho.

Inicialmente, foi abordado o ambiente competitivo no qual os hospitais se situam. Os hospitais vêm sendo pressionados a buscar profissionalização em seus serviços, implicando em mudanças organizacionais, como reestruturação corporativa, a exemplo da Acreditação Hospitalar, certificação obtida após alcance de requisitos pré-estabelecidos. As mudanças organizacionais podem ocorrer de várias formas, sendo amplamente difundido que é resultado de uma função combinada de efeitos de desempenho organizacional e gerencial, caracterizando mudança mais como processo do que como algo pontual.

Dentre as correntes processuais de mudança, a corrente evolucionária foi escolhida para esta dissertação, e o Equilíbrio Pontuado foi a forma de mudança escolhida. À luz da corrente evolucionária, a mudança ocorre a partir de uma alteração aleatória onde a organização escolherá a melhor maneira de responder a esta alteração e, em seguida, buscará manter a mudança realizada.

Sob esta mesma perspectiva, o Equilíbrio Pontuado prevê dois momentos específicos resultantes da alteração: um período de Reorientação (envolvendo realinhamento de estratégia, poder, estrutura e sistemas), seguidos por um momento de Convergência, que consiste na manutenção e refinamento deste alinhamento buscando evitar uma nova Reorientação. A transição entre esses períodos demanda a criação de capacidades que podem suporta-las.

Capacidades são rotinas e processos para a execução de determinada tarefa. As capacidades podem ser organizacionais ou dinâmicas. As capacidades passam a ser organizacionais quando se intenciona, por meio delas, fazer com que a organização produza algo específico e definido. Tais capacidades passam a ser dinâmicas quando sofrem renovações, por quaisquer que sejam os motivos. As capacidades dinâmicas, e não as organizacionais, serão o foco desta dissertação.

As capacidades dinâmicas surgem de diversas fontes e, para fins deste trabalho, serão estudadas as fontes aprendizagem deliberada, aquisições e relacionamento. As capacidades podem surgir a partir da aprendizagem deliberada (acumulação de experiência com o aprendizado de rotinas organizacionais), da articulação do conhecimento (por meio de disseminação e compartilhamento), e partir da codificação do conhecimento (por meio de ferramentas formais como manuais, ferramentas, procedimentos por escrito, intranet, base de dados e relatórios).

As capacidades podem surgir, ainda, dos relacionamentos (alianças, terceirização, patentes, licenças), por meio dos quais as organizações envolvidas buscam recombinar recursos e criar alguma capacidade que, isolados, não seriam capazes de criar. Ainda, as capacidades podem surgir por meio da aquisição de outras empresas, para detenção e melhor ou única forma de aproveitamento de seus recursos.

Todas estas fontes foram estudadas no setor hospitalar em estudos empíricos e foram revisadas suas potencialidades e concluído que há dificuldades em sua operacionalização que devem ser levadas em consideração, como mapeamento do conhecimento, formalização de alianças e preparação para aquisição.

Após seu surgimento, as capacidades podem passar por um momento de desenvolvimento, e, a fim de estudar este desenvolvimento por meio de padrões a sua evolução, Helfat e Peteraf (2003) propuseram o Ciclo de Vida das capacidades, que se inicia com a fundação das capacidades, seguido do desenvolvimento que compreende a escolha das formas pelas quais a capacidade se desenvolverá (imitação, entradas, processos, coordenação de recursos, rotinas), por fim chegando a maturidade, estágio no qual a capacidade pode ser retirada de atuação, ter sua utilização reduzida, ser renovada, replicada em outra área geográfica, redispota em outra área de atividade ou recombinada com outra capacidade para formação de uma terceira.

A análise das capacidades à luz de um Ciclo de Vida se faz necessária particularmente pelos objetivos deste trabalho, que almejam observar as capacidades entre os níveis de acreditação hospitalar. Os níveis aqui compreendidos são os três trabalhados pela certificação da Organização Nacional de Acreditação, escolhida por sua representatividade numérica no país e pela possibilidade de observar a evolução das capacidades entre os níveis de acreditação, o que não seria possível utilizando as demais certificações, pois estas não possuem níveis, mas apenas a qualidade de hospital certificado ou sem certificação.

A sugestão de um trajeto para a evolução das capacidades, neste caso, o Ciclo de Vida, pode contribuir para compreensão de que capacidades dinâmicas são necessárias para cada

nível de acreditação, quais foram descartadas, aceitas, renovadas ou outras possibilidades previstas. Esta análise pode contribuir para a compreensão das capacidades dinâmicas, para a condução de mudanças e para o próprio processo de acreditação hospitalar.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este capítulo apresenta os procedimentos metodológicos aplicados para a realização da pesquisa. Serão abordados: estratégia de pesquisa, critérios para seleção dos casos e sujeitos de pesquisa, procedimentos para coleta dos dados, análise de dados, confiabilidade e validade da pesquisa.

3.1 Estratégia de Pesquisa

A estratégia de pesquisa inicialmente selecionada foi a de estudo de caso. Esta opção metodológica já tinha sido adotada em trabalhos sobre Capacidades Dinâmicas e sobre Hospitais (CAPRON, 2013; WU *et al*, 2012; NEMBHARD; TUCKER, 2011; VAZQUEZ *et al*, 2011; VELOSO; MALIK, 2010; TUKERLI; ERÇEK, 2010; AGARWAL; SELEN, 2009; QUEIROZ; MALIK; STAL, 2007; KALE; DYER; SINGH, 2002) além de ser a estratégia sugerida por certos autores para preencher lacunas empíricas nos estudos de capacidades dinâmicas (HELFAT; PETERAF, 2009; WANG; AHMED, 2007) e acreditação hospitalar GREENFIELD; BRAITHWAIT, 2008).

Considerando que foram investigados hospitais que obtiveram acreditação, a estratégia de pesquisa finalmente adotada foi de estudo de casos múltiplos, uma variação da estratégia de estudo de caso aplicada quando se define mais de um objeto de estudo. Esta estratégia permite a investigação empírica de um fenômeno contemporâneo e contextual (a busca pela acreditação), buscando esclarecer como foi feito, implementado e quais resultados foram obtidos (YIN, 2001; ROWLEY, 2002).

Por ser múltiplo, o estudo dos casos pode proporcionar uma visão sob diversas perspectivas, o que aumenta a robustez do estudo (CHETTY, 1996). Ademais, casos múltiplos fazem parte da construção da teoria sobre capacidades dinâmicas, inclusive sendo encorajado que se estabeleça relações entre organizações através do estudo em um processo específico (no caso deste trabalho, a acreditação) e discutir as experiências com o desenvolvimento das capacidades dinâmicas entre casos (WANG; AHMED, 2007).

3.2 Critérios para seleção dos casos e sujeitos de pesquisa

Os casos investigados nesta dissertação foram escolhidos a partir de uma amostra não probabilística intencional por julgamento, ou seja, na qual o pesquisador seleciona casos de acordo com as características exigidas por ele para melhor adequação ao estudo (ZKIMUND, 2006). Assim sendo, foram selecionados, inicialmente, quatro hospitais localizados na região nordeste (geograficamente acessível) por serem os únicos a já terem alcançado o terceiro e último nível de acreditação hospitalar da Organização Nacional de Acreditação: São Rafael (Salvador - BA), Jorge Valente (Salvador - BA), Esperança (Recife - PE) e São Lucas (Aracaju - SE). Conforme exposto anteriormente, cada nível possui requisitos distintos, porém acumulativos a serem atendidos, sendo possível, portanto, que tenha havido transformação das capacidades entre níveis de acreditação e mudanças organizacionais, tornando provável que se observe o fenômeno pretendido. A informação sobre a acreditação nível três destes hospitais foi obtida através do site oficial da ONA, que disponibiliza informações sobre todas as creditações concedidas e canceladas.

Após contato inicial com os hospitais supracitados, os hospitais Esperança (HES) e São Lucas (HSL) foram os únicos que responderam positivamente, em tempo hábil, ao convite de participação desta pesquisa. Os indivíduos entrevistados foram aqueles diretamente relacionados com o processo de acreditação, da decisão à implementação e obtenção da certificação e que participaram do processo de acreditação nos três níveis. Foram eles: Diretora Operacional, Coordenadora da Qualidade, farmacêutica e enfermeira no HSL; Coordenadora da Qualidade, auditora da qualidade, assistente do setor de qualidade, gerente da distribuição e enfermeira no HES. Os funcionários entrevistados nas organizações estão listados no quadro 6.

QUADRO 6: Relação de Entrevistados

	HSL		HES
Entrevistado 1	Diretoria Comercial	Entrevistado 1	Coordenadora da Qualidade
Entrevistado 2	Coordenadora da Qualidade	Entrevistado 2	Assistente da Qualidade
Entrevistado 3	Farmacêutica	Entrevistado 3	Analista da Qualidade
Entrevistado 4	Enfermeira	Entrevistado 4	Enfermeira da Auditoria Clínica
-	-	Entrevistado 5	Gerente do Almoxarifado

Fonte: Elaboração Própria (2013)

O número de entrevistados justifica-se pelo fato de que as entrevistas foram encerradas quando as respostas para responder aos objetivos da pesquisa foram consideradas suficientes, de acordo com o sugerido por Paiva Júnior, Leão e Mello (2011).

3.3 Definições constitutivas e operacionais

Com vistas a situar o constructo exata e precisamente dentro da teoria, deixando claros e compreensíveis termos chaves que foram abordados na coleta de dados, delimitando a pesquisa e detalhando o método de modo a aumentar a confiabilidade de sua replicação, foi elaborado um quadro (QUADRO 7) com a discriminação das definições constitutivas e operacionais.

QUADRO 7: Definições Constitutivas e Operacionais

(continua)

Constructo	Definição Constitutiva	Definição Operacional
Mudança Organizacional	Qualquer alteração, planejada ou não, ocorrida na organização, decorrente de fatores internos e/ ou externos à organização que traz algum impacto nos resultados e/ ou nas relações entre as pessoas no trabalho (BRUNO-FARIA, 2003, p. 128).	A mudança foi investigada por meio do relato dos entrevistados acerca das alterações que foram feitas nos hospitais especificamente por causa da acreditação. Foram investigados os fatores internos e externos que impactaram.
Contexto, conteúdo e processo	Perspectivas de mudança: a) conteúdo (o que será mudado), b) processo (como isso mudará), c) contexto (por que a mudança é necessária). (PETTIGREW, 1987)	Após a compreensão do que mudou e os fatores que influenciaram, foram feitos questionamentos específicos sobre o que foi mudado, como e por que razão, tratando de estratégia, estrutura, sistemas de controle e sistemas que influenciam o desempenho.
Equilíbrio Pontuado	Progresso organizacional através de períodos convergentes pontuados por reorientações que influenciam o próximo período de Convergência (TUSHMAN; ROMMANELI, 1985).	Sem mencionar a que correntes distintas as características das mudanças pertenciam, foram feitas perguntas sobre como o fenômeno ocorreu, a fim de identificar qual se aproximava mais da mudança nos hospitais.
Capacidades Dinâmicas	Capacidade da organização propositalmente criar, expandir e modificar sua base de recursos (HELFAT ET AL, 2007, p. 1).	As capacidades foram identificadas por meio do questionamento acerca do conjunto de rotinas necessárias para cada nível de acreditação e pela observação direta e documentação comprobatória, tal como fluxogramas, mapeamentos de processos, cartilhas educativas. A dinamicidade das capacidades foi comprovada pelo relato e observação de evidências de que as capacidades sofreram alterações ao longo do tempo.
Fontes de Capacidades Dinâmicas	Elementos pelos quais é possível criar e desenvolver capacidades dinâmicas (GUEDES, 2011).	Considerando as fontes pré-definidas para este estudo, foi perguntado aos entrevistados se e como o hospital utiliza cada uma delas, quais são os membros

		internos ou externos ao hospital envolvidos e o porquê do uso de cada fonte.
aprendizagem deliberada	Aprendizagem que ocorre por meio dos mecanismos de acumulação de experiência, articulação e codificação do conhecimento (ZOLLO; WINTER, 2002).	Como uma das fontes de capacidades, a aprendizagem deliberada foi investigada por meio de evidências de seus três mecanismos, como atas de treinamentos, material didático e fotos.
Relacionamento	Relações estratégicas com outras organizações que pode ser dar por meio de alianças, terceirização, patentes, licenças (DYER; SINGH, 1998).	Os tipos de relacionamento utilizados pelos hospitais foram investigados por meio da descrição das partes envolvidas e razões para uso e evidências, como contratos de alianças, terceirizações e documentos de licenciamento.
Aquisições	Fonte de capacidades dinâmicas por meio da compra de outras organizações (CAPRON, 2013).	Os entrevistados foram questionados sobre a ocorrência de aquisições e razões para tal.
Ciclo de Vida das capacidades	Conjunto de trajetórias possíveis que caracterizam sua evolução através de estágios específicos: fundação, desenvolvimento e maturidade (KEIL; GRATH; TUKIAINEN, 2009).	O Ciclo de Vida foi caracterizado por questionamentos acerca da evolução das capacidades ao longo do tempo, de sua fundação, decisões de desenvolvimento e identificação do momento de maturidade. Uma vez definida a maturidade, os entrevistados foram questionados sobre a trajetória seguida pela capacidade e seus relatos foram comprovados por documentos e observação direta das novas capacidades inseridas na rotina organizacional.

Fonte: Elaboração Própria (2013)

As definições constitutivas são os conceitos dos principais termos trabalhados nesta dissertação, tal como são encontrados na literatura; enquanto que as definições operacionais relatam as atividades realizadas por pesquisadores a fim analisar apropriadamente os fenômenos, relacionando o conceito à prática encontrada (MARTINS, 2005).

3.4. Procedimento para coleta de dados

O setor hospitalar é tido como um ambiente de competição turbulenta (PORTER, 2007), o que trouxe implicações para a identificação das capacidades dinâmicas durante a coleta de dados. Em ambientes turbulentos, as capacidades são tidas como simples, experimentais, não lineares, dependentes do contexto e fáceis de esquecer devido ao crescimento rápido derivado da alta competição, dificultando amplamente sua identificação (EISENHARDT; MARTIN, 2000, p. 1113). Para que as capacidades pudessem ser identificadas de forma satisfatória para esta pesquisa, foram tomadas algumas ações previamente.

Primeiro, a escolha por analisar capacidades em hospitais que possuem acreditação hospitalar, certificação que demanda, necessariamente, a existência de rotinas e processos documentados, dotados de evidências a fim de que sejam passíveis de comprovação para obter a certificação. Segundo, a escolha por instrumentos de coleta de que conduzissem às evidências comprobatórias destes processos por meio de documentos, observação da rotina organizacional (que podem incluir as capacidades) e entrevista de mais de um indivíduo para que se confirme a disseminação das capacidades.

Neste sentido, o principal procedimento de coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, a qual é amplamente utilizada em pesquisas qualitativas e assim considerada por ser composta de questões previamente elaboradas pelo pesquisador, mas ainda sendo permitido fazer perguntas relacionadas que não foram previamente pensadas nem originalmente incluídas, buscando esclarecer as respostas e melhorar as descobertas (HAIR *et al*, 2005). De maneira complementar, foram utilizados, ainda, a observação direta e documentos.

Todas as entrevistas foram realizadas entre os meses de Agosto e Outubro de 2013, gravadas com permissão dos entrevistados e posteriormente transcritas. O roteiro de entrevista para coleta de dados encontra-se no Apêndice B.

No quadro 8, encontra-se a relação das questões utilizadas no roteiro de entrevista com os objetivos específicos a serem alcançados por este trabalho e a literatura associada.

QUADRO 8: Relação das questões com os objetivos específicos

Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Questões do Roteiro	Dimensões abordadas	Autores relacionados
Analisar o desenvolvimento de capacidades dinâmicas para o processo de acreditação hospitalar.	Descrever as mudanças no processo de acreditação à luz do modelo de equilíbrio pontuado	1-8	Contexto, conteúdo e processo, mudanças organizacionais e da acreditação, Equilíbrio Pontuado.	FLAVEL, 1982; NELSON; WINTER, 1982; TUSHMAN; ROMMANELI, 1985; PETTIGREW, 1987; GIBSON, 1988; VAN DE VEN. POOLE, 1995; GONÇALVES, 2002; BRUNO-FARIA, 2003; AB, GLUUD, WETTERSLEV, 2005; GREENFIELD; BRAITHWAIT, 2008
	Identificar a principal capacidade dinâmica em cada nível de acreditação	9-10	Rotinas, Profissionais envolvidos.	ZOLLO; WINTER, 2002; WINTER, 2003; HELFAT 2007; PETERAF, 2003
	Caracterizar as fontes de capacidade dinâmica adotadas	11-14	aprendizagem deliberada, relacionamento,	DYER; SINGH, 1998; KALE; DYER; SINGH, 2002; ZOLLO; WINTER, 2002; WINTER,

			aquisições	2003; HELFAT 2007; PETERAF, 2003; CAPRON, 2013.
	Investigar os estágios do Ciclo de Vida das capacidades dinâmicas no processo de acreditação	15-20	Fundação, Desenvolvimento e maturidade	HELFAT; PETERAF, 2003

Fonte: Elaboração Própria (2013)

A observação direta do ambiente organizacional se deu a partir de visitas aos setores de cada hospital pesquisado, sob condução dos entrevistados. Foram observados os locais de recepção dos pacientes, as unidades de terapia intensiva (UTIs), os leitos, locais de disposição do lixo hospitalar, farmácias, as interações entre funcionários. Nestes locais foi possível observar documentos, interação entre funcionários, placas, avisos e documentos de circulação indicativos de evidências. Todas as observações foram registradas em um diário de campo.

A coleta de documentos ocorreu concomitante às entrevistas, onde estes eram solicitados ou mostrados voluntariamente como forma de registro das atividades realizadas. Foram verificados manuais, registro de treinamentos, mapeamento de processos, atas de reuniões, organogramas, *software* de indicadores, fotos, filmagens, registros de programas de gestão do conhecimento e documentos como protocolos (padrões de saúde emitidos pelas Sociedades de Saúde que devem ser seguidos por lei por serem práticas validadas cientificamente), contratos de alianças, contratos de compra de licenciamento e registro de comunicação com clientes.

3.5 Análise dos dados

A análise dos dados aconteceu por meio de cinco etapas. Na primeira, foi feita a leitura e releitura dos dados coletados, comparando-os com as perguntas feitas, para verificação da suficiência da resposta para análise e para busca de uma visão ampla dos dados. Na segunda etapa, as transcrições foram enviadas aos entrevistados para que avaliassem o que foi transcrito, além de ter sido estabelecido contato posterior à visita a fim de esclarecer informações e solicitar evidências.

Na terceira etapa, os dados foram agrupados em categorias temáticas definidas a partir da literatura utilizada na fundamentação deste trabalho, são elas: Mudança Organizacional, Equilíbrio Pontuado, Fontes de Capacidades Dinâmicas, Ciclo de Vida das capacidades. O intuito da criação de categorias foi a organização do conteúdo a ser analisado, de forma a facilitar a análise por meio da literatura de cada categoria, e também para buscar aumentar a

acuracidade da equivalência de temas para a comparação que será feita entre casos (BOGDAN; BIKLEN, 1994).

Na quarta etapa, foi feita uma análise individual dos casos (*within case*) por meio do confronto do dado coletado com o apregoado pela literatura, e, em seguida foi realizada uma análise cruzada dos dados (*cross case*), comparando os casos entre si e buscando identificar semelhanças e diferenças (MERRIAM, 1998). Na quinta etapa, estas análises foram interpretadas e confrontadas com as proposições definidas por este estudo, a fim de discutir suas similaridades e diferenças com os resultados coletados.

3.6 Confiabilidade e Validade da Pesquisa

Descritos os processos de coleta e análise dos dados, é preciso esclarecer os esforços para a confiabilidade e validade da pesquisa. A validade é caracterizada como a busca pela certeza de que os dados coletados pela pesquisa conseguirão analisar o que se propuseram a analisar, e a confiabilidade é a busca pela certeza de que se o instrumento for administrado por outro pesquisador, este chegará aos mesmos resultados (GUNTHER, 2006).

A fim de alcançá-las, os procedimentos metodológicos desta dissertação foram avaliados segundo critérios compilados por Paiva Júnior, Leão e Mello (2011) da forma descrita no quadro 9.

QUADRO 9: Critérios de Confiabilidade e Validade da Pesquisa

Finalidade	Critério	Descrição do critério
Validade e Confiabilidade	Triangulação	Utilização de múltiplas fontes, pesquisadores, métodos e teorias como referência de forma complementar, buscando um esclarecimento convergente.
	Construção do <i>corpus</i> de pesquisa	Saturação de respostas satisfatórias aos objetivos do estudo.
	Descrição clara, rica e detalhada	Descrição do contexto social e cenário de pesquisa
	<i>Feedback</i> dos informantes	Confronto dos dados coletados com a opinião dos informantes dos dados.
Validade	Surpresa	Novas descobertas que inspiram novas formas de pensamento sobre o tema.
Confiabilidade	Reflexividade	Transformação no pesquisador devido às reflexões geradas pelo processo.
	Clareza nos procedimentos e transferência	Boa documentação, transparência e clareza dos procedimentos.

Fonte: Paiva Júnior, Leão e Mello (2011)

A Triangulação de fontes foi obtida por meio de entrevistas semiestruturadas, observação *in loco* e análise de documentos com funcionários dos hospitais e das organizações relacionadas e adquiridas. A construção do *corpus* de pesquisa foi obtida pela entrevista de tantos indivíduos quanto necessários até a obtenção de respostas suficientes à análise dos dados e alcance dos objetivos da pesquisa. A descrição clara, rica e detalhada se deu por registros das impressões das análises de documentos e observações *in loco* e suas impressões em um diário de campo, de modo a descrever detalhadamente o contexto e o cenário. O *feedback* dos informantes veio a partir do registro dos dados coletados e seu envio para que os entrevistados dessem seu consentimento por escrito de que refletia a realidade.

A surpresa veio por meio do confronto das proposições desta dissertação com os dados coletados, de forma a contribuir para novas descobertas acerca do comportamento das capacidades em prol da acreditação hospitalar, como ênfases distintas em modalidades de aprendizagem deliberada e relacionamento, trajetórias diferentes do ciclo de vida, limitações no estudo e outras questões a serem detalhadas no próximo capítulo.

Já as reflexões ocorreram nos momentos de análise dos dados, por meio do aprofundamento da compreensão dos temas trabalhados quando analisados sob a perspectiva dos dados coletados. Por fim, a clareza nos procedimentos aconteceu pela descrição detalhada das ações empreendidas na seção de procedimentos metodológicos e na divulgação do instrumento de coleta de dados e carta de apresentação da pesquisa nos Apêndices A e B, respectivamente.

A próxima seção abordará as análises individuais e análise cruzada dos dados coletados.

4. ANÁLISE INDIVIDUAL DOS CASOS (*WITHIN CASE*)

Neste capítulo, serão apresentadas as análises dos dados sob as características e contextos individuais de cada hospital. A análise de cada caso foi organizada com duas subseções. Primeiramente, foram apresentados os hospitais e suas características relevantes para este estudo. Em seguida, será apresentada a análise da Mudança Organizacional de cada hospital, que buscou caracterizar a corrente da Mudança utilizada pela empresa, bem como as principais mudanças ocorridas em prol da acreditação e a caracterização do modelo de Equilíbrio Pontuado. Em seguida, será apresentada a análise das capacidades dinâmicas, de sua criação ao Ciclo de Vida. Estas subseções de análise são as categorias de código criadas conforme descrito na metodologia.

4.1 Hospital São Lucas

O Hospital São Lucas (HSL) está localizado na cidade de Aracaju, estado de Sergipe, e foi criado em 1969 por dois médicos em sociedade. É um hospital geral de alta complexidade que oferece serviços de emergência em clínica médica, pediátrica, ortopedista e cardiológica além de centro cirúrgico de ginecologia, pediatria, ortopedia, neurologia, cardiologia. Oferece também o processo de quimioterapia, cirurgia para oncologia e unidades de internação para estes casos.

Dentre seus clientes estão os cidadãos da cidade de Aracaju e de várias cidades do interior do estado. O hospital buscou, formalmente, a acreditação em 2005, e em 2006 conseguiu o nível 1, em 2008 o nível 2 e em 2011 o nível 3. Em 2012, buscaram e conseguiram a acreditação canadense (ver seção 2.3 – Quadro 4: Sistemas internacionais de acreditação e o modelo brasileiro).

Neste Hospital, foram entrevistadas uma farmacêutica, uma enfermeira, a Diretora Operacional e a Coordenadora da Qualidade, sendo as duas últimas funcionárias diretamente relacionadas com o processo de acreditação desde a decisão da implantação até sua obtenção nos três níveis.

4.1.1. Mudança Organizacional

A Acreditação Hospitalar, considerada nesta dissertação como um impulsionador de mudanças (DUCKETT, 1983), foi buscada pelo HSL a partir da motivação de seus próprios sócios-proprietários, após uma viagem ao exterior na década de 90, na qual receberam um material referente à acreditação e vislumbraram ali a oportunidade de profissionalizar o hospital. Entretanto, nesta década, o Brasil ainda não possuía organizações acreditadoras, fazendo com que o hospital passasse a lançar mão de ferramentas da qualidade por conta própria, em parceria com o setor de qualidade da Petrobrás e com a Fundação Dom Cabral (escola mineira de negócios e capacitação de executivos, empresários e gestores públicos).

A parceria com a Petrobrás foi informal, e se deu por meio de reuniões dos grupos de qualidade onde os membros do hospital poderiam buscar um referencial nas práticas de qualidade já desenvolvidas pela empresa. Esta parceria durou aproximadamente dez anos e se desfez quando o hospital considerou obter informações mais específicas de seu negócio com organizações acreditadoras. A parceria com a Fundação Dom Cabral se deu por meio de treinamentos no uso de ferramentas de controle administrativo-financeiro do hospital e existe até os dias de hoje, tendo contribuído para a acreditação devido à formulação de indicadores.

Assim que surgiram as organizações acreditadoras no Brasil, em 2000, o hospital buscou se submeter a avaliações. Segundo as entrevistadas, não houve pressão externa para que o hospital buscasse a acreditação. Este movimento partiu da cultura organizacional de melhoria contínua, de formalização, ou seja, uma demanda interna por profissionalismo que impactava nas relações das pessoas. Isto está de acordo com Gonçalves (2000), Bruno-Faria (2003) e Tushman e Rommaneli (1985), apesar de os autores preverem também o impacto da pressão externa.

Entretanto, o fato de não ter havido influências políticas, culturais, sociais e econômicas para que as mudanças da acreditação ocorressem coloca este ponto em discordância com o apregoado por Pettigrew (1987), que menciona que as mudanças ocorrem sob influência destes fatores.

A acreditação, em consonância com Pettigrew (1987), trouxe mudanças na estratégia, estrutura, nos sistemas de controle, distribuição de poder, sistemas que influenciam o desempenho e nos valores.

As mudanças na estratégia não ocorreram de maneira significativa no nível 1, mas sim a partir da busca pelo nível 2, onde houve uma demanda por revisão em toda a estratégia da empresa, bem como os sistemas de desempenho, pois a acreditação precisa ser apoiada por um sistema de desempenho ágil e preciso, de modo que se possa identificar não conformidades rapidamente.

Já a busca pelo nível 3 trouxe mais mudanças na estratégia, onde optou-se por novas metodologias e tecnologias para realizar as atividades. Foi instituída a calibração e controle de qualidade dos equipamentos (controlado por um engenheiro clínico), a verificação legal de procedimentos, as comissões obrigatórias (proteção radiológica, obras), o registro de evidências (planilhas, relatórios) e modificação e atualização do planejamento estratégico que já existia. Tais mudanças mostraram aderência o previsto por Ab Gluud e Wettersley (2005) e Tushman e Rommaneli (1985).

Diferente das mudanças em estratégia, as mudanças na estrutura aconteceram desde a busca pelo nível 1 de acreditação. Para as mudanças de estrutura física, houve a aquisição de um prédio próximo ao hospital para que funcionasse a parte administrativa, a ampliação de UTIs e leitos (em números), a aquisição de andar para enfermaria em outro prédio vizinho ao hospital, compra e customização de equipamentos. Exemplo de customização de equipamentos é a criação das caixas específicas para cada procedimento médico, que seguem lacradas até o local do procedimento, e dentro das quais estão todas as medicações a serem utilizadas, na dosagem certa e na ordem a serem utilizadas, e com documentação para registro do uso.

Em relação às mudanças na estrutura organizacional, houve centralizações. Como exemplos, podem ser citados o papel do engenheiro clínico na manutenção dos equipamentos, a Central de Material Estéril que cuida de tudo em relação a esterilidade de itens, o Núcleo de Educação Permanente (NEP). Além disso, houve alterações no organograma: a Superintendência (união das diretorias) ficou diretamente ligada à área de qualidade, a Diretoria Comercial ficou com compras e almoxarifado, englobando a cadeia de valor da chegada dos insumos, por exemplo. Tais mudanças podem ser evidenciadas nas figuras 7 e 8.

Figura 7: Organograma HSL durante a acreditação

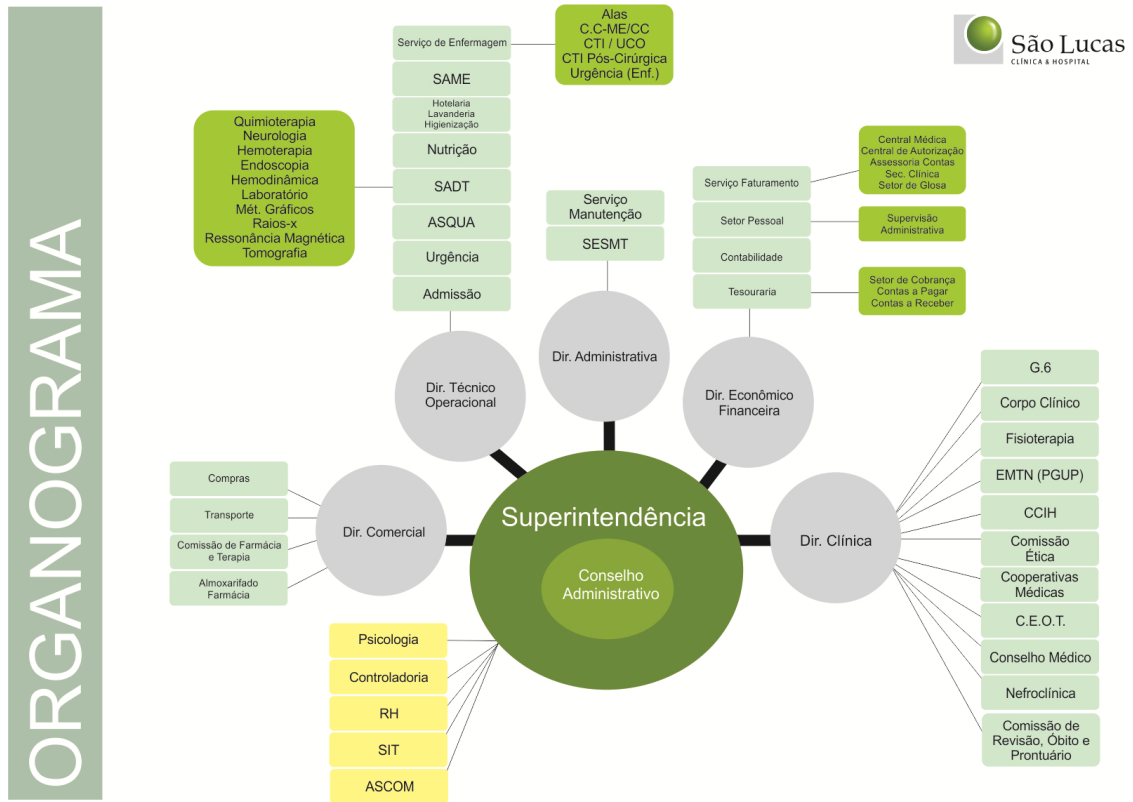
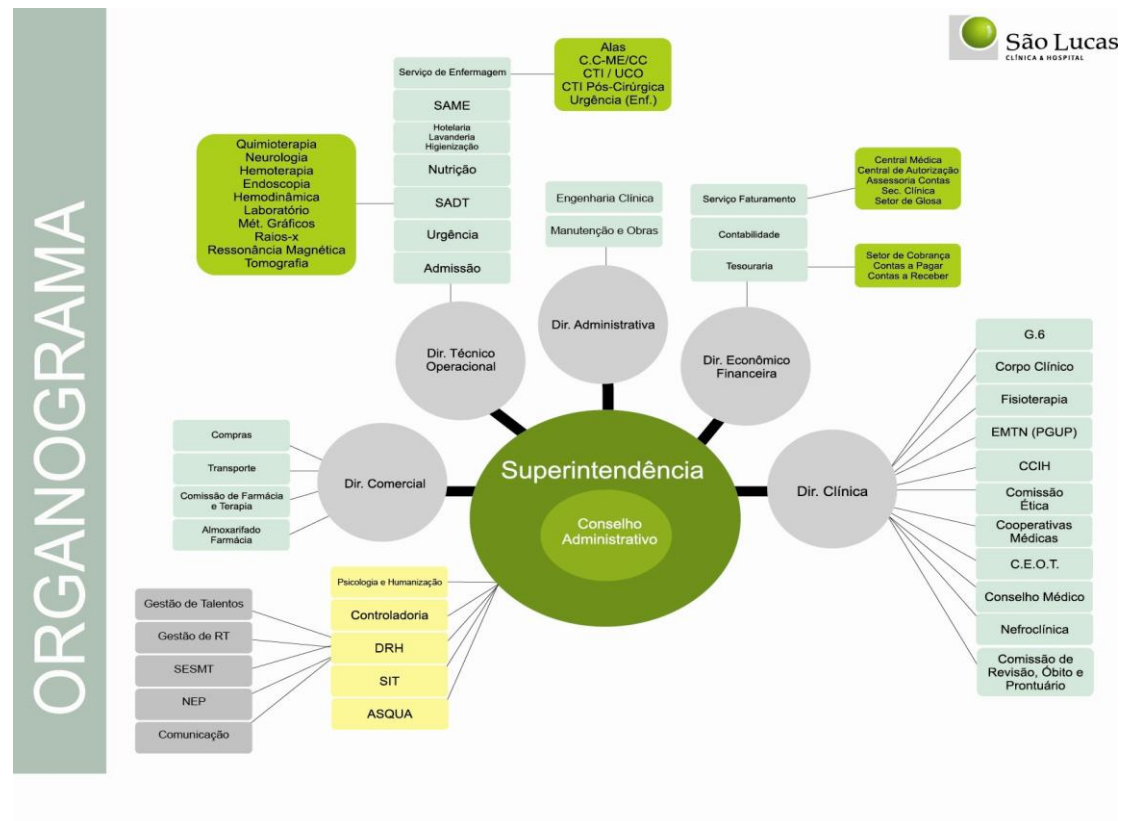


Figura 8: Organograma HSL após acreditação



Em relação à distribuição de poder, foi relatado pela entrevistada 1 que:

A acreditação gera discussão e confronto dos papéis de cada cargo, a busca de interação que delimite formalmente cada papel por meio da descrição de cada processo, quais pessoas compartilham daquele processo e que saídas se espera deles (...). Não existe “não dei conta no meu setor” porque o funcionário não deve pensar no seu setor, mas sim no atendimento de processos em prol do paciente.

A acreditação fez com que a distribuição de poder fosse revista de modo que ela pudesse ser redistribuída de maneira uniforme no sentido de todos serem igualmente responsáveis pelos processos. Por exemplo, toda vez que é emitida uma não conformidade, os funcionários fazem uma análise de causa-raiz, envolvendo todos os usuários de um processo para que sejam definidas ações corretivas para todos. Houve necessidade de dar *empowerment* às pessoas para que elas pudessem ser capazes de, sozinhas, tomarem uma decisão segura para o paciente. Por exemplo, quando a diretoria operacional solicita a compra de um equipamento, é preciso que esta seja capaz de sugerir, considerando o impacto econômico financeiro, o tempo que o equipamento pode se pagar e como ele pode agregar. A seguir, a comissão de padronização dará um laudo técnico de se isso é possível ou não. Ou seja, é preciso que a diretoria tenha o poder de dar esta sugestão, mas para que ela tenha esse poder, lhe é cobrado que a sugestão tenha uma avaliação sistêmica. Ainda, foram instituídas novas lideranças dentro de cada setor e foram criadas comissões multidisciplinares para acompanhar atividades em andamento, como a segurança, mudanças estas alinhadas com Tushman e Rommaneli (1985).

Tushman e Rommaneli (1985), Greenfield e Braithwait (2008) e Pomey *et al* (2004) sugeriram a ocorrência de alterações no organograma decorrente de uma mudança organizacional. No caso dos hospitais, a razão para tais mudanças e centralizações é que “Foco” é exigência da acreditação, demandando estruturas mais enxutas e especializadas, e, dentre elas, o *empowerment* mencionado anteriormente.

Quanto às mudanças nos sistemas que influenciam o desempenho, o HSL fez uma revisão de seus indicadores, a fim de adaptá-los aos requisitos da acreditação. Para gerenciar estes indicadores de maneira satisfatória, o hospital contratou a criação de um *software* específico para o hospital, onde ficam todos os indicadores, classificados por tipo e com sua situação qualificada por cores: azul demonstra que o indicador foi alcançado com folga em relação ao limite máximo permitido, enquanto o verde indica que foi alcançado próximo ao

limite máximo, o laranja indica acima do limite máximo e vermelho indica que não foi alcançado.

Dentro dos sistemas de controle, ocorreram mudanças também consoantes a Tushman e Romanelli (1985). Houve reforma dos padrões de comunicação e revisão de normas, por meio dos Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) desde o nível 1, pois passaram a ser escritos, formalizados e seguindo um programa de disseminação, como pôde ser evidenciado por meio da análise dos documentos de POPs, os protocolos em fluxograma e atas das reuniões, verificando a prática destes sistemas de controle.

Os protocolos passaram a ser disseminados em forma de fluxograma e surgiram as reuniões setoriais de análise de causa-raiz e as Reuniões de Acompanhamento Gerencial Mensal (AGMs).

Verificou-se que a análise de desempenho (um dos sistemas de controle) sofreu uma alteração completa: antes de obter qualquer acreditação, o hospital fazia uma análise com fins punitivos, e, depois da acreditação, passou a se fazer análise de desempenho por meio das não conformidades e, a partir delas, da análise de sua causa-raiz para, então, serem feitas as alterações necessárias no processo para que o desempenho das pessoas pudesse melhorar. Não havendo, ainda, melhoria, a pessoa não seria punida, mas sim faria um estudo da descrição do processo e daria aulas sobre isto para outros cinco funcionários, evidenciando tais atividades por meio de documentos. Estas ações foram percebidas pelos funcionários como maiores responsáveis pelo o aumento do indicador de desempenho de pessoas.

Em relação ao sistema de recompensas (outro sistema de controle), o HSL manteve seu sistema original, com avaliações em pares e 360°. A razão para tal é que os gestores não viram como benéfica a associação da acreditação à recompensa financeira, mas sim que isto estivesse incutido na cultura da empresa e fosse realizado pela simples missão de buscar a qualidade. A Cultura Organizacional foi um tópico que passou a ser discutido e trabalhado por causa da acreditação, e relatado pelas entrevistadas como um das maiores mudanças sofridas, caracterizada no HSL pelo trabalho em equipe, responsabilidade e visão sistêmica. Greenfield e Braithwait (2008) e Pomey *et al* (2004) destacam como a Cultura Organizacional é decisiva na implantação de mudanças em organizações hospitalares, portanto está em linha com a movimentação do HSL ao investir neste tópico de modo a sustentar a acreditação. As ações empregadas pelo hospital foram a criação do código de conduta (disponível no site institucional), o diálogo com as universidades para que preparem alguém com vistas a atender esta demanda, a seleção de pessoas com características favoráveis ao desenvolvimento do

tópico, e a semana de integração para alinhamento com a cultura, como pôde ser evidenciado por meio da análise da apresentação feita durante a semana de integração.

Por meio da análise da declaração de valores da empresa, evidenciou-se, conforme previsto por Tushman e Rommaneli (1985), revisão, adição e trabalho na disseminação dos valores organizacionais. “Inovação” e “cooperação” foram incluídos na declaração de valores da empresa após a obtenção da acreditação (ANEXO B). Os valores são trabalhados nas ações voltadas para a cultura organizacional, como a disseminação do manual de conduta e na contratação de pessoas que relatam ter os mesmos valores que a empresa, como pode ser visto no relato da entrevistada 1:

Uma vez fomos entrevistar uma mulher que seria enfermeira e perguntamos se ela trabalhava em equipe, um de nossos valores, e ela disse que não gostava de trabalhar em equipe. Por isso, ela saiu do processo de seleção. Precisamos de pessoas que trabalhem juntas em prol da acreditação: como posso admitir alguém que não apoie este valor?

Além da identificação das mudanças ocorridas no hospital, buscou-se identificar a corrente da mudança organizacional, sendo observadas algumas diferenças em relação ao que consta na literatura. Ao contrário de Flavel (1982), as mudanças pela acreditação não começaram de forma repentina, tendo então se desenvolvido e acabado. As mudanças começaram lentamente e não acabaram, ainda existem no sentido de sempre estar se adaptando para manter a certificação. Destoante também de Gibson (1988), as mudanças não ocorreram apenas em prol da acreditação, o que não fez com que as mudanças cessassem uma vez que a certificação foi conseguida. As entrevistadas relataram que as mudanças, uma vez surgidas, estarão sempre presentes porque acreditação é um caminho sem volta, onde sempre há mais melhoria para ser feita, e que manter é igualmente difícil, não sendo possível que as mudanças cessem.

Contrário também a Van de Ven e Poole (1995), as mudanças não ocorreram devido a uma força contrária ao hospital (como, por exemplo, um concorrente), mas sim por uma motivação interna dos donos. Contudo, houve consonância com a corrente proposta por Nelson e Winter (1982) no que se refere a terem sido buscadas as melhores formas de reagir às mudanças e continuamente serem repensadas as escolhas que mantêm esta estabilidade adquirida. Entretanto, a entrevistada 1 discorda do que dizem os autores de que estas mudanças surgiram de uma alteração clara. Segundo ela, não foi uma única alteração clara, mas sim uma continuidade de motivações internas por um hospital mais profissional. Assim

sendo, a corrente de mudança que mais se aproxima da seguida pelo hospital é a Mudança Evolucionária de Nelson e Winter (1982).

Uma vez considerada a teoria Evolucionária, passou-se a analisar seu desenvolvimento a partir do Modelo do Equilíbrio Pontuado e, de acordo com as evidências encontradas, este modelo se desenvolveu no HSL. Segundo as entrevistadas, o período de Convergência (ajustes para manutenção da situação, planejamento de sistemas de controle e avaliação, padrões de comunicação e solução de conflitos, melhorias), previsto para ser antes da mudança, não ocorreu apenas antes, mas também durante a busca pela certificação, pois é característico do processo da acreditação que este tipo de atividade seja realizado ao longo de sua busca pelos diferentes níveis, sempre ocorrendo revisões, ajustes, melhorias para que se possa manter a certificação. Entretanto, o momento de Reorientação foi identificado claramente como sendo o momento de mudanças nas relações de poder, estrutura, sistemas e procedimentos, novas redes de comunicação, redefinição das normas, fluxos de trabalho e novos funcionários agregados à organização.

O momento de retorno à Convergência que sucede a Reorientação, contudo, também foi relatado pelos entrevistados como contínuo, e não delimitado a depois da Reorientação. Especificamente, o momento de aperfeiçoamento, com a criação de unidades especializadas, mecanismos de ligação, aumento na atenção à qualidade e custo, desenvolvimento de pessoal, reforço da confiança à norma, e esclarecimento de papéis foi visto como existente entre os níveis, durante a Reorientação e posterior a obtenção da certificação, e relatado como permanente, pois foi alegado ser inerente ao setor.

Explicando mais detalhadamente, os entrevistados afirmaram que, a cada vez que se descobre um novo protocolo de saúde, por exemplo, é preciso que haja uma revisão dos fluxogramas e processos do hospital, a fim de verificar se eles atendem à esta nova prescrição científica e, caso não, o cumprimento ao protocolo implica na revisão da estrutura, distribuição de poder, sistemas de controle e outros itens. É preciso seguir os protocolos para ter acreditação hospitalar, de modo que um processo está dependente do outro, e que ambos estão atrelados ao desenvolvimento científico da saúde, que não possui uma delimitação de Convergência ou Reorientação, pois enquanto um protocolo converge, outro se reorienta, causando mudanças ao hospital.

Ademais, a busca por um nível diferente de acreditação, por vezes, faz com que algo que estava convergente venha a se reorientar, e a necessidade de manter a certificação faz com que o momento de Convergência nunca entre em remissão, por ser necessário para a manutenção da Reorientação ocorrida.

Por fim, o que foi apreendido da análise das mudanças no HSL foi sintetizado no quadro 10.

Quadro 10: Mudanças evidenciadas no HSL

Mudanças	Descrição
Estratégia	Novas metodologias e tecnologias, instituição da calibração e controle de qualidade de equipamentos, verificação legal de procedimentos, criação de comissões obrigatórias, registro de evidências.
Estrutura	Organizacional: Centralizações, criação de setores. Física: aquisição do prédio para administração, ampliação de UTIs e leitos, aquisição de andar para enfermaria em outro prédio, compra de equipamentos.
Sistemas que influenciam o desempenho	Aprimoramento do sistema de indicadores baseado nos requisitos da acreditação, contratação da criação de <i>software</i> para gerenciamento de indicadores.
Distribuição de Poder	<i>Empowerment</i> , instituição de novas lideranças para cada setor, criação de comissões multidisciplinares para acompanhar atividades.
Sistemas de controle	Reforma nos padrões de comunicação, criação de POPs, estruturação de protocolos, adição de filosofia educativa na avaliação de desempenho, discussão e disseminação da Cultura Organizacional.
Valores	Revisão, adição e trabalho na disseminação de valores institucionais, inclusão no código de conduta.

Fonte: Elaboração Própria (2013)

Evidenciou-se, pois, que o hospital, por motivações internas, realizou mudanças de estratégia, distribuição de poder, estrutura, sistemas de controle, valores, prática médica, discussão de novos tópicos, planejamento e indicadores para atender às demandas da acreditação hospitalar, estando em linha com os autores Tushman e Rommaneli (1985), Pettigrew (1987), Gonçalves (2002), Bruno-Faria, (2003), Pomey *et al* (2004) Ab, Gluud e Wetterslev (2005), Greenfield e Braithwait (2008).

A mudança ocorreu de maneira processual, com escolhas para melhor reagir, continuamente repensando as alternativas para manter a estabilidade obtida, caracterizando uma Mudança Evolucionária (NELSON; WINTER, 1982). Todavia, o modelo de Equilíbrio Pontuado que poderia ser gerado a partir da Mudança Evolucionária não ocorre de maneira estritamente delimitada, mas com a etapa de Convergência sendo simultânea à Reorientação e contínua (não havendo remissão), diferente do previsto por Tushman e Rommaneli (1985). Entretanto, entendeu-se, a partir dos relatos e da literatura, que os achados não caracterizam uma dissonância total do apregoado pelos autores, pois a transição da Reorientação para a Convergência é um processo que, passo a passo, forma a base para o próximo período. Assim sendo, mesmo não havendo uma predominância delimitada de um dos períodos, há as ações características de cada um deles. Portanto, faz sentido considerar como verdadeira a proposição 1 desta dissertação para o HSL: as mudanças realizadas no hospital mostraram aderência ao comportamento previsto pelo equilíbrio pontuado.

4.1.2 Capacidades Dinâmicas

As principais capacidades relatadas pelos entrevistados em prol da acreditação foram: a) Uniformização de conduta com bases legais (Nível 1), b) Gerenciamento de Protocolo (Nível 2) e c) Foco em Resultado (Nível três).

Os achados levaram à conclusão de que as capacidades evidenciadas são, de fato, capacidades dinâmicas. De acordo com a entrevistada 2:

Se você me perguntar se elas estão iguais ao que eram antes, eu te digo com certeza que não. Elas mudaram a forma de serem feitas: pensamos, aprendemos e mudamos, né. E vamos continuar mudando porque isso não para, tem rotina que mesmo pronta eu sei que vai mudar depois. Mas a capacidade é a mesma, ter a capacidade é o nosso objetivo.

A característica não estática das capacidades identificadas, uma vez que estão em constante transformação permite que se possa concluir que elas são capacidades dinâmicas. De acordo com Helfat *et al* (2007), as capacidades devem ter criação proposital e expansão e modificação constantes para serem consideradas dinâmicas.

Para análise dentro das categorias de código previstas na metodologia, esta seção será subdividida para tratar cada capacidade separadamente.

a) Uniformização de conduta com bases legais

A uniformização de conduta com bases legais é uma capacidade que compreende a criação e mobilização de recursos físicos e pessoais para o atendimento às regras previstas em lei e exigidas para a obtenção do nível 1 de acreditação. Helfat *et al* (2007) sugerem que as capacidades devem ser passíveis de evidência por meio de, ao menos, mínima padronização. A uniformização de conduta segue o apregoado por Helfat *et al* (2007) pois está documentada, padronizada e inserida na rotina do hospital por meio dos POPs e fluxogramas que puderam ser evidenciados. Esta capacidade foi desenvolvida por ser um requisito fundamental da obtenção da acreditação nível 1: caso o hospital não cumprisse rigorosamente a lei vigente à sua atuação, não conseguiria a certificação.

A criação da capacidade de uniformização ocorreu por meio do envolvimento dos setores e com a formação de equipes multidisciplinares gerenciados pelas diretorias com o objetivo de transformar as rotinas do hospital para ficarem de acordo com as leis. Isto está em

consonância com a previsão de Winter (2003), Helfat e Peteraf (2003) de um grupo organizado sob uma liderança tendo por objetivo cumprir uma tarefa e, assim, criando capacidades.

Para a criação desta capacidade, Helfat *et al* (2007) sugerem que sejam utilizadas as fontes aprendizagem deliberada (com os mecanismos codificação de conhecimento, articulação de conhecimento e acumulação de experiência), relacionamento (com os mecanismos aliança, terceirização, patente e licença) e Aquisições. É importante destacar que o HSL não utilizou a aquisição na criação de nenhuma de suas capacidades e o fato de não o fazê-lo está alinhado com Capron (2013), que diz que a aquisição deve ser considerada quando há alto risco de disseminação estratégica sigilosa ou por ser impossível de adquirir esta capacidade de outra maneira. Estas duas situações previstas pelo autor não dizem respeito às capacidades evidenciadas no hospital, pois as bases legais são informações disponíveis igualmente para qualquer hospital e as capacidades poderiam ser adquiridas de outra forma que não por aquisição, como será visto por meio do uso das demais fontes.

O HSL utilizou diversas ferramentas dos três mecanismos de aprendizagem deliberada, fonte de capacidade dinâmica originalmente proposta por Zollo e Winter (2002), que prevê a utilização de codificação de conhecimento, articulação de conhecimento e acumulação de experiência. O processo “acumulação de experiência” foi um empecilho para a criação desta capacidade, uma vez que a experiência prévia dos funcionários fazia com que eles fossem resistentes a alteração das rotinas em prol da acreditação. Foi preciso que o hospital trabalhasse, de forma mais intensiva, o processo “codificação do conhecimento”, por meio de treinamentos, padrões escritos e registrados e manuais para que o conhecimento passasse a ser absorvido e, assim, criada a capacidade. Posterior a codificação do conhecimento, foi preciso trabalhar o processo “articulação do conhecimento” por meio de fóruns de discussão e reuniões de refinamento da capacidade.

Assim, a aprendizagem deliberada formou um ciclo, voltando para a acumulação de experiência, processo essencialmente importante para que a capacidade Uniformização de conduta com bases legais, conforme ilustrado no trecho da entrevistada 2:

O nome da capacidade já diz: Uniformização. Eu preciso que todos do hospital, sem exceção, entendam porque esta conduta deve ser seguida. Preciso que o porteiro entenda, em detalhes, porque só pode vim um acompanhante. Preciso que o médico entenda porque ele não pode abreviar nada na receita. Desses pequenos detalhes a coisas grandes, preciso que a experiência esteja acumulada para ter uniformização.

Esta inter-relação, a formação do ciclo dos processos de aprendizagem deliberada, está de acordo com Romme, Zollo e Berends (2010), referente ao fato de que as capacidades nascem do inter-relacionamento dos mecanismos. O uso da aprendizagem deliberada para criar capacidades também é previsto por Zollo e Winter (2002) e especificamente para hospitais por Nembhard e Tucker (2011).

Para a criação da capacidade de uniformização, também foi utilizada a fonte de capacidades dinâmicas relacionamento, prevista por Argawal *et al* (2012) e Dyer e Singh (1998). No HSL, foi utilizada a terceirização, não sendo utilizadas as demais. O hospital terceiriza as obras, o gerenciamento de resíduos e a limpeza, por identificar que estes terceirizados possuem uma habilidade maior nestes campos que demoraria mais e sairia mais caro para o hospital absorver, além de poderem desviar do foco principal na Uniformização de conduta com bases legais que é a segurança do paciente em processos fins. Toda a terceirização é registrada e documentada formalmente, deixando claro quais as tarefas que competem ao terceiro e quais etapas competem ao hospital, consonante com o previsto por Kale, Dyer e Singh (2002). Apesar de os relacionamentos serem previstos por Szulanski (1996) como complexos e de difícil manutenção, os entrevistados relataram não haver qualquer tipo de dificuldade.

b) Gerenciamento de Protocolo

O Gerenciamento de Protocolo é a capacidade que compreende as rotinas de criação, disseminação e manutenção dos protocolos com agilidade. Protocolos já foram descritos na seção 3.4 como padrões de saúde emitidos pelas Sociedades de Saúde que devem ser seguidos por lei por serem práticas validadas cientificamente. Por exemplo, o Protocolo de Dengue – Diagnóstico e Manejo Clínico para Adultos e Crianças, é um documento emitido pelo Ministério da Saúde que prevê a conduta hospitalar quando diante de um possível caso de dengue (BRASIL, 2007). O Gerenciamento de Protocolo foi destacado pelo HSL como importante por ser um requisito da acreditação nível 2. A organização deve ser capaz de criar e modificar sistematicamente rotinas para o atendimento aos protocolos e suas atualizações.

Para a identificação de uma capacidade, Helfat *et al* (2007) dizem que ela deve estar documentada e minimamente inserida na rotina, como foi identificado na capacidade gerenciamento de protocolo: está documentada formalmente e inserida na rotina do hospital em fluxogramas, mapeamento de processos e atas de reunião do cumprimento dos protocolos, os quais puderam ser visualizados. Os profissionais envolvidos para a criação desta

capacidade foram os membros do corpo clínico, acompanhados da divisão de qualidade e das diretorias com o objetivo de criar, disseminar e manter o funcionamento dos protocolos, estando assim alinhado com Winter (2003), Helfat e Peteraf (2003) que sugerem que a criação das capacidades deve ser feita por um grupo específico.

Para a criação desta capacidade, a fonte aprendizagem deliberada foi empregada. Primeiramente por meio do processo de codificação do conhecimento, pois, uma vez lançado um protocolo, é necessário que seja desenhado o processo do hospital que irá atendê-lo, fazendo com que sejam desenvolvidos, em grupo, ferramentas, manuais e fluxogramas, disseminados por meio de treinamentos formais. Uma vez codificado, o conhecimento passará a ser articulado entre os funcionários por meio do diálogo e compartilhamento informal de como devem seguir o protocolo. Este compartilhamento informal é caracterizado por interações diárias entre funcionários durante as quais comentam sobre como está a execução do protocolo, suas dificuldades e facilidades. Por fim, o conhecimento gerado acumula experiência, passando então pelos três processos da aprendizagem deliberada propostos por Zollo e Winter (2003). Toda vez que surge um novo protocolo, a aprendizagem deliberada passa pelo mesmo ciclo de criação.

Além da aprendizagem deliberada, foi utilizada a fonte de capacidades relacionamento para a criação do Gerenciamento de Protocolo. Dentro das formas de relacionamento, continuaram sem ser utilizadas patentes e licenças e, contrariamente à Uniformização de conduta de bases legais, não foi utilizada a terceirização. A alternativa de relacionamento escolhida para a criação desta capacidade foi a de alianças. Para implementar e disseminar o protocolo, o hospital precisa que as operadoras de plano de saúde aprovelem os gastos deles decorrentes. Por exemplo, é preciso explicar as razões de um protocolo de infarto que precisa de um balão a ser alocado no paciente para que os planos de saúde incluam isto na sua previsão de cobertura.

Para que o hospital possa dizer que é capaz de executar os protocolos, ou seja, os procedimentos médicos mais recentes e melhores estudados, é preciso que haja cooperação com os planos de saúde. O relacionamento do HSL com os planos de saúde se dá por reuniões periódicas e extraordinárias entre os funcionários das duas organizações, documentadas formalmente por meio de atas de reuniões, as quais puderam ser analisadas. As reuniões resultam em contratos administrativos com viés econômico e assistencial a partir do qual é criado um manual onde fica registrado como todo o protocolo será realizado e que etapas competem ao hospital e que etapas competem ao plano de saúde parceiro.

O fato de o hospital precisar estabelecer relações com uma organização externa para poder operar seus serviços é classificado por Barney (2006) como aliança do tipo cooperação para a venda de serviços. A busca por uma aliança para obter o recurso que falta (no caso, o custeio) para criar a capacidade está alinhado com Dyer e Singh (1998), que sugerem que o motivo para buscar alianças é obter um recurso que a organização não pode criar sozinha. O fato de toda a aliança estar documentada, esclarecendo quais tarefas competem a qual parceiro está de acordo com Kale, Dyer e Singh (2002), que sugerem que a aliança deve estar minimamente documentada.

Porém, alinhado com a advertência de Szulanski (1996) de que as alianças apresentam dificuldades, houve empecilhos na criação deste tipo de relacionamento. Por vezes, os planos não compreendem a necessidade de alguns procedimentos ou de determinados materiais e não aceitam assinar os contratos, como pode ser percebido no relato da entrevistada 1:

Já tivemos que chamar uma doutora de São Paulo pra nos ajudar a convencer as operadoras de que o Protocolo de Escaras (feridas) é importante, do contrário eles não queriam assinar. Mas se eles não concordam, se eu não tenho essa cooperação deles, não tem Gerenciamento de Protocolo simplesmente porque o atendimento ao protocolo não pode acontecer.

Dyer e Hatch (2006) sugerem que, para mitigar estes problemas, é preciso que haja uma prática estruturada para esta ação, que haja contratos que delimitem o papel de cada envolvido. Estas recomendações são seguidas pelo hospital. Entretanto, Kale, Dyer e Singh (2002) destacam que, para que o relacionamento tenha sucesso, os parceiros devem ser escolhidos com critérios próprios, requisito que é difícil para o hospital seguir, visto que a delimitação do universo de planos de saúde aceitáveis pode gerar um impacto negativo na receita e limitar o atendimento à população. Apesar das dificuldades, os entrevistados relataram estar aprendendo, dentro da aliança, as formas mais efetivas para se relacionar com os planos de saúde e que a situação vem progredindo.

c) **Foco em Resultados**

A capacidade “Foco em Resultados” foi criada especificamente para o nível 3 da acreditação hospitalar por ser um requisito para obter a certificação. Foco em Resultado envolve as rotinas capazes de integrar outras rotinas de modo que sejam bem executadas, fazendo com que todos os indicadores do hospital se mantenham dentro do padrão exigido pela certificação, conforme a entrevistada 2:

Quando percebemos que todos os outros níveis da certificação culminavam pra isso, pegamos todos os gestores e líderes de cada área e demos treinamentos para que eles fossem capazes de criar os próprios indicadores, analisa-los e geri-los. Não tinha outro jeito de conseguir orquestrar tudo que tínhamos criado se não fosse desenvolvendo esta habilidade.

A formação de um grupo com objetivos a cumprir (neste caso, o objetivo foi claramente criar uma capacidade) está alinhado com Winter (2003) e Helfat e Peteraf (2003). Foi possível evidenciar a existência da capacidade por meio da observação das atas de reuniões mensais de análise e controle de resultados, do painel de indicadores (habilitado por um *software*), da revisão e refinamento das práticas da capacidade previstos no planejamento estratégico, pela presença de um diretor plantonista todos os dias para resolver não conformidade e da observação das interações *in loco* em prol desta capacidade, em linha com Helfat e Peteraf (2003).

Para criá-la, mais uma vez, lançou-se mão da fonte de capacidades dinâmica aprendizagem deliberada. A primeira ação para preparar os líderes e gestores para criar esta capacidade foi capacitá-los sobre foco em resultados por meio de treinamentos. Uma vez treinados, estes profissionais passaram a criar as rotinas de foco nos resultados, codificando o conhecimento em manuais, ferramentas, relatórios e bases de dados, seguindo o proposto por Zollo e Winter (2003). No entanto, a acumulação de experiência dos funcionários nos níveis 1 e 2, por vezes, dificultou esta codificação, pois alguns deles ficaram resistentes a desconstruir a experiência que haviam adquirido. Isso não significa que as experiências dos níveis 1 e 2 estivessem equivocadas. Entende-se que antes da acreditação, não havia o controle de indicadores de maneira tão bem estruturada, de modo que as rotinas foram criadas, mas ainda sem foco no resultados, ou seja, com um olhar mais estratégico e refinado.

Assim, as rotinas precisaram ser revisadas de modo que este foco estivesse presente, devido às exigências para o nível 3. Isto implicou em modificações, como: novos indicadores, novas reuniões, novos registros, os quais geraram resistência por parte dos funcionários por terem tido pouco tempo para criar e disseminar novas rotinas e já estarem sendo submetidos a mudanças novamente. Porém, após superar a resistência por meio da articulação do conhecimento (experiência dos líderes e gestores disseminada por meio de diálogo), a capacidade pôde ser construída por todos.

Além do uso da fonte aprendizagem deliberada, o HSL utilizou a fonte relacionamento, nos mecanismos aliança, terceirização e as licença para criar sua capacidade. O uso das alianças se deu por meio de parcerias com centros de estudos, escolas e

universidades. O objetivo foi treinar os alunos para que eles criassem as competências necessárias a um profissional que lidasse com foco nos resultados, para que, eventualmente, ao serem contratados pelo hospital, pudessem contribuir para o desenvolvimento da capacidade mais facilmente. Foi relatado pela entrevistada 1 que é notável a falta de preparo de um aluno que vem da universidade, pois foi formado para fazer seu trabalho de forma individual, e a capacidade de foco nos resultados exige trabalho em equipe e visão sistêmica.

Assim, por meio da preparação destes profissionais, o HSL consegue recursos que não conseguiria obter isoladamente para manutenção da sua capacidade, seguindo o que Argwal *et al* (2012) sugerem como motivo para fazer alianças. Toda a aliança é documentada e é registrado o que se espera de ambas as partes, conforme comentado por Kale, Dyer e Singh (2002). Os entrevistados relataram que não houve dificuldades no uso desta fonte.

Foi constatado também o uso de terceirizados para a criação da capacidade, porém com uma particularidade: não se terceirizou exclusivamente para a criação da capacidade, os terceirizados já contratados foram inseridos nas rotinas de foco nos resultados por meio da solicitação de que apresentassem indicadores e controles adicionais aos que faziam anteriormente, que participassem das reuniões de acompanhamento dos resultados, além de serem feitas exigências mais robustas para um serviço de maior qualidade. Todos estes novos requisitos são documentados em contrato, como sugerido por Kale, Dyer e Singh (2002). Diferente do que alertou Szulanski (1996), não foram apresentadas dificuldades para gerenciar este relacionamento.

Verificou-se também o uso de licenças para criar esta capacidade. O HSL usufruiu de várias licenças de *softwares* de interface, que são *softwares* que proporcionam a troca de informações entre *softwares* que utilizam linguagens de computação diferentes. Por exemplo, foi adquirida uma máquina de exame bioquímico que automaticamente envia o resultado para o *site* onde o resultado estará disponível ao paciente e ao sistema que o médico terá acesso. Foi relatado que este é um recurso de grande importância para a capacidade foco nos resultados porque diminui a porcentagem de erro e acelera as rotinas, quesitos cruciais para atingir a agilidade e acurácia exigidas da capacidade. O quadro 11 sintetiza os achados sobre o uso das fontes:

Quadro 11: Uso das fontes de capacidades dinâmicas pelo HSL

Fontes de Capacidades	Capacidades Dinâmicas		
	Uniformização de conduta com bases legais	Gerenciamento de Protocolo	Foco em Resultados
Aprendizagem Deliberada	a) Codificação do conhecimento: padrões escritos e registrados e manuais; b) Acúmulo de experiência: compartilhamento informal de experiências por diálogo; c) articulação do conhecimento: Fóruns de discussão e reuniões de refinamento da capacidade	a) Codificação do conhecimento: Fluxogramas e manuais e dos protocolos; b) Acúmulo de experiências: compartilhamento informal de experiências por diálogo; c) Articulação de conhecimento: reuniões de apresentação dos protocolos e do diálogo informal.	a) Codificação do conhecimento: manuais, ferramentas, relatórios e bases de dados; b) Acúmulo de experiências: compartilhamento informal de experiências por diálogo; c) Articulação de conhecimento: treinamentos e reuniões com os líderes e gestores.
Relacionamento	Houve terceirização de obras, gerenciamento de resíduos e limpeza.	Alianças foram feitas com os planos de saúde.	Licenciamento de <i>software</i> , Terceirizados já contratados foram inseridos na rotina da capacidade,
Aquisição	Não foi utilizada.	Não foi utilizada.	Não foi utilizada.

Fonte: Elaboração Própria (2013)

A partir das evidências encontradas, conclui-se, portanto, que a proposição 2 desta dissertação é verdadeira, pois propôs haveria uso das fontes de capacidades dinâmicas aprendizagem deliberada, relacionamento e/ou aquisições, tendo sido evidenciado o uso das duas primeiras.

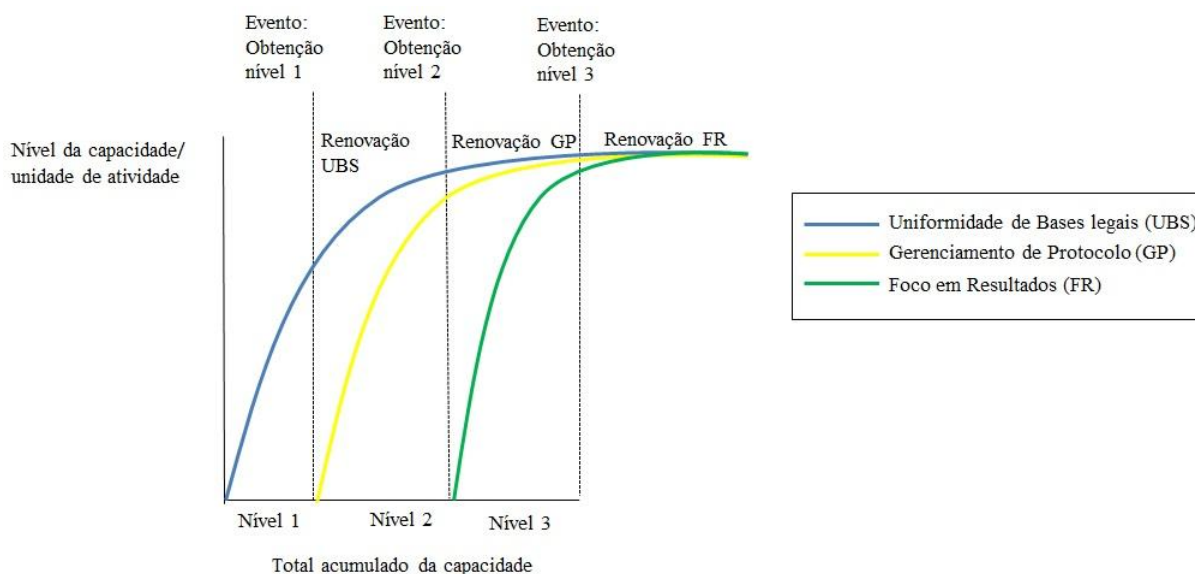
Depois de descrito o momento de surgimento das capacidades do HSL, foi analisado o Ciclo de Vida de suas capacidades. Pode-se dizer que todas as três capacidades evidenciadas passaram pelas etapas propostas por Helfat e Peteraf (2003). Primeiramente, passaram pela fundação, estágio no qual um grupo organizado sob uma liderança tem um objetivo a cumprir e cria a capacidade para tal. Em seguida, passaram pela etapa de desenvolvimento, onde se escolhem as alternativas para evolução da capacidade e o grupo ganha experiência. Conforme mencionado repetidas vezes, a alternativa escolhida para o desenvolvimento da capacidade é a revisão periódica e constante dos processos, seus fluxogramas e mapeamentos.

A transição do estágio de desenvolvimento para o de maturidade foi identificado pelos entrevistados como os momentos de busca por um novo nível de acreditação. A razão para tal é que o hospital só alcançaria o nível seguinte se a capacidade fosse considerada como desenvolvida pelos órgãos certificadores. Uma vez considerada e, conseqüentemente, obtida a certificação para o próximo nível, a capacidade é considerada desenvolvida, indo para o estágio de maturidade. De acordo com Helfat e Peteraf (2003), as capacidades que estão no estágio de maturidade podem tomar seis caminhos distintos: retirada ou redução de uso, replicação, redistribuição, renovação e recombinação.

No caso do HSL, foi relatado que nenhuma das capacidades foi retirada de atuação, bem como nenhuma teve sua utilização reduzida nem foi recombinação. Como mencionado, todas foram criadas propositadamente e seguindo o modelo da certificação, que apenas transforma e acrescenta requisitos, não havendo descarte. Não houve também a redistribuição destas capacidades em outra área de atividade, ou replicação em outra atividade, pois as áreas e a unidade se mantiveram as mesmas.

Houve, todavia, renovação das três capacidades para a busca de um novo nível de acreditação, sendo necessário que as capacidades desenvolvidas no nível anterior fossem novamente empregadas de forma refinada. A figura 9 busca ilustrar a trajetória do Ciclo de Vida das capacidades do HSL sob a perspectiva do gráfico de Ciclo de Vida proposto por Helfat e Peteraf (2003).

Figura 9: Ciclo de Vida das capacidades do HSL



Fonte: Elaboração Própria (2013)

Ao observar o gráfico do Ciclo de Vida das capacidades do HSL, pode ser percebido que a curva não assume o formato de “S”, pois não houve retirada ou redução da utilização de capacidades. Além disso, pode ser observada a criação da capacidade Uniformidade de Bases Legais antes da obtenção do nível 1 e, em seguida, a renovação desta capacidade após a certificação nível 1, representada pela curva da reta ascendente. Ainda, pode ser visto o uso contínuo da capacidade nos demais níveis de acreditação. As capacidades de Gerenciamento de Protocolo e Foco em Resultados seguiram a mesma trajetória, diferenciando-se apenas no

momento de criação, pois Gerenciamento de Protocolo foi criada após o nível 1 e Foco em Resultados foi criada após o nível 2.

A trajetória seguida pelas capacidades, portanto, foi a de renovação, entrando novamente no estágio de desenvolvimento. Cada capacidade foi e é periodicamente avaliada e, à medida que os funcionários ganham mais experiência e se desenvolvem ao longo dos níveis, surgem novas formas de fazer as mesmas rotinas, de maneira mais refinada. Assim, há evidências de que, dentre as opções propostas pela literatura para o desenvolvimento das capacidades, o HSL escolheu a aprendizagem na ação / *learning by doing* e fundamentou a sua escolha no argumento de que, com vistas à obtenção da acreditação, é necessário que a organização crie e execute todas as suas capacidades.

Logo, pode-se apreender que, para o HSL, a proposição três desta dissertação foi confirmada, isto é, durante o processo de acreditação, o hospital seguiu o ciclo vida das capacidades proposto por Helfat e Peteraf (2003).

4.2 Hospital Esperança

O Hospital Esperança (HES) foi inaugurado em agosto de 2000 em Recife-PE, cidade considerada o segundo maior pólo de saúde do país (SOUTO-MAIOR, 2012), com mais de 400 hospitais, 8000 leitos e emprega aproximadamente 200 mil pessoas no setor. Atualmente, o HES possui 1500 funcionários e 500 terceirizados, dos quais cerca de 30% estão na instituição desde a sua inauguração. O hospital atende um público formado em 80% pela população recifense e 20% por pacientes de cidades do interior e de outros estados. As especialidades atendidas são emergência, clínica médica, cirurgia geral, cardiologia, cirurgia vascular, neurologia e neurocirurgia, traumatologia, oncologia, hemodinâmica, SOS queimaduras, urologia, gineco-obstetrícia e pediatria.

O Hospital é filiado à Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP), composta por 43 hospitais brasileiros, que tem com objetivo promover a congregação das instituições hospitalares consideradas detentoras das melhores práticas médicas e padrões de qualidade (ANAHP, 2013). Um dos requisitos para participar de tal associação é a obtenção de uma certificação de acreditação hospitalar.

Neste hospital, foram entrevistados a coordenadora do setor da qualidade e o gerente da distribuição, a analista e a assistente do setor da qualidade e com a enfermeira da auditoria clínica, funcionários que se envolvem diretamente com o processo de obtenção e manutenção

da acreditação, tendo três dos entrevistados participado do processo de certificação em todos os níveis.

Da mesma forma que a seção anterior, a análise se subdividirá em análise da mudança organizacional, criação e Ciclo de Vida das capacidades.

4.2.1 Mudança Organizacional

Antes de iniciar a busca pela acreditação, o HES era uma empresa familiar de médicos oftalmologistas que foi comprada pela Rede D'or São Luíz, uma associação brasileira de hospitais de alto padrão. A compra foi concluída em 2008, e a nova direção do hospital já tinha como filosofia de trabalho a obtenção de acreditação hospitalar por parte dos hospitais credenciados, como pode ser ilustrado pela fala da entrevistada 1.

Quando o HES foi comprado pela Rede D'or São Luíz, surgiu a necessidade de implantar a acreditação porque a rede é do sudeste e pra eles a acreditação é muito forte. Não tínhamos nada de acreditação. Tínhamos ISO, mas em setores isolados, enquanto que a acreditação é sistêmica. Temos um diretor que apoia a ideia, ele veio com a rede.

Havia a necessidade de igualar o HES ao mesmo padrão dos demais hospitais da rede. Além desta razão para acreditação, foram apontadas influências sociais, culturais, econômicas e políticas para que as mudanças da acreditação ocorressem, sendo estas apontadas por Pettigrew (1987) como motivadoras de mudança organizacional.

A influência social se deu em razão da disseminação de informações sobre grandes riscos hospitalares, gerando percepção da população de que o risco de morte por se internar em um hospital é maior do que muitas atividades cotidianas. Isto tem despertado uma comoção entre as pessoas para que se sintam seguras dentro dos ambientes hospitalares, pressionando, assim, os hospitais a apresentar certificações de qualidade. A influência cultural, por sua vez, foi percebida pelas características da população pernambucana, considerada pelos entrevistados como bastante exigente por bens e serviços de qualidade, estendendo a exigência, portanto, aos hospitais. Já a influência econômica foi decorrente de duas vertentes. Primeiramente, por parte da alta concorrência do setor no estado, conforme relato da entrevistada 2.

A concorrência aqui é muito acentuada. Aqui onde estamos localizados é o maior m² de tomógrafos do Brasil. Se o cliente não sair satisfeito, ele atravessa a rua e vai fácil para o concorrente. Se não fidelizarmos o funcionário médico, ele vai embora

trabalhar em outro lugar e leva todos os clientes com ele. A rivalidade é muito grande, são muitos hospitais em um grande centro, então precisamos ter tudo de ponta.

Em segundo lugar, por parte dos planos de saúde, que adotaram um comportamento de só realizar determinados procedimentos médicos em hospitais acreditados, por confiar que os procedimentos serão realizados apropriadamente, reduzindo seus gastos com internação e reatrabalho.

Por fim, foi percebida também a influência política, pois o HES é o maior contribuinte do Imposto Sobre Serviço (ISS) de todo o estado de Pernambuco, e por isto já recebeu pressões, mas também incentivos governamentais para melhorar seus serviços e garantir sua lucratividade, gerando mudanças para atender a estes fins.

Gonçalves (2000), Bruno-Faria (2003) e Tushman e Rommaneli (1985) comentaram em seus trabalhos sobre a influência da pressão externa e interna para gerar mudanças, o que também pode ser comprovado, em vista da pressão interna da nova direção do hospital e a pressão externa dos fatores sociais, políticos, econômicos e culturais.

Foi relatado, ainda, que o HES sofreu mudanças na estrutura, estratégia e sistemas que influenciaram o desempenho, conforme previsto por Pettigrew (1987). A estrutura foi modificada tanto organizacionalmente como fisicamente. As mudanças na estrutura física se deram por meio da ampliação de centro diagnóstico, informatização dos procedimentos, aquisições de equipamentos de alto padrão para o centro cirúrgico, aumento da variedade de material, ampliação de centro cirúrgico, exames de imagem digitalizados que podem ser acessados de qualquer parte do hospital usando as credenciais do cliente e reduzindo o uso de película de raio X.

As mudanças na estrutura organizacional ocorreram por mudanças na metodologia de trabalho e no organograma, buscando tornar mais objetivo o controle dos processos. Tais modificações também estão relacionadas à distribuição de poder, que, apesar de também fazer parte dos sistemas de controle que serão relatados mais a frente, será discutido agora devido a maior similaridade temática.

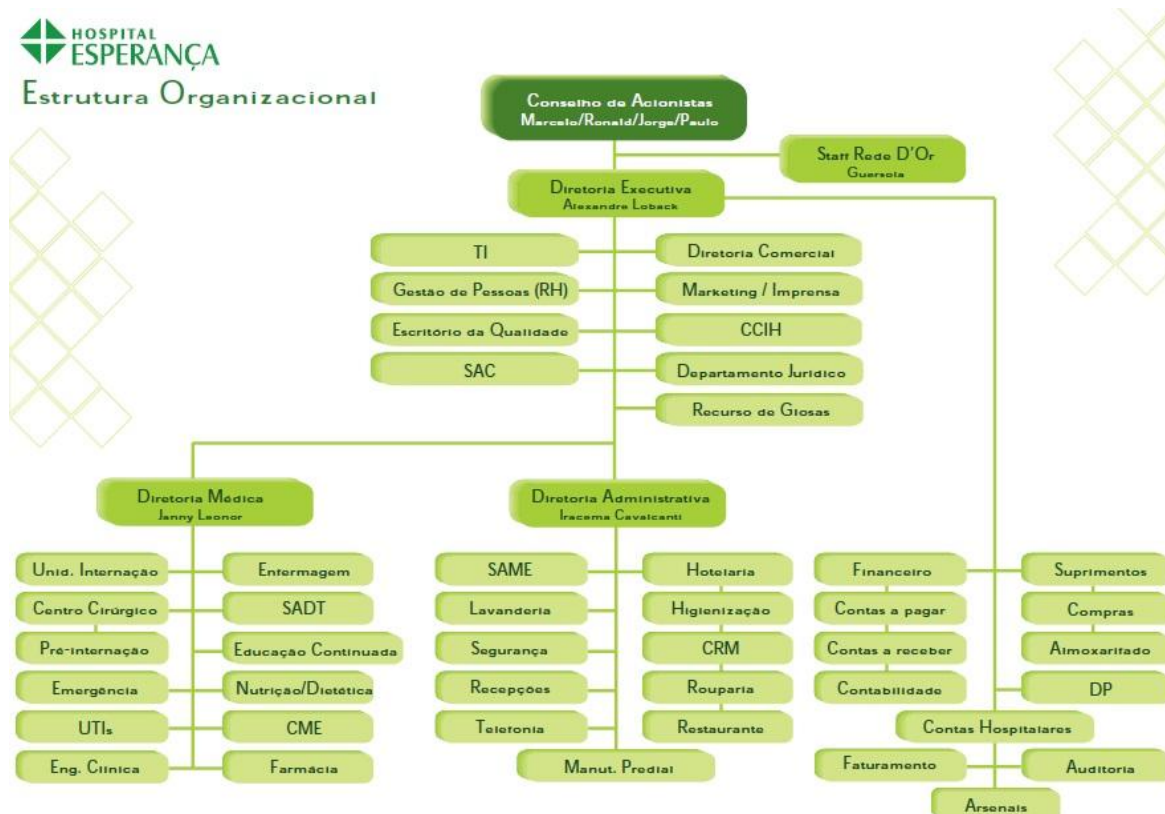
Exemplos de mudanças no organograma e, conseqüentemente, na distribuição de poder, foram os cargos extintos, como os de gerentes de enfermagem por andar, que passou a ser apenas um macro gestor a cada três andares. Supervisores de cada função foram substituídos por macro gestores por área. As UTIs passaram a ter apenas uma gerente geral. Estes cargos foram reduzidos pelo fato de que, anteriormente, cada indivíduo ao receber o

poder de gerenciar atividades, optava por realizá-las de acordo com sua própria forma, o que acabava por não otimizar o trabalho que, com a acreditação, precisava ser padrão, de modo que o poder precisava ser centralizado.

Por outro lado, certos cargos foram criados para que certas atividades pudessem ser acompanhadas de maneira mais próxima e com maior autonomia e sob direções mais afins. Por exemplo, ao invés de apenas uma diretoria geral, foram criadas três diretorias: médica, com coordenações do tipo emergência, centro cirúrgico, enfermagem; a direção administrativa responsável por apoio, hotelaria, nutrição, obras, lavanderia, telefonia, maqueiros; a diretoria de financeiro corporativo responsável por faturamento, almoxarifado, compras, pré-internação - cada diretoria se desdobrando em gerentes e operacionais.

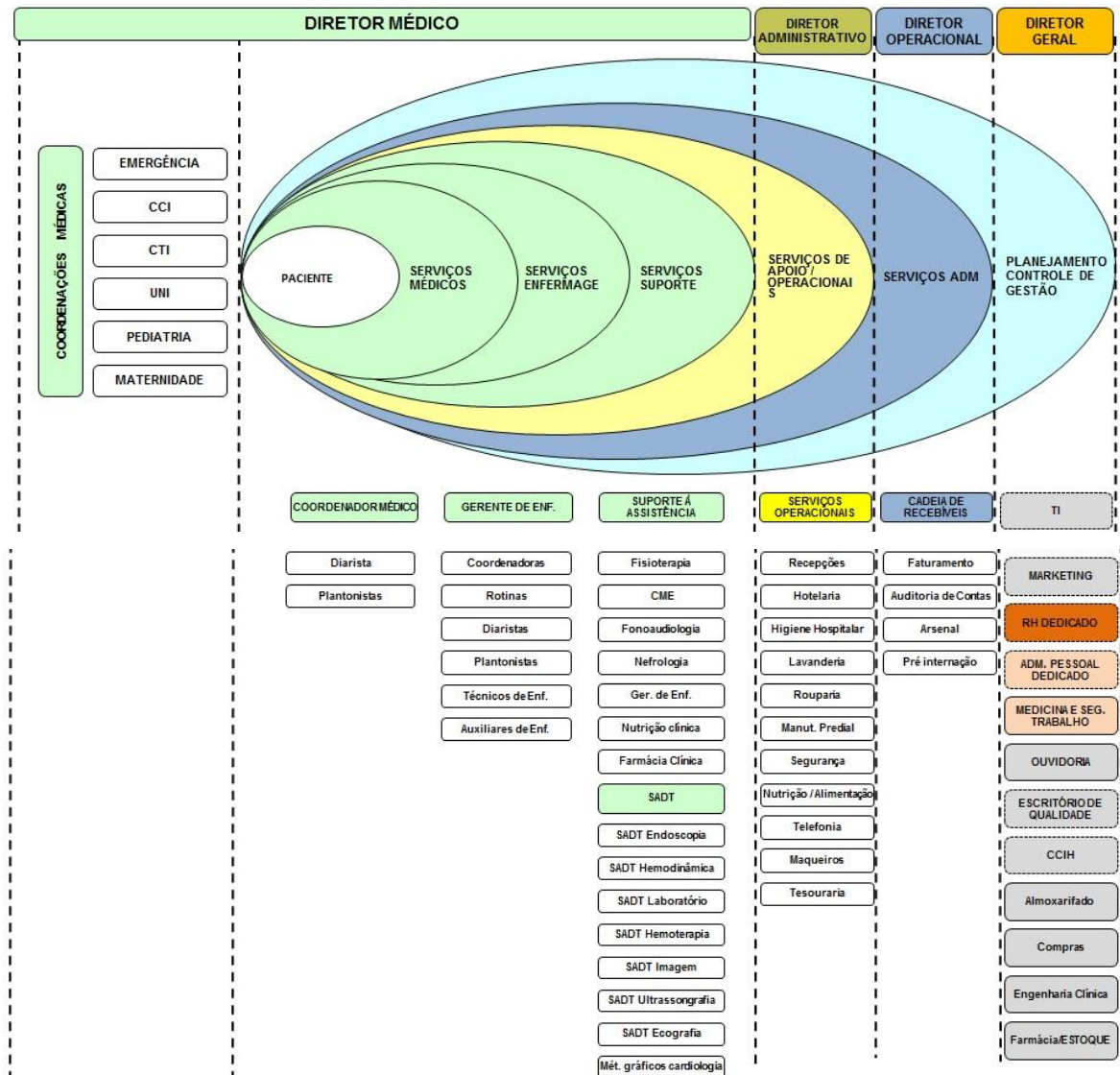
A distribuição de materiais que entram no hospital também foi modificada. Antes, todo material ficava sob responsabilidade da área farmacêutica, e em apenas um setor. Hoje há uma farmácia central e outras unidades satélite, e um setor de almoxarifado que gerencia toda a cadeia de recebíveis, como equipamentos, alimentos, material de limpeza, material cirúrgico. As mudanças foram comprovadas por meio da análise dos organogramas de antes e depois do enxugamento e redistribuição de poder, que podem ser vistos nas figuras 10 e 11.

Figura 10: Organograma do HES antes da acreditação



Fonte: HES (2013)

Figura 11: Organograma dos HES pós acreditação



Fonte: HES (2013)

A mudança na estratégia, por sua vez, deu-se pela criação do fazer estratégico do hospital, para que pudesse se adaptar à norma de acreditação. Antes, não era utilizada a ferramenta planejamento estratégico e não havia cultura de preparar-se para os anos seguintes. A necessidade de trabalhar com estratégia introduziu um novo tópico aos funcionários da organização, que não conheciam esta forma de trabalho e tiveram que passar a utilizar ferramentas de gestão estratégica. A mudança organizacional incluiu desenvolver a missão, visão e valores, e foi particularmente importante para a acreditação, pois refletia uma mudança de orientação estratégica do hospital, que buscava uma metodologia de trabalho mais direcionada e uniforme, conforme pode ser percebido no depoimento da entrevistada 3.

Não sabíamos nem o que era planejamento estratégico. E foi muito novo, o fato de planejar para o ano seguinte nos surpreendeu. Então pensamos nos nossos objetivos estratégicos. Antes éramos uma equipe, cada uma com seu objetivo. Hoje somos um time sob uma missão só. Temos que ser interdisciplinar, pois a atividade de um está com certeza ligada a do outro.

As mudanças nos sistemas que influenciam o desempenho se deram pela inserção de indicadores e gerenciamento de processo, o que antes não era feito pela organização. Criaram-se sistemas de desempenho individual e setorial, com sugestão dos indicadores que se pretende alcançar e *feedback* quando não são alcançados.

Além de mudanças na estrutura, distribuição de poder, estratégia e sistemas que influenciam o desempenho, Tushman e Rommaneli (1985) previram mudanças em sistemas de controle e valores e tais mudanças foram comprovadas por meio dos relatos e documentos.

Em relação às mudanças nos sistemas de controle, houve modificações nos padrões de comunicação e avaliação de desempenho. Os padrões de comunicação passaram de apenas informais para também documentados e padronizados, além da criação de diversos tipos de reunião periódica que proporciona e gerencia esta comunicação, como reuniões de causa e efeito, reuniões estratégicas e de auditoria.

Um dos tipos de sistema de controle previstos pela literatura, a avaliação de desempenho, não existia, assim como o planejamento estratégico. Para a acreditação, a avaliação foi criada e padronizada, nomeada de Rota. A avaliação de desempenho é constituída da análise individual e de análise do setor. A primeira é feita por meio da análise de desempenho de cada funcionário, na qual é traçada uma estratégia para o alcance de suas metas profissionais. A análise de desempenho do setor é realizada por meio de indicadores e da comparação das ações executadas com as previstas pelo mapeamento do processo, indicando em que ponto a atividade não foi feita conforme estabelecido.

Por outro lado, dentro dos sistemas de controle, não houve mudança formal no sistema de recompensa, pois a diretoria do hospital considera muito arriscado atrelar a acreditação hospitalar à mudança no salário, preferindo atrelar a uma mudança cultural, pois a diretoria temia que a acreditação não conseguisse ser sustentada caso fosse associada a dinheiro, pois, uma vez conseguida a recompensa financeira, as pessoas poderiam se desmotivar em continuar a trabalhar de acordo com a certificação. Apesar de não haver formalidade no sistema de recompensa, Tushman e Rommaneli (1985) reconhecem a criação de sistemas informais como válidos.

Por fim, houve mudanças nos valores, considerada uma das mais notáveis e mais trabalhosas. Em seus relatos, os entrevistados consideram que, caso não houvesse mudança de

valores da organização, a acreditação hospitalar não poderia ser mantida, como pode ser visto pelo depoimento da entrevistada 1.

Convencer as pessoas a desenhar processos, a segui-los, fazer pensar a longo prazo, em times com objetivo único, interdependência, mudar a forma como faz as coisas é muito complicado. (...) Então quando fomos comprados e buscamos a acreditação, ela exigia que a gente definisse nossos valores para que eles sustentassem essas ações das pessoas, então por meio de reuniões da elaboração do planejamento estratégico, nós definimos.

Tais valores podem ser vistos na declaração de valores do hospital (ANEXO C) e são trabalhados na política de conduta, documento no qual estão descritos os comportamentos esperados dentro do hospital. Tushman e Romanelli (1985) destacam a criação de alteração de valores durante o processo de mudança organizacional.

Por fim, em relação às mudanças realizadas, Greenfield, Braithwait (2008), Pomey *et al* (2004) e Ab, Gluud e Wetterslev (2005) destacam que, em razão da acreditação hospitalar, as organizações realizam mudanças como a definição de indicadores, introdução de alterações na prática médica, discussão de novos tópicos, realocação de funções e a relação do hospital com o ambiente administração, organização do corpo médico, revisão de sistemas, organização da enfermagem, facilidades e segurança, definição e planejamento do papel do hospital – os quais foram evidenciados nos resultados.

Em relação à corrente de mudança organizacional, foram constatadas divergências da literatura estudada. Ao contrário de Flavel (1982), os entrevistados alegaram que a mudança organizacional não foi repentina, mas sim bem pensada e planejada, e que continua em vigor, não tendo se encerrado. Contrariamente a Gibson (1988) e sua Teoria de Mudança Teleológica, os entrevistados não consideram que as mudanças pararam, uma vez que foi alcançada a acreditação (o objetivo), pois não podem perder o padrão, uma vez alcançado, fazendo com que sempre haja mudanças ao menos de refinamento.

A corrente de Van de Ven e Poole (1995) de Mudança Dialética diz que as mudanças ocorrem por uma força contrária ao hospital que, uma vez combatida, encerra as mudanças. Mais uma vez, os entrevistados alegaram que a mudança não ocorreu desta maneira, pois houve forças também favoráveis, e que há necessidade de manter, e não vencer, a acreditação. Por fim, a corrente que mais foi aceita pelos entrevistados foi a Mudança Evolucionária de Nelson e Winter (1982), vez que a mudança surgiu de uma alteração clara, por meio da escolha da melhor forma de reagir, gerando um continuado de reflexões sobre escolhas a fim de manter a estabilidade. A mudança no HES foi identificada nesta corrente porque a

mudança surgiu da alteração clara de o hospital ter sido comprado e foi continuamente repensada a fim de manter a acreditação e de buscar os demais níveis e outras certificações.

Após a identificação da corrente de mudança, foram evidenciados indícios da execução do Modelo de Equilíbrio Pontuado, um comportamento de mudança evolucionária previsto por Tushman e Romanelli (1985). O Equilíbrio Pontuado prevê dois momentos: Convergência e Reorientação e, nesta dissertação, foram sugeridos aspectos do retorno da Reorientação à Convergência. O momento de Convergência foi identificado como aquele anterior à obtenção da certificação, por ser o momento de análise da situação atual para então se preparar para a mudança por meio do planejamento dos sistemas de controle e os padrões de comunicação e melhorias a serem realizadas, estando em linha com Tushman e Romanelli (1985).

Reorientação foi vista como o momento durante a mudança, que envolveu as mudanças nas relações de poder, estrutura, sistemas e fluxos de trabalho relatados anteriormente. Já o momento de retorno à Convergência, posterior à Reorientação, foi relatado como existente tanto na Convergência como na Reorientação, devido ao fato da busca por um novo nível de acreditação implicar em certos refinamentos característicos de Convergência e em mudanças mais radicais características da Reorientação, fazendo com que aconteçam momentos distintos do equilíbrio pontuado simultaneamente em um mesmo momento: enquanto um processo já está realizado e precisa ser refinado, outro foi demandado em determinado momento, ou modificado por alguma nova tecnologia e precisa ser totalmente modificado. Tushman e Romanelli (1985) previram esta sobreposição natural entre os momentos de Reorientação e Convergência, permitindo que esta análise também estivesse alinhada ao apregoado pelos autores. Conclusivamente, foi criado um quadro que sintetiza as mudanças ocorridas no HES em prol da acreditação (quadro 12).

Quadro 12: Mudanças evidenciadas no HES

Mudanças	Descrição
Estratégia	Criação da estratégia por meio de planejamento estratégico, prática adotada atualmente.
Estrutura	Organizacional: Extinção e criação de cargos, mudanças no organograma. Física: ampliação de UTIs e leitos e compra de equipamentos.
Sistemas que influenciam o desempenho	Criação do sistema de indicadores baseado nos requisitos da acreditação e sistema de acompanhamento de indicadores.
Distribuição de Poder	<i>Empowerment</i> , instituição de novas lideranças para cada setor, especialização de acompanhamento de setores.
Sistemas de controle	Reforma nos padrões de comunicação, criação de POPs, estruturação de protocolos, criação da avaliação de desempenho.
Valores	Criação de valores institucionais e criação e disseminação de política de conduta.

Elaboração própria (2013)

Por fim, pode-se concluir, em relação à Mudança Organizacional do HES, que ela foi ocasionada por motivações externas e internas, sob influências sociais, culturais, econômicas e políticas, desencadeando mudanças de estratégia, estrutura, sistemas de controle, distribuição de poder, valores, prática médica, planejamento e indicadores em razão da acreditação hospitalar, estando, portanto, de acordo com o previsto pelos autores Tushman e Rommaneli (1985), Pettigrew (1987), Gonçalves (2002), Bruno-Faria (2003), Pomey *et al* (2004), Ab, Gluud, Wetterslev (2005) e Greenfield; Braithwait (2008).

A mudança ocorreu seguindo a corrente Evolucionária prevista por Nelson e Winter (1982) por ter surgido a partir de uma alteração clara e mantida por meio de reflexões sobre as melhores ações para reagir a mudança. Dentro da corrente evolucionária, há indícios de que mudança seguiu o modelo de equilíbrio pontuado sugerido por Tushman e Romanelli (1985) de momentos de Convergência antes e depois da acreditação e de Reorientação durante esta mudança, tornando verdadeira a proposição 1 desta dissertação, de que as mudanças para acreditação nos hospitais ocorrem seguindo o modelo de equilíbrio pontuado destes autores.

4.2.2. Capacidades Dinâmicas

No HES, foi relatado o desenvolvimento das seguintes capacidades dinâmicas em prol da acreditação hospitalar: a) Gestão de Compras (Nível 1), b) Gerenciamento de Protocolo (Nível 2), c) Gerenciamento de Resultados (Nível 3). Estas capacidades foram selecionadas pelos entrevistados como resposta ao questionamento de qual capacidade foi a principal em cada nível da acreditação.

Inicialmente, foram elencadas duas capacidades separadamente: o Gerenciamento de Protocolos e o gerenciamento de processos (criação, formalização, disseminação, refinamento e auditoria de processos). Porém, durante a análise, foi identificado que o gerenciamento de processos diretamente ligado a acreditação apresentava, uma relação de dependência legítima com o gerenciamento de protocolo, pois só era acionado no momento em que havia uma mudança de protocolo. Desta forma, a fim de obter uma análise não duplicada deste fenômeno, o gerenciamento de processos foi considerado não como uma capacidade, mas como uma das rotinas do gerenciamento de protocolo.

Helfat *et al* (2007) definem capacidades dinâmicas como aquelas propositadamente criadas e que passam por constante expansão e transformação. As capacidades identificadas

no HES foram consideradas dinâmicas por sua constante renovação e expansão, conforme ficou evidenciado nos resultados. Para que sejam analisadas seguindo a metodologia prevista nesta dissertação, as capacidades serão tratadas em seções individuais. Cada seção tratará do uso das fontes de capacidades aprendizagem deliberada, relacionamento e aquisições.

a) Gestão de compras

A Gestão de Compras é uma capacidade que envolve as rotinas de relacionamento da empresa com clientes, fornecedores, funcionários e terceirizados. Ela foi desenvolvida para a acreditação por salvaguardar, por meio de contratos, que o hospital terá tudo de que precisa para a execução das atividades (matéria prima, mão de obra, capital) na hora e tempo necessários. A capacidade foi criada para dar suporte a uma das exigências do nível 1, o suprimento adequado.

Esta capacidade responde por, especificamente, as rotinas a partir do recebimento da demanda de compra de cada setor (o que, quantidade e quando precisa receber), pois a partir deste ponto será negociado o contrato de fornecimento, que inclui como e quando o fornecedor entregará ou prestará o produto ou serviço, seja este fornecedor externo ao hospital ou interno, como um setor, por exemplo.

Faz-se necessário destacar que a capacidade dinâmica de Gestão de Compras é a habilidade de fazer negociações e manutenção de contrato da forma que mais garante o sucesso da compra ou contratação do serviço, ou seja, de maneira mais assertiva, analisando qual fornecedor entrega corretamente ou atrasa, o momento de trocar de fornecedor ou de alterar cláusulas do contrato a fim de obter melhor atendimento.

Helfat *et al* (2007) determinam que, para ser considerada uma capacidade, ela deve estar minimamente padronizada e inserida na rotina da organização. Tais determinações puderam ser comprovadas por meio da análise de alguns contratos do HES, bem como pelo relato do gestor responsável por eles no setor de almoxarifado (entrevistado 5).

Tudo que eu faço aqui está documentado, com fluxograma, todo o processo descrito, pra que possa ser registrado exatamente como é feito. Se alguma coisa sai errado, a gente pode voltar e olhar o fluxograma e ver exatamente qual foi a etapa que não foi feita e que acabou levando a este erro.

Assim, um grupo organizado sob uma liderança foi criado para o surgimento do almoxarifado e as farmácias-satélite e a farmácia central, com o objetivo de gerenciar os contratos do hospital com fornecedores internos e externos. Esta organização de pessoal e

objetivo está de acordo com Winter, Helfat e Peteraf (2003) para o surgimento de capacidades.

Para a criação da capacidade, foram utilizados todos os mecanismos da fonte aprendizagem deliberada, sendo eles acumulação de experiência, articulação de conhecimento e codificação de conhecimento, previstos por Zollo e Winter (2002). Nesta etapa, a acumulação de experiência e a articulação do conhecimento foram particularmente mais utilizadas, porque era preciso repensar, em conjunto, como eram realizados certos procedimentos, considerando as experiências anteriores bem e mal sucedidas para que se definisse como seriam as novas rotinas. Simultaneamente, foi realizada, porém com menos ênfase, a codificação do conhecimento em manuais, ferramentas e procedimentos por escrito, pelo volume de trabalho que demandava a alteração do padrão anterior. Apesar da diferença de ênfases dada a cada mecanismo de aprendizagem deliberada, o uso está de acordo com Zollo e Brends (2010), Zollo e Winter (2003) e, especificamente em hospitais, está de acordo com Nembhard e Tucker (2011).

Também foi utilizada a fonte de capacidade relacionamento, prevista por Dyer e Singh (1998), mas não em todas as suas nuances. Dos quatro mecanismos de relacionamento (aliança, terceirização, patentes e licenças), só foram utilizados aliança e terceirização.

Foram terceirizados o laboratório, a limpeza e o tratamento de lixo hospitalar, o que garantiu ao hospital a aquisição de rotinas mais rapidamente, uma vez que o terceirizado já possuía o conhecimento, reduzindo custos com aprendizagem, estando tal situação de acordo com o previsto por Dyer e Singh (1988) e Helfat *et al* (2007), que sugerem que as organizações podem utilizar terceirizações para criar uma capacidade. Ao contrário do previsto por Szulanski (1996), não foram relatadas dificuldades nesta terceirização.

A aliança se deu por meio das parcerias com os fornecedores externos e setores internos, definida e registrada formalmente em documentos que delimitam a participação de cada parte dentro do relacionamento, conforme previsto por Kale, Dyer e Singh (2002). O registro e documentação são importantes para a capacidade de Gestão de Compras (e não apenas a aquisição de recursos), pois a formalização pode lhe proporcionar a clareza do que se esperar do relacionamento e facilitar a cobrança e a garantia do serviço ou produto por meio do registro da data, quantidade e outras particularidades do fornecimento, como pode percebido no relato do entrevistado 5.

Todos nós aqui dentro (do hospital) somos clientes, devemos trabalhar cada setor como clientes, para que eles possam contar que aqui vão encontrar o produto, o recurso necessário para o seu trabalho. Aqui trabalhamos com parceira. Fazemos

isso alinhado com o plano estratégico da direção, porque é o objetivo de todos nós. Aqui um segundo que você perde pra suprir, pode ser a perda de uma vida.

Os contratos são feitos não apenas com fornecedores externos, mas também internamente, entre os setores. Por exemplo, a farmácia central precisa de fornecimento de determinados medicamentos em certa quantidade e tempo, advindo do almoxarifado: é feito um contrato entre a farmácia central e o almoxarifado onde estão explicitadas todas as requisições de ambas as partes, como pedido com um tempo médio de antecedência por parte da farmácia e prazo máximo de entrega pelo almoxarifado.

Szulanski (1996) prevê dificuldades na gestão de relacionamento, tais como ambiguidade causal, falta de credibilidade e motivação. Porém, conforme os relatos, foi possível perceber que o HES criou mecanismos para mitigar estas dificuldades, como prática estruturada (processos desenhados, documentos pré-definidos), clareza do resultado esperado e relacionamento customizado, estando de acordo com o sugerido pelo autor. Ademais, há uma equipe de qualidade interna dentro do setor de almoxarifado que faz auditoria se estes contratos estão sendo cumpridos, contando atualmente com 99% de cumprimento.

Em relação à fonte Aquisições, é preciso destacar que o hospital não lançou mão da aquisição de nenhuma organização para a criação das capacidades identificadas nesta pesquisa, visto que a terceirização e alianças se mostraram suficientes para a absorção das rotinas necessárias, estando em linha com Capron (2013), que prevê que a aquisição é utilizada comumente como última alternativa, em casos onde a capacidade não pode ser absorvida satisfatoriamente de outras maneiras.

b) Gerenciamento de Protocolo

Gerenciamento de Protocolo é a capacidade que envolve as rotinas de cumprimento das normas hospitalares como prescritas por órgãos regulamentadores, chamadas de Protocolos. O Gerenciamento de Protocolo foi escolhido pelo HES como capacidade por ser requisito da acreditação nível 2, que demanda rotinas de treinamento de pessoal, renovação de documentos e indicadores em prol do novo protocolo.

Tal qual a Gestão de Compras, esta capacidade está documentada formalmente e inserida na rotina do hospital, como pôde ser evidenciado por meio dos fluxogramas dos processos, panfletos informativos e atas de reunião. A formalidade e inserção da capacidade na rotina são destacadas por Helfat *et al* (2007) como requisitos para a existência de uma capacidade dinâmica, tendo o HES atendido estes requisitos. Os profissionais envolvidos para

este gerenciamento são todos os recrutados para executar protocolos (práticas médicas), os membros do setor da qualidade e os clientes. Winter (2003), Helfat e Peteraf (2003) sugerem ser necessária a existência de profissionais envolvidos e organizados sob uma liderança para o surgimento das capacidades, estando o HES de acordo com o previsto.

Para a criação desta capacidade, foram utilizados todos os mecanismos da fonte aprendizagem deliberada previstas por Zollo e Winter (2002) – acumulação de experiência, articulação e codificação de conhecimento. Por exemplo, o protocolo de realização de cirurgia cardíaca envolve o fornecedor dos instrumentos, os enfermeiros e médicos, que devem fazer reuniões de construção do processo que insere o protocolo na rotina. Esta etapa implica em reuniões de diálogo e compartilhamento de experiências (articulação de conhecimento), baseando-se na experiência acumulada dos membros envolvidos.

Após a criação do protocolo, é necessário que o conhecimento seja documentado por escrito para que seja padronizado, ou seja, é necessário que haja a codificação do conhecimento. Para tal, a equipe que criou o protocolo o apresenta em revisão para que seja avaliado por membros das reuniões de protocolo, por meio de sugestões de melhoria. Após as modificações, o protocolo é concluído e pode ser executado. Após as execuções dos protocolos, há registro dos indicadores e reuniões de avaliação de seus resultados, bem como regulares auditorias do processo feitas pelo setor da qualidade em conjunto com o setor realizador da cirurgia.

Para uso desta capacidade, há dificuldade de alinhar as experiências de vida anteriores dos funcionários envolvidos e os novos protocolos, uma vez que há questionamentos a cerca de por que se deve mudar o protocolo, a forma como se faz as atividades, já que os funcionários já se acostumaram a fazer de determinada forma. Porém, quanto mais envolvidos no processo de acreditação, mais estes profissionais ficam sensibilizados para esta necessidade e a dificuldade passa a ser mitigada.

Além da aprendizagem deliberada, a capacidade de Gerenciamento de Protocolo usa, ainda, a fonte “relacionamento”, na forma de aliança com seus clientes e fornecedores. A aliança com os fornecedores se dá por meio de contratos de treinamento, onde o fornecedor fica responsável por ensinar aos funcionários como utilizar cada novo equipamento que será utilizado na execução dos protocolos. A aliança com o cliente acontece a partir da entrega para o mesmo de documentos de esclarecimento sobre o protocolo e todas as etapas que o envolvem, para que ele mesmo seja capaz de cobrar, denunciar inconformidades e melhorar o processo, bem como estar ciente de seu papel no comprometimento com a realização do protocolo, ou seja, as ações que podem ou não realizar em prol da saúde. Esta entrega é

documentada e assinada por ambas as partes, como foi possível verificar por meio da análise de documentos de protocolo. O estabelecimento de um documento formal que esclarece, tanto com os fornecedores quanto com clientes, as partes do acordo, formas de comunicação e resultados esperados é destacado por Kale, Dyer e Singh (2002) como formas de melhor conduzir o relacionamento, e foram utilizadas pelo HES, conforme apontam os resultados.

Szulanski (1996) destaca dificuldades no uso desta fonte, como falta de credibilidade e motivação para o relacionamento. Esta última dificuldade parece ser enfrentada pelo HES em relação aos clientes porque, por mais que o próprio cliente ou seus familiares assinem o compromisso, eles ainda descumprem o acordado por motivos diversos, e, como são clientes e não funcionários, o hospital não pode aplicar punição ou ação corretiva. Tem-se tentado mitigá-las ao utilizar uma linguagem mais clara para descrever o que se espera de cada parte e uma customização do relacionamento, sugestões estas também apresentadas pela literatura de Szulanski (1996).

c) Gerenciamento de Resultados

A capacidade de gerenciamento de resultados foi definida como o conjunto de rotinas de monitoramento constante de todos os padrões do hospital e articulação entre o Gerenciamento de Protocolo e contratos, alinhando-os a uma única missão, de modo a não serem mais rotinas separadas, mas sim organizadas para o mesmo propósito: qualidade assistencial. A capacidade foi criada, pois, para atender as exigências do nível 3 da acreditação, que enfoca os processos de estratégia e melhoria contínua. A capacidade surgiu da recombinação (fusão) das capacidades Gestão de Compras e Gerenciamento de Protocolo.

Mais detalhadamente, antes do terceiro nível de acreditação foi preciso estruturar a Gestão de Compras e o Gerenciamento de Protocolo e no nível 3 exige-se de ambas as capacidades que elas tenham processos cada vez mais integrados por meio da aprendizagem deliberada e dos relacionamentos. Por exemplo, se o indicador de infecção hospitalar aponta que houve duas infecções, há reuniões de análise de causa-raiz onde se passa a considerar o que a Gestão de Compras e o Gerenciamento de Protocolo puderam influenciar nesta ocorrência, do tipo “a medicação contra infecção não chegou a tempo hábil (Gestão de Compras) e, ao chegar, não foi administrada corretamente (Gerenciamento de Protocolo)”. Nos primeiros níveis, as capacidades foram criadas individualmente, sem possuírem processos comuns entre si, pois ainda não havia conhecimento para fazer com que trabalhasse de forma complementar, conforme depoimento da entrevistada 1.

Esta relação simultânea de que os dois conjuntos de rotinas estavam interligados não existia antes, eram dois conjuntos de rotinas diferentes porque estávamos aprendendo a fazer cada uma. Depois que a gente conseguiu, chegou a hora de juntar e fazer tudo andar junto. Porque é isso que a gente tem que saber fazer pro nível três: não é uma e outra, são as duas juntas.

A capacidade foi criada por meio do envolvimento dos mesmos setores e equipes que criaram as capacidades anteriores, porém agora trabalhando em conjunto, sob o objetivo de unificar Gestão de Compras e Gerenciamento de Protocolo. Isto está alinhado com o sugerido por Winter (2003), Helfat e Peteraf (2003), isto é, um grupo organizado sob uma liderança tendo por objetivo cumprir uma tarefa e, assim, criando capacidades.

Tais setores e equipes utilizaram os três mecanismos de aprendizagem deliberada, propostos por Zollo e Winter (2002). Primeiro, o mecanismo “acumulação de experiência” auxiliou a aprendizagem, pois os funcionários já haviam absorvido os conhecimentos sobre a acreditação e estavam sensibilizados para a necessidade de alteração de rotinas em prol da obtenção do nível 3. Assim, tais funcionários criaram a nova capacidade e, então, houve a “codificação do conhecimento” por meio de fluxogramas e treinamentos, para que o conhecimento passasse a ser absorvido e, assim, criada a capacidade. Após a codificação, foi feita a “articulação do conhecimento” por meio da divulgação da nova capacidade em reuniões, treinamentos e fóruns.

Quanto à fonte “relacionamentos”, as mesmas alianças e terceirizações estabelecidas anteriormente foram mantidas, pois não foi sentida a necessidade de obter recursos externos à organização para compor a capacidade. O quadro 13 sintetiza os achados sobre o uso das fontes de capacidades.

Quadro 13: Uso das fontes de capacidades dinâmicas pelo HES (CONTINUA)

Fontes de Capacidades	Capacidades Dinâmicas		
	Gestão de Compras	Gerenciamento de Protocolo	Gerenciamento de Resultados
Aprendizagem Deliberada	a) Codificação do conhecimento: manuais, ferramentas e procedimentos por escrito b) Acúmulo de experiência: Reuniões em conjunto sobre realização de procedimentos, considerando experiências anteriores; c) Articulação do conhecimento: Reuniões e disseminação de manuais.	a) Codificação do conhecimento: Reuniões para desenho e discussão sobre protocolos; b) Acúmulo de experiência: Reuniões de compartilhamento de experiências; c) Articulação do conhecimento: Reuniões de decisão da criação da capacidade.	a) Codificação do conhecimento: fluxogramas e treinamentos b) Acúmulo de experiência: utilizou a experiência das capacidades anteriores c) articulação do conhecimento: Reuniões, treinamentos e fóruns

Relacionamento	Terceirização laboratório, gerenciamento de resíduos e limpeza; Aliança com fornecedores externos e setores internos	Aliança com clientes e fornecedores.	Alianças e terceirizações prévias.
Aquisição	Não foi utilizada.	Não foi utilizada.	Não foi utilizada.

Fonte: Elaboração Própria (2013)

Em conclusão, pode-se afirmar que o HES lançou mão das fontes de capacidades dinâmicas aprendizagem deliberada e relacionamento, fazendo com que a proposição 2 desta dissertação seja verdadeira para o HES, uma vez que propõe que tais fontes sejam utilizadas.

Depois de descrito o momento de surgimento das capacidades do HES, foi analisado o Ciclo de Vida de suas capacidades. As capacidades de Gestão de Compras e Gerenciamento de Protocolo passaram pelos três estágios que compõem o Ciclo de Vida das capacidades proposto por Helfat e Peteraf (2003). O primeiro estágio é o de fundação, no qual um grupo organizado tem um objetivo a cumprir e cria a capacidade para alcançá-lo. Isto pôde ser evidenciado na alocação de uma equipe para a criação da capacidade de Gestão de Compras, separada em um novo setor, chamado almoxarifado, onde o grupo deveria criar o novo gerenciamento de compras, garantindo o atendimento a todo o hospital. Já para a capacidade de Gerenciamento de Protocolo, isto pôde ser evidenciado no relato de que todos os profissionais com este propósito formaram um grupo que tinha por missão transforma-lo em processo, melhora-lo e dissemina-lo.

O segundo estágio é o de desenvolvimento da capacidade, onde o grupo ganha experiência e escolhe as alternativas para incremento das capacidades. As formas escolhidas pelo HES para o desenvolvimento das capacidades foi a revisão de todos os processos, de maneira periódica, caracterizando esta escolha como um opção pelo aprendizado na ação/*learning by doing* previsto pela literatura.

Os entrevistados alegaram identificar que a capacidade tinha atingido o estado completo de desenvolvimento uma vez que ela era reconhecida pelos órgãos certificadores, que concediam a certificação devido ao desenvolvimento da capacidade. Assim, era o momento de pensar sobre o caminho que a capacidade deveria tomar, chegando ao terceiro estágio, a maturidade, onde a capacidade pode tomar seis caminhos: retirada de atuação, redução da utilização, renovação, replicação, redistribuição e recombinação de uma capacidade com outra para a formação de uma terceira.

Por meio das evidências, foi possível perceber que houve renovação das capacidades por meio de suas revisões, tendo refinado o mapeamento de seus processos, agregado mais

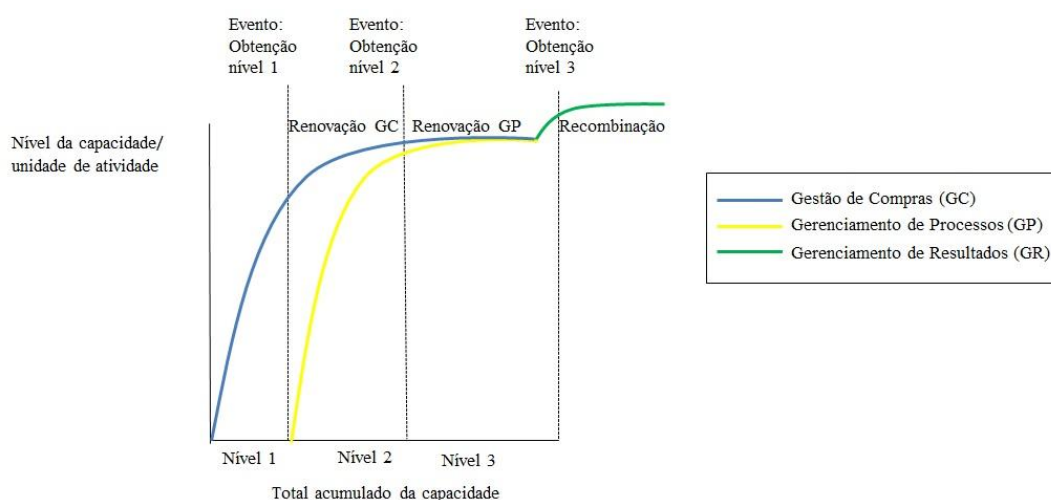
membros envolvidos, alterado seus fluxogramas, dentre outras ações, em prol de seu refinamento. Entretanto, não houve retirada de atuação, redução da utilização, nem replicação ou redistribuição.

A chegada ao nível três fez com que as capacidades de Gestão de Compras e Gerenciamento de Protocolo que vinham sendo renovadas passassem a se recombinar para formar a capacidade Gerenciamento de Resultados.

A criação desta capacidade envolveu incorporação de rotinas, de documentação, discussão de temas que antes não eram discutidos, de forma a fundir as duas rotinas. Por exemplo, se um remédio não desempenhou o efeito esperado em um pós-operatório, antes da recombinação das capacidades, a ação a ser feita era encaminhar o remédio ao laboratório para análise.

Após a recombinação da Gestão de Compras com o Gerenciamento de Protocolo, a comunicação de uma não-conformidade pode se dar de duas formas: anonimamente, pelo preenchimento de um formulário, estimulando que qualquer funcionário envolvido no processo (do médico que prescreveu ao funcionário que transportou) ou voluntariamente em reunião conjunta, de modo que qualquer funcionário envolvido possa relatar a não conformidade. A análise da causa-raiz da não conformidade também mudou, não sendo mais feita em um setor isoladamente, mas com uma reunião em conjunto dos dois grupos que trabalhavam individualmente na Gestão de Compras e no Gerenciamento de Protocolo. O objetivo é realizar a rotina de identificação de causa mais rapidamente e eficazmente e de fazer o conhecimento circular em maior escala, visto que todos tomam. A figura 12 buscou sintetizar os achados sobre o Ciclo de Vida das capacidades no HES, à luz de Helfat e Peteraf (2003).

Figura 12: Ciclo de Vida das capacidades no HES



Fonte: Elaboração Própria (2013)

Ao observar a figura 12, pode-se perceber que a curva não assume o formato de “S”, ilustrando a não ocorrência de alterações no grau de uso da capacidade, seja para mais, ou seja, para menos. Pode-se observar ainda o surgimento da capacidade Gestão de Compras antes da obtenção do nível 1, sua renovação após a certificação e o uso contínuo da capacidade no nível 2. Por sua vez, observa-se que Gerenciamento de Processos surge após o nível 1 e, uma vez alcançado tal nível, é possível perceber que a capacidade passou por renovação e continuou sendo utilizada, até o momento em que pode ser vista a fusão de Gestão de Compras com Gerenciamento de Processos, após o nível 2, a fim de recombinar tais capacidades para formar a capacidade dinâmica Gerenciamento de Contrato, com vistas a obter o nível 3 da certificação.

Esta recombinação de capacidades para a formação de outra, bem como sua representação gráfica iniciando em outro ponto do quadrante que não a origem, está em linha com o previsto por Helfat e Peteraf (2003) no Ciclo de Vida das capacidades. Isto torna verdadeira para o HES a proposição três desta dissertação, de que as capacidades analisadas nesta dissertação passam pelo Ciclo de Vida das capacidades dinâmicas.

Por fim, por meio da observação que as capacidades passaram por movimentações de renovação e recombinação, pode-se confirmar que elas seguem a descrição proposta por Helfat *et al* (2007) para capacidades dinâmicas: são não estáticas, sofrendo transformações de rotinas e recursos.

5. ANÁLISE CRUZADA DOS CASOS (CROSS CASE)

Após a análise individual dos casos, esta seção apresenta a análise dos casos cruzados (*cross case*). Esta análise visa comparar os achados de ambos os hospitais, a fim de identificar semelhanças e diferenças na mudança estratégica e capacidades dinâmicas. O capítulo de análise cruzada foi dividido nas mesmas seções do capítulo de análise individual, porém agora tratando do HES e do HSL simultaneamente.

5.1 Mudança Organizacional

A obtenção da acreditação hospitalar é considerada como impulsionadora das mudanças organizacionais (DUCKETT, 1983). Este impulso ocorreu por motivações diferentes entre os hospitais. O HES foi estimulado a buscar a acreditação após ser adquirido pela rede D'or São Luiz, sofrendo influência interna da nova direção do hospital por meio de seu apoio, incentivo e exigência. Sofreu também influências externas diversas: social, a partir da percepção popular do risco hospitalar; influência cultural da exigência da população pernambucana; influência econômica dos planos de saúde; e influência política dos incentivos do governo. Por sua vez, o HSL decidiu pela acreditação por iniciativa dos médicos proprietários, que descobriram o que era acreditação em um congresso americano, antes da existência de órgãos disseminadores e reguladores da acreditação no Brasil. Com efeito, a influência interna foi apontada pelo HSL como a principal responsável pela acreditação.

A liderança destaca-se aqui, portanto, como o fator mais representativo no momento da opção pela busca da acreditação hospitalar. A razão para tal reside no fato de que, em ambos os hospitais, foram os líderes que tomaram a decisão e impulsionaram a acreditação, , como pode ser percebido nos seguintes relatos.

Se a direção não tivesse interferido e exigido dos funcionários o engajamento com a acreditação hospitalar ela não teria sido possível porque houve resistência. Mas a direção estava sempre lá e participando do maior número de reuniões dos grupos que eles podiam para demonstrar o apoio. HES, Entrevistada 2.

Partiu da diretoria a decisão de buscar a acreditação, eles que tiveram a visão de que era um processo importante, eles que eram comprometidos com as melhorias do hospital, muito antes de acreditação sequer ter um órgão representativo no Brasil. HSL, entrevistada 1.

À luz das constatações de Tushman e Romanelli (1985), Gonçalves (2002) e Bruno-Faria (2003) de que pressões externas e internas podem ser fatores de influência, e à luz de

Pettigrew (1987) de que fatores políticos, culturais, sociais e econômicos podem desencadear mudanças, conclui-se que estes quesitos foram confirmados no HES, mas parcialmente confirmado no HSL, no qual bastou a influência interna para que a acreditação fosse buscada. A partir desta observação, pode-se depreender que a multiplicidade de influências e pressões pode não ser o fator determinante para a mudança organizacional, mas sim a forma com a qual a influência e a pressão são percebidas pela organização.

Pettigrew (1987), em sua análise do conteúdo, processo e contexto da mudança organizacional, sugere que esta gera implicações na estrutura, estratégia e sistemas que influenciam o desempenho. Tal afirmação foi confirmada nos hospitais analisados. As mudanças na estrutura se deram tanto física quanto organizacionalmente. No HES, as mudanças de estrutura física foram: ampliação de centro diagnóstico, informatização dos procedimentos, aquisições de equipamentos de alto padrão para o centro cirúrgico, aumento da variedade de material, ampliação de centro cirúrgico, exames de imagem digitalizados que podem ser acessados de qualquer parte do hospital usando as credenciais do cliente e reduzindo o uso de película. No HSL, as estruturas físicas foram alteradas de forma semelhante, com ampliação de UTIs e leitos, aquisição de prédio para a Administração, aquisição de andar para enfermaria em outro prédio, compra e customização de equipamentos.

A mudança de estrutura organizacional também apresentou semelhanças devido a semelhantes centralizações e redistribuições de pessoal. Ambos os hospitais centralizaram o gerenciamento nas UTIs, reduzindo o número de gestores, e redistribuíram atividades com a criação de novas diretorias (diretoria médica, administrativa, financeiro-corporativo no HES; médica, comercial e operacional no HSL). O motivo que levou os hospitais a estas mudanças na estrutura também foi o mesmo: adequar-se à acreditação, que demandava uma estrutura mais focada na tarefa, com estruturas enxutas e especializadas. Tais mudanças foram previstas por Greenfield e Braithwait (2008) e Pomey *et al* (2004), especificamente para hospitais. Dentro da estrutura foi analisada a distribuição de poder, sugerido por Tushman e Romanelli (1985) como um dos fatores que sofrem alterações com a mudança organizacional, pois alterações na estrutura por vezes implicam em mudanças na distribuição de poder.

Pettigrew (1987) sugere que a mudança implique em alterações na estrutura organizacional, o que foi enviado nos dois hospitais. Por exemplo, no HSL foi criada a Central de Material Estéril, que passou a cuidar de todas as tarefas de esterilidade de itens, e o Núcleo de Educação Permanente (NEP), agora responsável pelo programa de educação continuada no hospital. O HES, por sua vez, criou o setor de Almoxarifado, responsável pelas

atividades de suprimento, antes executadas na área farmacêutica, de maneira cruzada com atividades do próprio setor.

Tanto a Diretoria Comercial do HSL como a Coordenadora da Qualidade do HES afirmaram que estas distribuições de poder foram feitas com vistas a dar mais *empowerment* aos setores para realizar suas atividades, pois isto resultaria em uma gestão com mais foco e mais rápida, necessária à acreditação.

Em relação à estratégia, tanto o HES quanto o HSL mencionaram ter realizado uma revisão e modificação sistêmica da forma de criar e gerenciar estratégia em prol das demandas da acreditação. No caso do HES, a estratégia teve que ser iniciada, pois não havia o uso de ferramentas como análise de ambiente, planos operacionais e planejamento estratégico. O HSL, por sua vez, relatou refinamentos, como a implantação de registro de evidências, verificação legal de procedimentos, comissões obrigatórias e atualização do planejamento estratégico. Estas mudanças realizadas pelos hospitais seguem em linha também com as sugestões de Tushman e Rommaneli (1985) para mudanças na estratégia.

No tocante a sistemas que influenciam o desempenho, semelhanças entre as mudanças realizadas nos dois hospitais continuam a ser evidenciadas. Ambos passaram a gerenciar sistemas de desempenho com indicadores que antes não eram controlados por estas instituições, como qualidade assistencial e satisfação de clientes internos. O HSL chegou a licenciar um *software* de gerenciamento de indicadores. As razões para a criação de tais sistemas também foram similares: necessidade de acompanhamento ágil e preciso sobre o desempenho do hospital a fim de identificar não conformidades rapidamente.

Além das mudanças abordadas por Pettigrew (1987), Tushman e Romanelli (1985) sugerem haver ainda outras mudanças organizacionais: sistemas de controle e valores. Todas estas mudanças foram evidenciadas nos hospitais analisados

Em relação ao sistema de controle, Tushman e Romanelli (1985) sugerem que a mudança organizacional implica em alterações na avaliação de desempenho, revisão de normas, padrões de comunicação e sistema de recompensa. No HES, houve mudanças por meio da criação do controle do planejamento estratégico e da avaliação de desempenho, que antes não existiam e passaram a ser controlados por indicadores. Por outro lado, no HSL já ocorria avaliação de desempenho e planejamento estratégico, porém foram realizadas alterações por completo, a fim de que o hospital se adaptasse às exigências da acreditação, a exemplo da implantação de novos indicadores e do *software* de monitoramento e da avaliação de desempenho com objetivos educativos e não mais punitivos.

Em comum, os dois hospitais modificaram seus padrões de comunicação por meio da criação de Reuniões de Causa-Raiz, reuniões estratégicas e de auditoria em suas rotinas de sistema de controle, bem como revisaram as normas e por isto padronizaram e formalizaram todos os processos dentro dos protocolos de saúde nos quais devem ser trabalhados.

Mudança no sistema de recompensas prevista por Tushman e Romanelli (1985) foi seguida de maneira informal pelos dois hospitais e não atrelada a recompensas financeiras, sob a mesma justificativa: não é benéfico para a acreditação que ela seja atrelada a benefícios financeiros, pois ela deve ser alcançada sob uma nova cultura organizacional de busca pela excelência, de modo que sempre seja almejada mesmo que a certificação seja alcançada, pois é necessário mantê-la.

A observação *in loco* e a releitura dos dados coletados permitiu identificar que o sistema informal de recompensas não financeiras para funcionários que cooperam com a acreditação. As recompensas não financeiras são traduzidas de diversas formas: estabilidade de emprego, socializações comemorativas pós alcance de certificação, possibilidade de ascensão na empresa, participação em projetos novos e receber exaltação por boa conduta. Isto pode ser percebido no discurso da entrevistada 1 do HES e da entrevistada 1 do HSL apresentados a seguir:

Eu era chefe de enfermagem quando começou essa história de acreditação, e eu era resistente, não queria. Mas sentei pra entender, gostei do negócio, fui espalhando pelo hospital, estou aqui até hoje. Ser coordenadora da qualidade implica entender a dificuldade que as pessoas têm em entender a acreditação e ajuda-las a superar isso. E quando a gente supera, que consegue a certificação, é uma festa. Aí sai pra comemorar, celebra porque é uma conquista de todos mesmo. (entrevistada 1, HES)

Eu fui fazer uma entrevista de emprego com uma menina um dia desses, aí eu perguntei se ela gostava de trabalhar em equipe e ela disse “não”. Ela já se eliminou na hora. Não tem como trabalhar com acreditação e não trabalhar em equipe, todo mundo aqui sabe disso. Se não quer trabalhar com acreditação, com excelência, não se adapta e sai. Pra quem quer ficar, tem trabalho e chefia. (entrevistada 1, HSL)

Por meio da análise do sistema de recompensa, pode-se concluir que, apesar de não haver formalidade nos sistemas dos hospitais estudados, há recompensas ainda informais e não relacionadas a dinheiro que não existiam antes da busca pela acreditação, tendo sido a certificação o motivador desta mudança nas recompensas, estando, portanto, alinhado com a sugestão da existência de um sistema de recompensas, por Tushman e Romanelli (1985).

Em relação ao último item de mudança abordado por Tushman e Romanelli (1985), valores, este foi alterado de maneira significativa e formal pelos dois hospitais, diferentemente do sistema de recompensa. Ambos relataram ter havido revisão, adição e

execução de tarefas para a disseminação dos valores organizacionais, de forma trabalhosa, porém, necessária, sob a justificativa de que são os valores que sustentam a cultura organizacional necessária para a manutenção da acreditação. Esta sustentação foi prevista por Tushman e Romanelli (1985), que relataram que a mudança nos valores está infiltrada em todas as outras mudanças, determinando as premissas de onde, como e por que a organização atua.

Em relação à corrente de mudança organizacional, as duas organizações estudadas apresentaram as mesmas divergências da literatura sob iguais justificativas. Os hospitais não seguem a mudança prevista por Flavel (1982) porque a busca pela acreditação não foi uma mudança repentina (conforme o autor), mas sim deliberada e planejada. Tampouco foi encerrada após o alcance da certificação, conforme proposto por Gibson (1988) na Teoria de Mudança Teleológica. A corrente de Van de Ven e Poole (1995) de Mudança Dialética também não caracterizou a mudança em ambos os hospitais, pois nenhum deles alegou que as mudanças ocorreram por uma força contrária que, uma vez combatida, encerra as mudanças, sob a justificativa de que a acreditação nunca tem fim, pois deve ser mantida.

Por fim, os entrevistados do HES e o HSL afirmaram que a corrente que mais se aproxima da mudança em suas organizações é a evolucionária de Nelson e Winter (1982). Estes autores destacam que a mudança surgiu de uma alteração clara, por meio da escolha da melhor forma de reagir e, posteriormente, de manter a estabilidade. Porém, os entrevistados do HSL alegaram que, para o hospital, a mudança não ocorreu de uma alteração clara, mas sim da continuidade das motivações internas do hospital. Afora esta divergência, ambos os hospitais afirmaram que buscaram escolher a melhor forma de reagir e de manter a estabilidade alcançada pós-alterações, alinhado com os autores da corrente. Apesar da divergência do HSL, considera-se que ambos os hospitais seguem a corrente evolucionária proposta por Nelson e Winter (1982), por ser a que possui mais características aproximadas do comportamento da mudança nos hospitais.

Dentro da corrente evolucionária, Tushman e Romanelli (1985) propuseram o modelo de Equilíbrio Pontuado, no qual a mudança passa por estágios de Convergência e Reorientação. De acordo com os dados coletados, pode-se concluir que os hospitais analisados passaram pelo modelo apregoado pelos autores. As razões para tal residem nas evidências de que os hospitais alegaram que o momento anterior à acreditação foi derivado da dinâmica emergente e das tentativas de lidar com a conjuntura, buscando impedir uma mudança descontinuada. Uma vez decidido buscar a acreditação, os hospitais entraram no

processo de Reorientação, tendo descrito mudança na estratégia, estrutura, poder e sistemas em prol do novo alinhamento (acreditação).

O período de retorno à Convergência foi descrito por ambos os hospitais como simultâneo ao momento de Reorientação: enquanto certas mudanças entravam no período de Convergência, outras passavam pela Reorientação. Esta sobreposição natural entre os momentos de Reorientação e Convergência foi prevista por Tushman e Romanelli, ao mencionarem que o equilíbrio pontuado é um sistema de mudanças simultâneas e descontínuas, difíceis de serem delimitadas de maneira exata, de modo que é possível concluir que a análise está alinhada ao apregoado pelos autores, fazendo com que seja verdadeira a proposição 1 desta dissertação, que diz que as organizações analisadas terão sua mudança sob o modelo de equilíbrio pontuado.

5.2 Capacidades Dinâmicas

Esta seção aborda as capacidades dinâmicas identificadas nos hospitais estudados, o que são e por que foram criadas e suas respectivas fontes (aprendizagem deliberada e relacionamento), de modo comparativo entre os hospitais. O Quadro 14 apresenta uma síntese das capacidades identificadas, por nível de acreditação, bem como sua descrição.

Quadro 14: Capacidades Dinâmicas Evidenciadas

Nível	Capacidades HSL	Descrição	Capacidades HES	Descrição
1	Uniformização de conduta com bases legais	Criação e mobilização de recursos físicos e pessoais para o atendimento à lei e exigências do nível 1 de acreditação.	Gestão de Compras	Rotinas de relacionamento da empresa com clientes, fornecedores, funcionários e terceirizados.
2	Gerenciamento de Protocolo	Rotinas de criação, disseminação e manutenção dos protocolos com agilidade.	Gerenciamento de Protocolo	Rotinas de cumprimento das normas hospitalares advindas dos protocolos.
3	Foco em Resultado	Rotinas integrativas de outras rotinas de modo que sejam bem executadas, fazendo com que todos os indicadores do hospital se mantenham dentro do padrão exigido pela certificação.	Gerenciamento de Resultados	Rotinas de monitoramento constante de todos os padrões do hospital por meio da integração entre o Gerenciamento de Protocolo e contratos em prol da qualidade.

Fonte: Elaboração Própria (2013)

A partir de tais evidências, pode-se afirmar que as capacidades identificadas estão padronizadas e inseridas na rotina dos hospitais, foram criadas e transformadas propositadamente por um grupo engajado para este fim, de modo que estão de acordo com Eisenhardt e Martin (2000) e Helfat (2007) na classificação de capacidade dinâmica. Percebe-se, portanto, que o nível 1 gerou capacidades distintas em cada hospital, porém as semelhanças passam a aparecer no nível 2, como pode ser percebido pela descrição semelhante e nome idêntico.

A seguir, as capacidades serão analisadas de forma cruzada, em seções delimitadas pelo nível de acreditação hospitalar, de acordo com os objetivos do trabalho.

a) Nível 1 de acreditação hospitalar

As capacidades Uniformização de conduta com bases legais e Gestão de Compras são distintas em nomenclatura e descrição. Em relação ao papel essencial, ambas as capacidades visam a mobilização de recursos físicos e pessoais (matéria prima, mão de obra e capital) que sejam necessários para suprir o hospital do minimamente necessário para realizar suas atividades dentro da lei e de acordo com as exigências do nível 1. Tal semelhança pode ser percebida por meio do relato da entrevistada 1 do HES e da entrevistada 1 do HSL.

A primeira coisa que a gente precisou fazer pra se adequar ao manual (de acreditação) foi organizar os recursos que a gente tinha. Todos. De gaze à enfermeira. O manual tem os padrões médicos legais mínimos pra gente seguir, então a gente teve que se articular com cliente, fornecedor, funcionário, terceiro, todo mundo pra tudo estar disponível certinho quando a gente precisasse. (Entrevistada 1, HES)

A gente sempre seguiu a lei, mas a gente precisava se adequar ao mínimo exigido pela certificação, então juntamos todo mundo de todos os setores que antes eram individuais pra que todo mundo se voltasse a isso. Tudo tinha que estar documentado, registrado, dizendo o que é que cada um tinha que fazer e até terceiro entrou na história, eles são analisados por nós também porque todo mundo tem que entregar tudo nos conformes, nós dependemos uns dos outros. (Entrevistada 2, HSL)

Porém, há a diferença no propósito, visto que o HSL visa o atendimento à lei e o HES visa lidar com contratos de fornecimento ou clientes. Há diferença também na forma de cria-las. Para a criação desta capacidade, os dois hospitais utilizaram todos os mecanismos da fonte de capacidades aprendizagem deliberada: acumulação de experiência, articulação de conhecimento e codificação de conhecimento, estando de acordo com Romme, Zollo e Berends (2010). Porém, a importância dada a cada mecanismo variou. O HSL não buscou

priorizar a codificação do conhecimento devido ao volume de trabalho que demandava as alterações necessárias à certificação, realizando mais atividades de articulação de conhecimento e de acumulação de experiência, como lançar mão de grupos de discussão e análise em conjunto dos padrões que deveriam ser modificados.

O HES, por sua vez, considerou que a acumulação de experiência dificultou a criação da capacidade, pois a experiência prévia dos funcionários fazia com que fossem resistentes à alteração das rotinas em prol da acreditação, tendo sido necessário enfatizar a codificação do conhecimento para que o hospital pudesse sensibilizar seus funcionários por meio dos padrões escritos e registrados. A articulação do conhecimento, porém, foi vista como essencial pelos dois hospitais, pela necessidade existente de que as novas rotinas fossem disseminadas pelo hospital.

Nembhard e Tucker (2011) sugerem que hospitais que lançam mão da aprendizagem deliberada devem solicitar *feedback* de seus funcionários antes da implementação de ações, e realizar reuniões em grupo e ciclos de resolução de problemas, o que foi evidenciado nos hospitais, uma vez que relataram solicitação de para o alinhamento às leis e requisitos, reuniões em grupo documentadas e ciclo de resolução de problemas periódicos, como as reuniões de causa-raiz.

A fonte de capacidades relacionamento também foi utilizada por ambos os hospitais. Os autores Argawal *et al* (2012) e Dyer e Singh (1998) sugerem quatro mecanismos para relacionamento: aliança, terceirização, patentes e licença, das quais apenas aliança e terceirização foram utilizadas.

A terceirização é feita pelos dois hospitais: o HSL terceiriza obras, gerenciamento de resíduos e limpeza, enquanto que o HES terceiriza o laboratório além dos itens mencionados pelo HSL. A terceirização contribui com a criação de capacidades dinâmicas, segundo Dyer e Singh (1998), por reunir recursos que a organização não conseguiria reunir sozinha. Tanto o HES como o HSL documentam suas terceirizações por meio de contratos onde consta o que se espera de cada parte. O HES realiza ainda aliança com fornecedores e com departamentos internos, por meio de contratos que esclarecem o suprimento necessário a ser recebido e a parte que deve ser realizada por cada membro da aliança. Szulanski (1996) sugere que pode haver dificuldades de relacionamento (ambiguidade causal, falta de credibilidade e motivação), porém nenhum dos hospitais relatou perceber quaisquer dificuldades, e atribuem isso a sua formalização e clareza de contratos, sugestões feitas pelo autor supracitado para mitigação das dificuldades. O HES, inclusive, criou o setor de almoxarifado exclusivamente

para lidar com estes contatos de suprimento, e a criação de um setor especializado também é prevista por Szulanski (1996).

b) Nível 2 de acreditação hospitalar

O Gerenciamento de Protocolo foi a capacidade destacada pelos dois hospitais como necessária ao nível dois, sendo igual em nome e descrição, compreendendo rotinas de criar, disseminar e manter protocolos (padrões de saúde emitidos pelas Sociedades de Saúde que devem ser seguidos por lei por serem práticas validadas cientificamente).

Tanto o HES quanto o HSL fizeram uso de todos os mecanismos de aprendizagem deliberada para criar esta capacidade. Mais uma vez, cada hospital deu ênfase a um mecanismo diferente. Os entrevistados do HES relataram iniciar a criação por meio do mecanismo “articulação de conhecimento”, pois reuniu fornecedores e membros da clínica médica para compartilhamento de informações sobre como realizar o protocolo da maneira correta, para, a partir destes conhecimentos, formalizarem o protocolo por meio da “codificação do conhecimento”, com manuais e outras documentações. Por fim, a mecanismo “acumulação de experiência” foi empregada, porém mais uma vez com dificuldade, devido à resistência dos funcionários a mudanças tão constantes. Ainda assim, quanto mais passavam pelo mesmo processo de mudança, mais familiarizados e menos resistentes ficavam, relatou a entrevistada 2 do HES.

Os entrevistados do HSL, por sua vez, relataram iniciar a criação da capacidade Gerenciamento de Protocolo com ênfase no mecanismo “codificação do conhecimento”, diferentemente do que tinha feito na capacidade anterior (onde tinha priorizado codificação), priorizando a acumulação de experiência. Primeiramente, o hospital desenhou os processos para atender cada protocolo, desenvolvendo ferramentas, manuais e fluxogramas em grupo. Em seguida, com a codificação pronta, passavam para o mecanismo articulação de conhecimento, para disseminação. Ao final, o conhecimento codificado e articulado acumulava experiência, completando o ciclo da aprendizagem deliberada.

Pode-se perceber, portanto, que os três hospitais lançaram mão da fonte aprendizagem deliberada, estando de acordo com Zollo e Winter (2002), porém desta vez com as ênfases invertidas a que deram na primeira capacidade.

Para a criação desta capacidade também, os hospitais utilizaram a fonte relacionamento, apenas no mecanismo aliança. O HSL lançou mão de alianças com as operadoras de planos de saúde, com o objetivo de deixar claro e documentado o motivo pela

qual é necessário realizar certos procedimentos e recursos a serem custeados pelos planos. Sem o recurso financeiro dos planos, não é possível realizar os protocolos corretamente. Por isto, o HSL e os planos de saúde realizam reuniões periódicas e extraordinárias documentadas formalmente por meio de atas de reuniões (que puderam ser evidenciadas) das quais resultam os contratos onde estão descritas as partes que cabem ao hospital e aos planos, bem como um manual sobre como proceder na aliança.

Já o HES lançou mão da aliança com os fornecedores, os planos de saúde, as empresas de equipamentos e com os clientes. A relação com os planos de saúde segue o mesmo princípio do HSL, pois objetiva esclarecer razões para realizar procedimentos de determinada forma, a fim de obter autorização dos planos para fazê-lo. A aliança com as empresas de equipamentos implica em treinamentos previamente agendados a todas as equipes que utilizarão equipamentos para a execução dos protocolos. A aliança com os clientes acontece a partir da entrega de documentos de esclarecimento do protocolo e todas as etapas envolvidas, quais etapas precisam da ajuda do cliente e que ajuda é essa, para que o cliente seja tanto colaborador como auditor do protocolo.

O fato de os dois hospitais buscarem recursos necessários para o desenvolvimento da capacidade por meio de alianças está alinhado com Dyer e Singh (1998), e a documentação da aliança por meio de atas e contratos está de acordo com Kale, Dyer e Singh (2002). Apesar de a abrangência das alianças dos hospitais serem distintas (HSL: planos de saúde; HES: planos de saúde, empresas de equipamentos e clientes), os autores não mencionam desalinhamento devido à abrangência, portanto considera-se que os dois hospitais continuam alinhados.

As alianças contribuem para a formação das capacidades dinâmicas porque agregam recursos que seriam adquiridos em tempo hábil pela aliança, ou ainda só poderiam ser alcançados por meio delas, como no caso dos planos de saúde.

Em relação às dificuldades de realização da aliança, previstas por Szulanski (1996), o HSL relatou que os planos de saúde, por vezes, não aceitam a realização de alguns procedimentos ou o uso de certos materiais, dificultando a aliança; o HES, por sua vez, relatou que os clientes, ocasionalmente, descumprem o que assinaram no contrato de que irão cooperar com o protocolo, e para eles não pode haver ação corretiva ou punição. Ambas as dificuldades vêm sendo mitigadas de acordo com as sugestões de Szulanski (1996), ou seja, por meio da prática estruturada para relações e da customização do relacionamento, pois cada hospital trata de maneira especializada as alianças em prol do gerenciamento de protocolo.

c) Nível 3 de acreditação hospitalar

As capacidades “Foco em Resultados” do HSL e “Gerenciamento de Resultado” do HES têm nomenclaturas relativamente distintas, porém os relatos, a observação *in loco* e a análise de documentos permitiu concluir que as capacidades são bastante semelhantes em objetivos e rotinas. Entrevistados dos dois hospitais relataram criar tais capacidades para atender ao requisito do nível três, que demanda enfoque em processos de estratégia e melhoria contínua (ver seção 2.3 Acreditação Hospitalar). Para isto, foram criadas rotinas descritas como capazes de integrar as rotinas criadas anteriormente, de modo que estas sejam executadas sob uma configuração mais estratégica, ágil, refinada, elevando a qualidade assistencial do hospital.

As evidências das capacidades identificadas são semelhantes nos dois hospitais: reuniões mensais de análise e controle de resultados, análise de causa raiz, intensificação do controle de indicadores, sempre refazendo e refinando os processos a fim de melhorar a capacidade; distinguindo-se apenas no ponto em que o HSL tem ainda uma diretoria de plantão a fim de monitorar os resultados.

Embora haja semelhanças, a forma de criação das capacidades foi distinta. Ao passo que o HSL descreveu seu processo de criação como utilizando as fontes aprendizagem deliberada e relacionamento, o HES relatou utilizar a mecanismo “recombinação” do Ciclo de Vida das capacidades de Helfat e Peteraf (2003). O uso das fontes de criação por parte do HSL se deu da seguinte forma: primeiramente, por meio da articulação do conhecimento gerado por treinamentos específicos sobre foco em resultados para, posteriormente, haver codificação do conhecimento com a criação de manuais, ferramentas, relatórios e bases de dados das rotinas da capacidade, com certa resistência durante a mecanismo acumulação da experiência. Houve certa resistência dos funcionários de desconstruir a experiência que haviam adquirido com as capacidades anteriores. Vale ressaltar que a capacidade de Gerenciamento de Resultados não é uma negação das capacidades anteriores, mas sim demandante de mudanças decorrentes de novos registros, indicadores e reuniões, originando, eventualmente, oposição dos funcionários pela rapidez com a qual as mudanças ocorreram. Esta oposição, porém, foi relatada pelos entrevistados como já transposta por meio de articulação do conhecimento e sensibilização.

O uso da fonte aprendizagem deliberada está em linha com Zollo e Winter (2003), porém o fato de o HES não tem usado esta fonte para criar o Gerenciamento de Resultados não implica estar em desacordo com a literatura, visto que está em linha com Helfat e Peteraf

(2003), que destacam que uma capacidade apresenta padrões de desenvolvimento, dentre eles a sua recombinação com outra (as) capacidade (s) a fim de gerar uma terceira.

Em relação ao uso da fonte relacionamento, o HES não utilizou nenhuma de seus mecanismos por ter criado sua capacidade por meio da combinação das duas capacidades anteriores. Por outro lado, o HSL utilizou mais mecanismos de relacionamento do que nas capacidades anteriores, tendo lançado mão de alianças, terceirizados e licenças, porque esta capacidade envolve mais rotinas do que as capacidades anteriores, envolvendo também mais partes e recursos.

As alianças ocorreram com centros de estudos, escolas, universidades, a fim de treinar os alunos para serem profissionais capazes de trabalhar com o Foco em Resultados do HSL. Como o hospital possui estrutura de ensino apenas interna, não é capaz de treinar futuros profissionais, necessitando de alianças para conseguir este recurso necessário à esta capacidade, estando de acordo com Argwal *et al*(2012), que diz que se busca alianças a fim de obter recursos que não se obteria de outra forma. As alianças estão documentadas em contrato onde são descritos os papéis de cada parte, em linha com Kale, Dyer e Singh (2002).

A terceirização se deu a partir da inserção dos terceirizados já contratados nas rotinas de foco de resultados por meio da apresentação de indicadores e cobranças mais focadas. Apesar de não ter havido novos contratos de terceirização, a transformação destes foi considerada como suficiente para classificar como uso do mecanismo, considerando estar de acordo com Kale, Dyer e Singh (2002). Não foram relatadas dificuldades, novamente contrário ao apregoado por Szulanski (1996).

As licenças obtidas para a criação desta capacidade foram licenças de *software* de interface (ver seção 4.1.2), necessárias para elevar a acurácia da análise de resultados, bem como agilizar a rotina, exigência da certificação. O uso de licenças está de acordo com o previsto por Dyer e Hatch (2006) e tais licenças contribuíram para a criação da capacidade porque proporcionaram a incorporação da rotina de acompanhamento, necessária ao foco em resultados.

Após a análise da criação das capacidades, foi analisado também seu Ciclo de Vida das capacidades: trajetória de evolução das capacidades proposta por Helfat e Peteraf (2003), composta dos momentos de fundação, desenvolvimento e maturidade. A capacidade Gerenciamento de Resultados do HES surgiu após o momento de fundação das capacidades Gestão de Compras e Gerenciamento de Protocolo. Segundo as autoras, as capacidades entram no processo de desenvolvimento depois de sua fundação. Este processo de desenvolvimento envolve as escolhas de como serão desenvolvidas as capacidades (imitação,

entradas, processos, coordenação de recursos, rotinas) e envolve o ganho de experiência do grupo envolvido.

Portanto, após a análise do que pôde ser depreendido pelos dados coletados, e ao revisitar a proposição 2 desta dissertação (Durante o processo de acreditação hospitalar, os hospitais criam capacidades por meio da aprendizagem deliberada, relacionamento e aquisições), pode-se concluir que a proposição é verdadeira, pois os hospitais lançaram mão das fontes de capacidades abordadas nesta dissertação.

Após o desenvolvimento, as capacidades entram no momento de maturidade do Ciclo de Vida, que pode implicar na ramificação em seis caminhos: retirada de atuação, redução da utilização, renovação, replicação, redistribuição, recombinação; tendo sido esta última a adotada pelo HES. A recombinação ocorreu por meio da incorporação de rotinas, documentações e processos que uniram e alinharam as duas capacidades criadas anteriormente, Gestão de Compras e Gerenciamento de Protocolo. Exemplos de incorporações foram a análise de causa raiz compartilhada e a comunicação de não conformidades. A recombinação segue à luz do apregoado por Helfat e Peteraf (2003).

Por fim, considerando o momento de criação das capacidades bem como seu desenvolvimento por aprendizado na ação/*learning by doing* e a evidência de ramificação de capacidades em renovação e recombinação, considera-se que ambos os hospitais atendem à proposição 3 desta dissertação, que diz que os hospitais seguiriam o Ciclo de Vida das capacidades proposto por Helfat e Peteraf (2003).

5.2.1 Reflexões finais

As seis capacidades identificadas nos hospitais analisados se assemelham em quantidade por nível, em nomenclatura e em descrição. Isto pode ter ocorrido devido ao fato de que os hospitais buscaram atender à mesma certificação, que demanda, rigorosamente, os mesmos requisitos a todas as organizações aspirantes.

Não foi percebida nenhuma diferença significativa no período de tempo necessário para desenvolvimento das capacidades Gerenciamento e Foco em Resultados, nem em seus membros envolvidos no processo tampouco em seus resultados, pois ambos os hospitais conseguiram a acreditação nível três a despeito de terem criado as capacidades de formas diferentes, o que permite concluir que o tempo demandado não impactou na criação da capacidade, mas sim o grau de envolvimento da organização.

Para chegar ao terceiro nível da acreditação, as organizações elegeram caminhos distintos: o HSL criou uma capacidade inteiramente nova, o foco nos resultados (ainda que fizesse uso de certas rotinas anteriores) enquanto que o HES recombina as duas capacidades anteriores para criar uma terceira capacidade, gerenciamento de resultados.

É importante destacar, porém, que apesar da distinção na ramificação e criação das capacidades do nível três, os dois hospitais chegaram ao mesmo fim, ou seja: a criação de capacidades fundamentalmente iguais e a obtenção da mesma certificação de acreditação hospitalar, o nível três.

No momento da maturidade das capacidades, estas se comportaram de formas distintas daquelas do momento de desenvolvimento. Neste último caso, as capacidades tomaram o mesmo caminho e chegaram a fins iguais, enquanto que Helfat e Peteraf (2003) alegaram que tomar o mesmo caminho, por vezes, resultaria em fins distintos. Não há menções na literatura de Helfat e Peteraf (2003) sobre tomar caminhos distintos, porém se for feita uma inferência tautológica de que tomar caminhos distintos podem resultar em fins iguais, o fato de os hospitais terem ramificações diferentes na criação de uma mesma capacidade e terem, ainda assim, chegado ao mesmo fim se torna alinhado com a literatura.

6. CONCLUSÕES

A presente pesquisa intencionou responder os objetivos específicos de descrever as mudanças no processo de acreditação à luz do modelo de equilíbrio pontuado, identificar a principal capacidade dinâmica para cada nível de acreditação, caracterizar as fontes de capacidade adotadas e investigar os estágios do Ciclo de Vida das capacidades no processo de acreditação, a fim de alcançar o objetivo geral de analisar o desenvolvimento de capacidades dinâmicas para o processo de acreditação hospitalar.

Os resultados indicam que os objetivos puderam ser alcançados por meio das entrevistas realizadas com os indivíduos diretamente relacionados com a acreditação, bem como a análise dos documentos e observação *in loco* dos hospitais estudados.

Com relação à corrente de mudança organizacional, a que mais se aproximou aos relatos das duas organizações foi a evolucionária, de Nelson e Winter (1982), a qual entende que a mudança surge de uma alteração clara, por meio da escolha da melhor forma de reagir e, posteriormente, de manter a estabilidade.

Da mesma forma, a compreensão da maneira pela qual ocorreu a mudança organizacional permitiu concluir que os dois hospitais mostraram aderência ao modelo de Equilíbrio Pontuado, com destaque para o relato de sobreposição entre os momentos de Reorientação e Convergência, sendo este comportamento previsto pela literatura destacada nesta pesquisa.

Conclui-se, portanto, que a proposição 1 desta dissertação é verdadeira, pois os hospitais pesquisados apresentaram consonância com modelo de equilíbrio pontuado de mudança organizacional. A hipótese de Tushman e Rommaneli (1985) de que não só a reorientações existem como também são frequentes em padrões evolucionários foi confirmada. Além disso, os relatos de ambos os hospitais demonstram que os períodos de reorientação, por vezes vistos como desestabilizantes e confusos pelos gerentes, são períodos onde a organização, de fato, evolui. Percebe-se isto no HSL e HES quando os entrevistados relatam que passaram por mudanças em vários setores e viram isto como respostas proativas às pressões internas e externas. Ainda, confirmaram realmente experimentar um momento seguinte de convergência com uma série de incrementos, momento este relatado como cada vez mais longo.

Como os achados em relação à mudança organizacional refletiram em quase sua totalidade o apregoado pela literatura, vê-se que há indícios de que os estudos sobre mudança organizacional se mostraram esclarecidos e refletiram a realidade vivenciada pelos hospitais. Visto que mudança organizacional não é um tema em estágio de maturidade pela grande variedade de enfoques, é importante destacar que ainda assim foi, acima do esperado, possível relacionar a literatura com os achados.

Em relação à identificação das principais capacidades dinâmicas criadas para acreditação, foi percebido que estudar capacidades dinâmicas por meio da acreditação hospitalar veio, de fato, a mitigar algumas das dificuldades em estudar este tópico. A acreditação fez com que as organizações estudadas tivessem suas capacidades registradas e inseridas na rotina, o que facilitou, sobremaneira, não só a evidência, mas também a compreensão, visto que foram obtidas respostas sobre quais profissionais foram envolvidos na criação das capacidades, como tais profissionais estavam organizados e por que estas capacidades foram criadas.

Conclui-se que, apesar de divergirem em certos recursos e tempo para criar as capacidades, todas as capacidades criadas se assemelham, possivelmente, devido às exigências idênticas às quais os hospitais precisaram atender. Conclui-se que a proposição 2 desta dissertação foi confirmada, pois os hospitais estudados utilizaram as fontes relacionamento e aprendizagem deliberada destacadas nesta pesquisa.

Ao analisar o Ciclo de Vida das capacidades, conclui-se que os dois hospitais mostraram aderência ao Ciclo de Vida, apresentando renovação e recombinação de capacidades, confirmando a terceira proposição desta pesquisa de que durante o processo de acreditação hospitalar, as capacidades passariam pelo ciclo de vida. Pode ser comprovado que a proposição dos estágios do ciclo pôde ser percebida durante a criação, desenvolvimento e maturidade das capacidades e que o ciclo, de acordo com a literatura, realmente pode ser utilizado também para as capacidades dinâmicas.

Além disso, o estudo empírico proporcionou analisar, em detalhes, a fundação das capacidades, os motivos que levaram os entrevistados a perceber que as capacidades haviam chegado ao seu momento de maturidade e as razões que as levaram às trajetórias seguidas. Ainda, o estudo empírico do ciclo de vida das capacidades permitiu identificar maneiras distintas de se obter a mesma capacidade. Maneiras distintas são um dos fatores previstos por Barrales-molina, Bustinza, Gutierrez-Gutierrez (2012), passíveis de dificultar a identificação das capacidades visto que se pode concluir erroneamente que são diferentes. Mais uma vez, esta dificuldade foi mitigada pelo estudo das capacidades pela acreditação, pois por meio da

análise dos registros, das rotinas e da repetição de padrões, foi possível chegar à conclusão de que as capacidades Gerenciamento de Resultados do HES e Foco em Resultados do HSL são, fundamentalmente, as mesmas, apesar de seguirem trajetórias distintas do ciclo de vida (fundação e recombinação, respectivamente).

Tais conclusões levam às contribuições do estudo, que foram de ordem teórica e gerencial. Do ponto de vista teórico, Arend e Bromiley (2009) e Helfat e Peteraf (2009) apontaram haver pouca evidência empírica sobre capacidades dinâmicas e esta pesquisa pôde contribuir para o aumento no número de tais evidências por tratar sobre a fundação, desenvolvimento e maturidade das capacidades, destacando quais fontes foram envolvidas em sua fundação, como e por que foram utilizadas, bem como relatando as opções de desenvolvimento escolhidas e as trajetórias seguidas no momento de maturidade. O ciclo de vida de Helfat e Peteraf (2003) também pode se beneficiar de evidência empírica a partir desta pesquisa, na qual se depreende que as capacidades dinâmicas realmente podem se manifestar de acordo com o ciclo, além da evidência de capacidades que são iguais apesar de seguirem trajetórias distintas. Porém, é importante destacar que o ciclo de vida das capacidades necessita ainda de aprofundamento teórico, visto que houve dificuldade na precisão de suas definições, bem como na caracterização dos estágios do ciclo de vida, por falta de uma base teórica que trate sobre os estágios por meio de evidências empíricas, relação com atividades realizadas por empresas e descrição mais detalhada.

Por fim, o estudo das capacidades dinâmicas no contexto da acreditação hospitalar e mudança organizacional, veio ampliar o debate e análise empírica de temas que não foram tratados nos estudos pioneiros sobre capacidades dinâmicas, segundo Cardoso, Kato e Martins (2013). A confirmação do equilíbrio pontuado, como um dos modelos de mudança organizacional, também pôde contribuir para sua evidência empírica e também para aceitação de que os momentos de reorientação, por vezes turbulentos e geradores de resistência por parte dos funcionários, são benéficos e geradores de períodos de convergência mais longos.

Pomey (2004) destaca que, atualmente, as pesquisas empíricas sobre acreditação analisam questões isoladas como relação com indicadores financeiros considerando acreditação já obtida, não analisando o processo de obtenção. Visto que a presente pesquisa focou no desenvolvimento de capacidades para a obtenção da certificação, ela pode vir a contribuir com outras pesquisas empíricas que esclareçam sobre acreditação como processo.

De modo geral, capacidades dinâmicas ligadas à mudança organizacional e a acreditação hospitalar foi uma combinação identificada como pouco explorada na literatura em revisão feita no início desta pesquisa e pôde ser então explorada.

Para as contribuições gerenciais, o estudo pode oferecer uma descrição detalhada de como os hospitais perceberam as influências externas e internas e como isto repercutiu na escolha pela busca da acreditação. Lideranças e força de trabalho que trabalham no setor hospitalar podem vir a identificar-se com as mesmas influências percebidas e encontrar prévias soluções alternativas de como responder a elas.

Ainda, os envolvidos no setor hospitalar podem se beneficiar dos relatos de quais mudanças ocorrem em hospitais em processo de certificação e porque tais mudanças são necessárias. Refletir criticamente sobre as alterações na estratégia, estrutura, sistemas de controle, sistemas que influenciam o desempenho e valores vivenciadas pelos hospitais estudados e tentar relacionar isto com a forma que estas alterações aconteceriam em seus hospitais pode contribuir para que gerentes de hospitais tracem planos de mudança que busquem mitigar dificuldades encontradas pelo HSL e HES, tais como resistência dos funcionários à novos conhecimentos, criação de uma cultura organizacional e estruturação de aprendizagem continuada.

Esta pesquisa pode ainda contribuir como orientação aos gerentes de hospitais sobre por onde começar sua busca pela certificação, ao mostrar as principais capacidades escolhidas pelos hospitais para serem desenvolvidas e as razões para terem escolhido tais capacidades. A pesquisa mostrou ainda dificuldades, facilidades e formas de mitigação de intempéries na fundação de capacidades utilizando aprendizagem deliberada e relacionamento, de modo que pode oferecer a contribuição gerencial de antecipar problemas aos que tentarão obter a acreditação.

Por fim, outra contribuição gerencial seria perceber que as capacidades criadas serão de fato dinâmicas, implicando em constante revisão, expansão e modificação, porque obter a certificação não é um fim, mas sim um meio de aumentar a qualidade do serviço oferecido pelo hospital que poderá ser perdido caso a qualidade do serviço caia. Transformar capacidades para manter a certificação e obter outras mais pode contribuir para a melhoria do setor de saúde como um todo, respondendo às pressões externas do governo e sociedade por profissionalismo na rede hospitalar.

Além das contribuições, esta pesquisa apresentou também limitações, bem como sugestões de futuras pesquisas para esclarecer pontos não abordados neste trabalho, conforme relatado a seguir.

6.1 Limitações

Na identificação do Ciclo de Vida, foi percebida a falta de um suporte teórico mais consistente, que pudesse auxiliar em um detalhamento mais denso sobre Ciclo de Vida, pois a teoria fornece uma análise amplo espectro, mas baixa especificidade, de modo que foi possível identificar as características mais importantes do ciclo das capacidades, mas não foi possível traçar um detalhamento de cada uma.

Foi considerado difícil estabelecer as diferenças entre as trajetórias sugeridas, pois algumas pareciam bastante semelhantes entre si ou muito focadas em situações específicas, como, por exemplo, exploração de mercados externos, o que não era o caso dos hospitais estudados e gerou dúvida sobre a adequação da classificação da trajetória.

Correspondências eletrônicas trocadas com as pesquisadoras Helfat e Peteraf (autoras do artigo seminal sobre Ciclo de Vida das Capacidades) foram fundamentais para atenuar as limitações supracitadas.

6.2 Sugestões de estudos futuros

Para as mudanças organizacionais, a vontade dos proprietários do HSL de buscar a acreditação hospitalar foi de uma intensidade percebida tão determinante quanto às influências e pressões percebidas pelo HES. A partir desta observação, pode-se depreender que a multiplicidade de influências e pressões pode não ser o fator determinante para a mudança organizacional, mas sim a intensidade com a qual a influência e a pressão são percebidas. Assim, sugere-se que futuros estudos abordem como as organizações percebem as influências e pressões, a fim de identificar qual fator é mais determinante.

Em relação às fontes de criação de capacidades dinâmicas, percebeu-se que os hospitais deram uma ênfase importante ao aprendizado na ação (*learning by doing*). Visto que este é um campo de estudo amplo e complexo, poderia ser válido estudar a relação do aprendizado na ação com as capacidades dinâmicas.

Sugere-se também que, devido à importância atribuída à liderança para a decisão e implementação da acreditação hospitalar, sejam realizados trabalhos que estudem o papel da liderança e seu envolvimento no processo de criação e gestão das capacidades dinâmicas.

Ainda, visto que nenhum hospital lançou mão de aquisições para criar capacidades dinâmicas, por ser possível e mais rápido obter as capacidades via relacionamento e aprendizagem deliberada, sugere-se que seja estudado algum hospital que faça parte de um

grupo que tenha adquirido outras unidades, a fim de compreender o desenvolvimento das capacidades dinâmicas para acreditação hospitalar também sob a perspectiva desta fonte.

Por fim, sugere-se que sejam empreendidos estudos sobre a replicação de conhecimento no contexto das aquisições, analisando a transferência de conhecimento de uma empresa para outra a partir da experiência de ambas.

REFERÊNCIAS

ACCREDITATION CANADA. Site oficial. Disponível em: < www.accreditation.ca/> Acesso em: 23 mai. 2013.

ACHSI. **The Australian Council on healthcare**. Disponível em: < www.achs.org.au/achs-international/> Acesso em: 23 mai. 2013.

ADNER, R.; HELFAT, C. E. Corporate effects and dynamic managerial capabilities. **Strategic Management Journal**. v. 24, p. 1011-1025, 2003.

AGARWAL, R.; ANAND, J.; BERCOVITZ, J.; CROSON, J. Spillovers across organizational architectures: the role of prior resource allocation and communication in post-acquisition coordination outcomes. **Strategic Management Journal**. Wiley Online Library. 2012.

ALBUQUERQUE, V.; GUEDES, A. L. M. Trabalho, Aprendizagem e Capacitação Tecnológica em Empresas de Economias em Desenvolvimento. **Revista do Mestrado em Administração e Desenvolvimento Empresarial**, v. 15, n. 2, art. 10, p. 1-28, 2011

AMBOS, T.; BIRKINSHAW, J. How Do New Ventures Evolve? An Inductive Study of Archetype Changes in Science-Based Ventures. **Organization Science**, V. 21, N. 6, p. 1125–1140, 2010.

ANDREEVA, T.; CHAIKA, V. **Dynamic Capabilities**: what they need to be dynamic? São Petersburgo, St. Petersburg State University, 2006.

ANS. Resolução Normativa - RN Nº 267, de 24 de agosto 2011. Institui o Programa de Divulgação da Qualificação de Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar. Disponível em: < http://www.ans.gov.br/texto_lei.php?id=1801> Acesso em: 09 mai. 2013.

AREND, R. J.; BROMILEY, P. Assessing the dynamic capabilities view: spare change, everyone? **Strategic Organization** v. 7, p. 75–90, SAGE Publications, 2009.

BANDEIRA-DE-MELLO, R. ; CUNHA, Cristiano José Castro de Almeida . A natureza e a dinâmica das capacidades organizacionais: uma agenda de pesquisa para as empresas brasileiras. In: XXV ENANPAD - ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 2001, Campinas, Anais do XXV ENANPAD, 2001. v. 1. p. 1-16.

BARBOSA, R. A.; BATAGLIA, W. A evolução das correntes explicativas da vantagem competitiva. **Revista Gestão & Planejamento**, v. 11, n. 2, art. 3, p. 192-211, 2010.

BARNEY, J. Firm resources and sustained competitive advantage. **Journal of Management**, v.17, n.1, p.99-120, 1991.

BARNEY, J. B. HESTERLY, W. S. **Administração estratégica e vantagem competitiva**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

BATAGLIA, W. **As competências organizacionais de resolução de conflitos e consenso no processo decisório estratégico em ambientes organizacionais instáveis, complexos e não**

munificientes: um estudo no setor de telefonia fixa. 2006. Tese (Doutorado em Administração) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12139/tde-26022007-112315/>>. Acesso em: 26 jul. 2013

BERGER, R. Now I see it, now I don't: researcher's position and reflexivity in qualitative research. **Qualitative Research**, SAGE Publications.

BOEKER, M. Strategic Change: The Influence Of Managerial Characteristics And Organizational Growth. **Academy Management Journal**. v.40, n.1 p. 152-170; 1997.

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Investigação qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Portugal: Porto Editora, 1994.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. DOU de 20/09/1990. Ministério da Saúde, Poder Executivo, Brasília-DF. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei%208080.pdf>>. Acesso em 10 mai. 2013.

BRASIL. Constituição (1988). Emenda constitucional n.º 9, de 9 de novembro de 1995. **Lex:** legislação federal e marginália, São Paulo, v.59, p. 1966, out/dez. 1995.

BRUNO-FARIA, M. F. Criatividade, inovação e mudança organizacional. In: Lima, S. M. V. (Org.), **Mudança Organizacional: teoria e gestão**. Rio de Janeiro: FGV, 2003, cap. 3.

CAMARGO, A. A. B.; MEIRELLES, D. S. Capacidades Dinâmicas: o que são e como identifica-las? In: XXXVI Encontro da ANPAD, 22 a 26 de setembro, 2012, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro, 2012.

CAPRON, L. Cisco's corporate development portfolio: a blend of building, borrowing and buying. **Strategy & Leadership**. Emerald Group Publishing Limited v. 41 , p. 27-30, 2013.

CARDOSO, A. KATO, H. MARTINS, T. Revisão das Publicações sobre as capacidades dinâmicas entre 1992 e 2012: O mapeamento do campo através de um estudo bibliométrico. VI Encontro de Estudos em Estratégia. **Anais...** Bento Gonçalves-RS, 19 a 21 de maio de 2013.

CHETTY, S. The case study method for research in Small- and Medium- sized firms **International Small Business Journal**, 1996.

CLEMENT, J. MCCUE, M. J.; LUKE, R. D.; BRAMBLE, J. D.; ROSSITER, L. F. Strategic hospital alliances: impact on financial performance. **Health Affairs**, n.6, p. 193-203, 1997.

CRESWELL, J. **Projeto de Pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3ª Ed. Porto Alegre, Artmed, 2010.

CRESWELL; J. W.; HANSON W. E.; PLANO, V. C. L., MORALES, A. Qualitative Research Designs: Selection and Implementation. **The Counseling Psychologist** v. 35, p. 236 – 264, 2007.

DATA SUS. **Serviço de Informação à atenção à Saúde Básica, Informações Estatísticas.** Disponível em: < <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04> > . Acesso em: 11 mar. 2013.

DOSI, G.; NELSON, R.; WINTER, S. **The nature and dynamics of organizational capabilities.** New York: Oxford University Press, 2000.

DUCKETT S. Changing hospitals: the role of hospital accreditation. **Soc Sci Med**, v. 17, p. 1573 –9. 1983.

DYER, J; HATCH, N. Relation-specific capabilities and barriers to knowledge transfers: creating advantage through network relationships **Strategic. Management Journal**,v. 27, p. 701–719, 2006.

DYER, JH; SINGH, H. The relational view: cooperative strategy and sources of interorganizational competitive advantage. **Academy of Management Review** v.23, p. 660–679. 1998.

EISENHARDT, K. M.; MARTIN, J. A. Dynamic capabilities: What are they? **Strategic Management Journal**. v.21, n.10/11, p. 1105, Oct./Nov. 2000.

FARIAS, SMC; CARVALHO; OLT *et al* Acreditação Hospitalar: A certeza do cuidado com a excelência. **Revista de Enfermagem**. UFPE On-line. 2010.

FELDMAN, L.; GATTO, M., CUNHA, I. **História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação.** Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n2/a15v18n2.pdf>> Acesso em 23 mai. 2011.

FLAVELL, J.H. Structures, stages, and sequences in cognitive development. In W.A. Collins (Ed.), The concept of development: The Minnesota symposia on child psychology: **Anais...** p. 1-28 Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1982.

FREEMAN, C. Technological Infrastructure and International Competitiveness. **Industrial and Corporate Change**, Oxford Journals, v. 13, 2004.

GIBSON, E. J. 1988. Exploratory behavior in the development of perceiving, acting, and the acquiring of knowledge. **Annual Review of Psychology**, v. 39, p. 1-41, 1988.

GONZALÉS, J.; SÁEZ, P.; CASTRO, G. La Influencia de las Capacidades Dinámicas sobre los Resultados Financieros de la Empresa. **Cuadernos de Estudios Empresariales**, v. 19, p. 105-128, 2009.

GRANT, R. M. The resource-based theory of competitive advantage: implications for strategy formulation. **California Management Review**, v. 33, p. 114-135, 1991.

GREENFIELD, D; BRAITHWAITE, J. Health sector accreditation research: a systematic review. **International Journal for Quality in Health Care**; v. 20, n. 3: p. 172 – 183, 2008

GUNTHER, H. Pesquisa Qualitativa Versus Pesquisa Quantitativa: Esta É a Questão? **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 22 n. 2, p. 201-210, 2006.

HAMEL; PRAHALAD. Managing strategic responsibility in the MNC. **Strategic Management Journal**, v. 4, n. 4, p. 341-351, 1983.

HAIR Jr., JOSEPH F.; BABIN, B.; MONEY, A. H.; SAMOUEL, P. **Fundamentos de Métodos de Pesquisa em Administração**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

HELFAT, C. E.; PETERAF, M. A. The dynamic resource based view: Capability lifecycles. **Strategic Management Journal** - v.24, n.10, p. 997- 1010, 2003.

HELFAT, C. E.; PETERAF, M. A. Understanding dynamic capabilities: progress along a developmental path. **Strategic Organization**. v. 7. Sage Publications, 2009.

HELFAT, C.; FINKELSTEIN, S.; MITCHELL, W.; PETERAF, M.; SINGH, H.; TEECE, D.; WINTER, S. **Dynamic Capabilities - Understanding Strategic Change in Organizations**. 1a Ed. Blackwell Publishing, Estados Unidos, 2007.

HODGKINSON, G. P.; HEALEY, M. Psychological foundations of dynamic capabilities: reflexion and reflection in strategic management, **Strategic Management Journal**, v. 32, p. 1500–1516, 2011.

HOSKISSON, R. E.; HITT, M. A.; WAN, W. P.; YIU, D. Theory and research in strategic management: swings of a pendulum. **Journal of Management**, v. 25, p. 417–456, 1999

JCI. **Joint Comission International**. Site oficial. Disponível em: <www.jointcommissioninternational.org> Acesso em: 12 mai. 2013.

JUUL, A; GLUUD, C.; WETTERSLEY, J; CALLESEN, T. JENSEN, G. KOFOED-ENEVOLDSEN, A. The effects of a randomised multi-centre trial and international accreditation on availability and quality of clinical guidelines, **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 18, n. 4, p.321 – 328, 2005.

KALE, P.; DYER, J. H.; SINGH, H. Alliance capability, stock market response and long term alliances success: the role of the alliance function. **Strategic Management Journal**. v. 23, 2002.

KAY, J. **Fundamentos do sucesso empresarial: como as estratégias de negócios agregam valor**. Rio de Janeiro: Campus, 1996.

KEIL, T; MCGRATH, R; TUKIAINEN, T. Gems from the Ashes: Capability Creation and Transformation in Internal Corporate Venturing. **Organization Science**. v. 20, n.3 : p. 601-620, 2009.

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, D. **Desempenho Hospitalar no Brasil. Em Busca da Excelência**. 1ª Ed., Minas Gerais, Editora Singular, 2009.

LAIMER, C.; LAIMER, V. Relações de Cooperação na Perspectiva da Visão Baseada em Recursos **Revista de Administração da UNIMEP** – Setembro / Dezembro, v.7, n.3. P. 93, 2009.

MAKADOK, R. Toward a synthesis of the resource-based view and dynamic capability views of rent creation. **Strategic Management Journal**, v. 22, p. 387-402, 2001.

MANZO, B. F.; RIBEIRO, H. C.; BRITO, M. J. M.; ALVES, M. Nursing in the hospital accreditation process: practice and implications in the work quotidian. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 20, n.1, p. 151-158, 2012.

MANZO, B. F.; BRITO, M. J. M., CORREA, A. R. Implicações do processo de Acreditação Hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. v.46, n.2, p. 388-394, 2012.

MARTINS, G. A. Sobre conceitos, definições e constructos nas ciências administrativas. **Gestão e regionalidade**. v. 21, n. 62, p. 28-35, 2005.

MERRIAM, S. B. **Qualitative Research and Case Study Application in Education**, Revised and Expanded from Case Study Research in Education. San Francisco: Jossey-Bass, 1998.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

MINICH-POURSHADI, K. Hospital Mergers and Acquisitions: opportunities and challenges. **HealthLeaders Media**, HCPro, Inc, Maryland Way, Brentwood, 2010

MINTZBERG, H. Patterns in strategy formation. **Management Science**, v.24, n.9, p.934-948, 1978.

NELSON; R.R., WINTER; S.G. The Schumpeterian trade-off revisited. **American Economic Review**, v. 72, p. 114 – 132, 1982.

NEMBHARD, I. M.; TUCKER, A. L. Deliberate Learning to Improve Performance in Dynamic Service Settings: Evidence from Hospital Intensive Care Units. **Organization Science** v. 22, n. 4, p. 907–92, 2011.

NEWBERT, S. L. Empirical research on the resource-based view of the firm: An assessment and suggestions for future research. **Strategic Management Journal**, v. 28, p. 121-146, 2007.

NYLAND, K. PETTERSEN, I.J. Management and control of public hospitals - The use of performance measures in Norwegian hospitals. **The International Journal of Health Planning and Management**. 18th Scandinavian Academy of Management, Dinamarca, 2006.

OMS. **Organização Mundial de Saúde**. Relatório Mundial Ano 2010. Disponível em <http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2012_Full.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2013.

ONA. **Organização Nacional de Acreditação**. Site oficial. Disponível em: <www.ona.org.br>. Acesso em: 07 mar. 2013.

PAIVA JUNIOR, F. G; LEÃO, A; MELLO, S. Validade e Confiabilidade na Pesquisa Qualitativa em Administração. I Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e Contabilidade. Recife, **Anais...** Recife-PE 21 a 23 de novembro de 2007.

PASQUALI, L. **Instrumentação Psicológica: Fundamentos e Práticas**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PENROSE, E.A **Teoria do Crescimento da Firma**. Campinas: Editora da Unicamp, 2006.

PETERAF, M. A. The cornerstones of competitive advantage: a resource-based view. **Strategic Management Journal**. v. 14, p.179-191, 1993.

PETERAF, F. DI STEFANO, G., VERONA, G. The elephant in the room of dynamic capabilities: bringing two diverging conversations together. **Strategic Management Journal**, John Wiley and Sons, 2013.

PETTIGREW, A. M. Context and Action in the Transformation of the Firm. **Journal of Management Studies**, v.24, n.6, p.649-670, 1987.

POMEY, M. CONTANDRIOPOULOS, A; FRANÇOIS, P.; BERTRAND, D. Accreditation: a tool for change in healthcare organization? **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 17, n. 3, Emerald Publishing, 2004.

PORTER, M. E. **Como as forças competitivas moldam a estratégia**. In: PORTER, M. E.; MONTGOMERY, C. A. (Org.).Estratégia: a busca da vantagem competitiva.4. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1998. Parte I, cap.2, p.11-28.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. **Repensando Saúde: Estratégias para Melhorar a Qualidade e redução de custos**. 1ª Ed. Porto Alegre, Bookman, 2007.

QUEIROZ, A. C. S. ; MALIK; STAL, E . Capacidades Dinâmicas, Inovação e Modelos Organizacionais: a Trajetória de Uma Organização Hospitalar. In: XXXI EnANPAD, 2007, Rio de Janeiro. **Anais** do XXXI EnANPAD, 2007. v. 1. p. 1-15.

QUINN, J. B. Strategic Change: “logical incrementalism”. **Sloan Management Review**, v.20, 1976.

_____, J.B.; CAMARON, K. Organizational Life Cycles and Shifting Criteria of Effectiveness: some preliminary evidence. **Management Science**. v. 29, n. 1, 1983.

RITSON, N; O’NEILL, M. Strategic implementation: a comparison of three methodologies. **Strategic Change**. . v. 15, n. 4, p. 187-196, 2006.

ROMME, A.; ZOLLO, M.; BERENDS, P. Dynamic capabilities, deliberate learning and environmental dynamism: a simulation model. **Industrial and Corporate Change**, v. 19, n. 4, p. 1271–1299, 2010.

ROWLEY, J. Using Case Studies in Research. **Management Research News**. England, Lancashire, School of Management and Social Sciences, 2002.

SCHWARZ, G. M. Shaking fruit out of the tree: temporal effects and life cycle in organizational change research **Journal of Applied Behavioral Science**, v.48, n.3, p.342-379, 2012.

SHAPIRO, C. 'The theory of business strategy', of rapid technological progress', **Journal of Economic RAND Journal of Economics**, v.20, n. 1, p. 125–137.1989.

SZULANSKI, G. Exploring internal stickiness: impediments to the transfer of best practice within the firm. **Strategic Management Journal**, Winter, v.17, 1996.

TEECE, D. J. Dynamic Capabilities and strategic management: organizing for innovation and growth. **Oxford University Press**, 2009.

TEECE, D.J.; PISANO, G.; SCHUEN, A. Dynamic Capabilities and Strategic Management. **Strategic Management Journal**, v. 18, p. 509-533, 1997.

TURKELI, S; ERÇEK, M. Designing a Capability-focused strategic management model for a Turkish public hospital: Learning from failure. **Springer Science+Business Media**, v. 23, p. 3553-370, 2010.

TUSHMAN, M. L.; NEWMAN, W. H.; ROMANELLI, E. Convergence and Upheaval: Managing the pace of organizational evolution. **California Management Review**, v. 29, n. 1, 1986.

TUSHMAN, M.; ROMANELLI, E. Organizational Evolution: a metamorphosis model of convergence and reorientation. **Research in Organizational Behavior**, v.7, p. 171-222, 1985.

VAN DE VEN, A. POOLE, M. Explaining development and change in organizations **Academy of Management Review**, 1995.

VARGAS, M. A.; ALBUQUERQUE, G.; ERDMAN, A.; RAMOS, F. Onde (e como) encontramos a qualidade no serviço de enfermagem hospitalar? **Rev. Bras. Enferm.** 2007, v.60, n.3, p. 339-343.

VAZQUEZ, A. C.; SANTOS, C.; OLIVEIRA, L.; SILVA, F.; RUAS, R. Ativos de conhecimento e inovação em um serviço hospitalar de cirurgia cardiovascular. V Encontro de Estudos em Estratégia. **Anais...**Porto Alegre-RS, 15 a 17 de maio de 2011.

VELOSO, G; MALIK; 2010 A. M. Avaliação dos recursos e capacidades nas decisões de terceirização em hospitais. SIMPOI. **Anais...** São Paulo-SP. 2012.

VICENT, L. Differentiating Competence, Capability and Capacity. **Inovating Perspectives**. v. 16, n. 3, p. 1-2, 2008.

WANG, C. L.; AHMED, P. K. Dynamic capabilities: A review and research. **International Journal of Management Reviews**, Oxford, v. 9, p. 31-51, 2007.

- WERNERFELT, B. A Resource-based View of the firm. *Strategic Management Journal*, v.5, n.2, p. 171-180, 1984.
- WILDEN, R.; SIEGFRIED, G.; NIELSEN B.; LINGS, LI. Dynamic Capabilities and Performance: Strategy, structure and environment. **Long Range Planning**. Elsevier, v. 46, p. 72-96, 2013.
- WILSON, I. H. Socio-Political Forecasting: A New Dimension to Strategic Planning. **Michigan Business Review**, p. 15–25, 1974.
- WINTER, S. Understanding dynamic capabilities. **Strategic Management Journal**, v.24, p. 991- 995, 2003.
- WOOD, T. Mudança Organizacional: Uma abordagem preliminar. **Revista de Administração de empresas**, São Paulo, v.32, n. 3, p. 74-87, 1992
- WU, Q.; QILE, H.; YANQING, D.; O'REGAN, N. Implementing Dynamic Capabilities for Corporate Strategic Change Toward Sustainability. **Strategic Change**. v. 21, 2012.
- YIN, R.K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2001.
- ZEHAVI, A. Punctuated A Reform Less Ordinary? Historical Institutionalism, Punctuated Equilibrium, and Mental Health Care Privatization. **Administration & Society**, 2011.
- ZOLLO, M.; WINTER, S. G. Deliberate Learning and the Evolution of Dynamic Capabilities. **Organization Science**, v.13, n.3, p. 339-351, 2002.
- ZOTT, C Dynamic Capabilities and the emergence of intraindustry differential firm performance: insights from a simulation study. **Strategic Management Journal**. v. 24, p. 97-125, 2003.

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista

		COLETA DE DADOS Aluna: Mariana Ribeiro Monteiro Prof. Dr. André Gustavo Carvalho Machado	
Hospital:	Entrevistado:	Contato:	
Data /Hora:	Cargo:	E-mail:	
Autoriza divulgação do nome da empresa?	Deseja receber os resultados da pesquisa?		

ETAPA 1: As perguntas desta etapa têm por objetivo compreender, de maneira geral, o processo de acreditação a partir da decisão da busca pela certificação e mudanças geradas na empresa para que este objetivo fosse alcançado. Portanto, as primeiras perguntas remeterão à busca pela acreditação como um todo, sem distinguir os níveis. (OBJETIVO ESPECÍFICO 1).

1- Quando o hospital iniciou sua busca pela Acreditação? Quais fatores motivaram esta busca? Como o hospital percebeu a pressão externa e interna por profissionalismo? (TUSHMAN; ROMMANELI, 1985; GONÇALVES, 2002; BRUNO-FARIA, 2003).

2- Por que estas mudanças foram necessárias? Explique-me como fatores políticos, culturais, conflituosos, sociais e econômicos da organização podem ter influenciado. (PETTIGREW, 1987)

3- Quais foram as principais mudanças realizadas pelo hospital em prol da acreditação, nos fatores estratégia, estrutura, e sistemas que influenciavam no desempenho (PETTIGREW, 1987)?

4- De maneira específica, você poderia me dizer se e como ocorreram mudanças em:

a) Estratégia: Houve mudanças em produtos, mercados e/ou tecnologia, como optar por um novo nicho de mercado ou novas metodologias para executar suas atividades diárias? Se sim, como e por que?;

b) Distribuições de poder: Houve distribuição de autonomia ou controle de poder de determinados setores e cargos? Como e por que?;

c) Estrutura: Houve mudanças na estrutura, como deixar de ser uma estrutura por projeto para ser uma estrutura matricial em nome da Reorientação? Como e por que?;

- d) Sistemas de controle: Houve reforma em padrões de comunicação, sistema de recompensas, avaliação de desempenho, revisão de normas? Como e por que?;
 - e) Valores: Houve mudanças profundas nos valores organizacionais de modo a darem suporte às novas ações necessárias derivadas da Reorientação? Como e por que?
- (TUSHMAN; ROMANELLI, 1985).

5- Vou citar alguns exemplos de mudanças geradas decorrentes do processo de acreditação. Por favor, mencione se estas mudanças ocorreram, como e por que.

Definição de indicadores, introdução de mudanças na prática médica, discussão de novos tópicos, realocação de funções e a relação do hospital com o ambiente administração e gestão (GREENFIELD; BRAITHWAIT, 2008; POMEY *et al*, 2004), organização do corpo médico, revisão de sistemas, organização da enfermagem, facilidades e segurança, definição e planejamento do papel do hospital (AB, GLUUD, WETTERSLEV, 2005).

6- Como foram realizadas estas principais mudanças? Explique-me sobre o processo de decisão, implementação e controle, através de ações e interações (PETTIGREW, 1987).

7- Em relação a mudança vivida:

- a) Você considera que a mudança começou de forma repentina, desenvolveu-se melhor e depois acabou? Como e por que? (Mudança Ciclo de Vida - FLAVEL, 1982).
- b) Você considera que todas as mudanças só ocorreram em prol da acreditação, e uma vez que conseguimos alcançar este objetivo, as mudanças acabaram? Como e por que? (Mudança Teleológica - GIBSON, 1988).
- c) De maneira diferente, você considera que as mudanças ocorreram por uma força contrária ao hospital que, uma vez combatida, fez cessar as mudanças? Como e por que? (Mudança dialética, VAN DE VEN. POOLE, 1995).
- d) A mudança surgiu de uma alteração clara para vocês, e, a partir disso, escolheram a melhor forma de reagir a ela, e continuamente repensam suas escolhas para tentar manter a estabilidade obtida? Como e por que? (Mudança Evolucionária, NELSON; WINTER, 1982).

8- Mencionarei um conjunto de atividades, e gostaria de que você me dissesse se se assemelham mais ao o momento antes, durante ou pós-certificação, e explique, por favor, sua resposta (TUSHMAN; ROMANELLI, 1985):

- a) Momento de ajustes para manutenção da situação, planejamento de sistemas de controle e avaliação, padrões de comunicação e solução de conflitos, melhorias (Convergência);
- b) Momento de Reorientação, com mudanças nas relações de poder, estrutura, sistemas e procedimentos, novas redes de comunicação, redefinição das normas, fluxos de trabalho, novos funcionários agregados à organização (Reorientação);
- c) Momento de aperfeiçoamento, com a criação de unidades especializadas, mecanismos de ligação, aumento na atenção à qualidade e custo, desenvolvimento de pessoal, fomento do comprometimento à excelência, reforço da confiança à norma, esclarecer papéis (Retorno à Convergência)

ETAPA 2: Capacidades são conhecimentos tornados rotina para realizar determinada atividade. Nesta etapa, as perguntas são direcionadas a compreender quais capacidades foram geradas para a acreditação Primeiro, gostaria de que você me respondesse sobre as capacidades para o nível 1. Ao final das perguntas, gostaria de retomar para perguntar sobre o nível 2. Por fim, gostaria de retomar para perguntar sobre o nível 3 (OBJETIVO ESPECÍFICO 2).

- 9- Gostaria de que você refletisse sobre quais capacidades foram necessárias para modificar a organização em prol da acreditação. Quais capacidades foram estas?

Citarei uma lista de possíveis capacidades. Por favor, comente se algumas delas foram desenvolvidas para o nível de acreditação.

Previsão da mudança, contratação satisfatória de executivos de mudança, administração do equilíbrio e mudança incremental, criação e disseminação dos valores essenciais, uso da história da organização para imprimir orgulho, apoio à habilidades técnicas, sociais e conceituais. (TUSHMAN; ROMMANELI, 1985); Processo de gerir Pesquisa e Desenvolvimento interno e selecionar novas tecnologias, processo de identificar segmentos-alvo de mercado, rotina de envolver fornecedores e inovação complementar (TEECE; PISANO; SHUEN, 2007); Rotina de desenvolvimento de produtos, tomada de decisão estratégica, realocação de recursos, transformação de recursos, rotinas de redes de relacionamento e aquisições, rotinas de criação de conhecimento, capacidade de identificação de saída de situações perigosas (EISENHARDT; MARTIN, 2000); Processo de gestão de

aquisições, habilidade de planejar e executar integrações pós-aquisição, negociação, imitação (ZOLLO; WINTER, 2002); Rotina de aprendizado frequente, gestão de relacionamento e aquisições, reconhecimento de oportunidades, análise de ambiente (HELFAT, 2007).

Destas capacidades, quais estão, ao menos minimamente, padronizadas e inseridas na rotina do hospital? Por que foram selecionadas estas capacidades? Posso ver documentos que esclareçam esta rotina? (HELFAT *et al* , 2007)

10- Quais foram os profissionais envolvidos na criação destas capacidades e como estavam organizados para tal. (WINTER, 2003; HELFAT; PETERAF, 2003).

ETAPA 3: Neste momento, gostaria de saber como a organização gerou capacidades para a acreditação, quais são e como estas capacidades se desenvolveram. Primeiro, gostaria que você me respondesse sobre as capacidades para o nível 1. Ao final das perguntas, gostaria de retomar para perguntar sobre o nível 2. Por fim, gostaria de retomar para perguntar sobre o nível 3 (OBJETIVO ESPECÍFICO 3).

11- Em relação às capacidades, gostaria que você me explicasse o papel que certos fatores exerceram:

- a) Acumulação de experiência: lições aprendidas diretamente da ação das rotinas organizacionais, o que está na cabeça dos funcionários (ZOLLO; WINTER, 2002).
- b) Articulação de conhecimento: Diálogo e compartilhamento informal de experiências (ZOLLO; WINTER, 2002).
- c) Codificação do conhecimento: Manuais, ferramentas, procedimentos por escrito, intranet, base de dados, relatórios (ZOLLO; WINTER, 2002).

Quais foram as dificuldades e facilidades do uso destes fatores? Por que?

12- Além do conhecimento gerado internamente, gostaria que você me explicasse sobre o conhecimento que foi obtido por meio de relacionamento do hospital. Por favor, explique-me o papel que certos fatores exerceram (DYER; SINGH, 1998):

- a) Alianças (como e por que?),
- b) Terceirização (como e por que?),
- c) Patentes (como e por que?),

d) Licenças (como e por que?)

Quais foram as dificuldades e facilidades do uso destes fatores? Por que?

13- Para algum destes relacionamento foi estabelecido um documento formal, esclarecendo que parte do acordo será realizada pelo hospital e que parte será do parceiro, qual será a duração da parceria, como as partes se comunicarão e que resultados espera-se obter (KALE; DYER; SINGH, 2002)? Explique, por favor.

14- Há ainda outra forma de adquirir capacidades, a aquisição de outras organizações, quando não se pode criar esta capacidade internamente ou por meio de relacionamento. O hospital adquiriu alguma outra organização em prol da acreditação (CAPRON, 2013)? Explique como foram adquiridas estas capacidades.

14.1- Se sim, como foi o processo de seleção da escolha pela aquisição, da identificação da empresa a ser comprada e da adaptação do hospital à incorporação daquela nova empresa (HELFAT *et al*, 2007)?

ETAPA 4: Esta etapa buscará compreender o comportamento das capacidades criadas pela organização em cada nível de acreditação. Portanto, vamos considerar as capacidades elencadas por você para cada nível. Primeiramente, vamos responder às perguntas apenas em relação ao nível 1. Em seguida, apenas ao nível 2. E, por último, apenas ao nível 3 (OBJETIVO ESPECÍFICO 4).

15- Considerando as capacidades desenvolvidas através destes processos, você considera que o hospital sempre utilizou as mesmas ou houve modificações? Explique.

16- Em relação ao início da seleção de capacidades necessárias, elas foram definidas por um grupo organizado sob uma liderança tinha um objetivo a cumprir e estabeleceu os fundamentos das capacidades que deverão desenvolver para atingi-lo? Explique.

Comente sobre como ocorreu o processo inicial de seleção de capacidades e por que.

17- Quais foram as ações empreendidas pelo hospital para o desenvolvimento destas capacidades?

Foram escolhidas as alternativas de desenvolvimento da capacidade (imitação, entradas, processos, coordenação de recursos, rotinas) e o grupo envolvido ganhou experiência?

Comente sobre como ocorreu o processo de desenvolvimento de capacidades e por que.

18- Uma vez desenvolvidas, o que aconteceu com estas capacidades?

Houve alguma destas ações: retirada de atuação, redução da utilização, renovação (entrando novamente no estágio de desenvolvimento), replicação vivenciado pela organização, reaplicação em outra área de atividade e recombinação de uma capacidade com outra para formação de uma terceira?

Comente sobre como ocorreu o momento final das capacidades e por que.

19- Vamos observar as capacidades elencadas. Entre o primeiro nível e o segundo, quais se mantiveram e quais foram transformadas ou excluídas? Por que? Entre o segundo e o terceiro nível, quais se mantiveram e quais foram transformadas ou excluídas? Por que?

20- Caso você tenha identificado que alguma capacidade se desenvolveu sob estas características, explique-me, por favor, qual foi o estágio final atingido pelas capacidades desenvolvidas em prol da acreditação.

APÊNDICE B- Carta de apresentação da pesquisa

Prezado,

Como previamente apresentado por telefone, eu sou Mariana Monteiro, mestranda do Programa de Pós Graduação em Administração da Universidade Federal da Paraíba. sob orientação do Prof. Dr. André Machado.

Estou elaborando uma dissertação que tem como objetivo analisar as capacidades desenvolvidas por hospitais para obtenção dos três níveis de acreditação hospitalar da Organização Nacional de Acreditação - ONA. Entendemos que cada nível apresenta diferentes requisitos que depreendem um esforço acumulativo da organização para obtê-los. Dentro deste processo, é possível que o hospital tenha criado novos conhecimentos, transformado atividades, feito parcerias, treinamentos, contratado pessoal, além de uma série de outras mudanças que culminaram no seu desenvolvimento e obtenção do nível três de acreditação.

Entendemos que seria interessante, inclusive para o hospital, avaliar quais recursos foram mais importantes nestas etapas e quais são as capacidades que são realmente contribuintes de seu sucesso na busca e manutenção da certificação.

Como o hospital (nome do hospital) é um dos únicos que possuem acreditação nível 3 na região Nordeste, e, portanto, um dos poucos que já passaram por todas as três etapas que intencionamos analisar, esperamos poder contar com sua participação.

A sua participação se dará através de concessão de entrevistas dos profissionais envolvidos no processo de acreditação e mudanças que foram necessárias para este fim, ou seja, pessoas do setor de qualidade, de pesquisa, da direção executiva e recursos humanos, por exemplo. A realização destas entrevistas está prevista para ao segundo semestre deste ano em dias e horários a serem previamente agendados.

A pesquisa tem fins exclusivamente científicos, seguindo normas éticas de comportamento e, inclusive, preservando o sigilo, caso exigido, do nome da organização e dos entrevistados.

Na certeza de que meu pedido será apreciado, e torcendo por um *feedback* positivo, ponho-me a seu inteiro dispor para responder eventuais dúvidas a respeito do trabalho em desenvolvimento.

Cordialmente,

Mariana Ribeiro Monteiro

ANEXO A – Relação da quantidade (em números) de hospitais acreditados pelos estados brasileiros (Julho de 2013).

Estado	TOTAL	Nível 1	Nível 2	Nível 3
Acre	0	0	0	0
Alagoas	2	0	2	0
Amapá	1	1	0	0
Amazonas	1	1	0	0
Bahia	4	1	1	2
Ceará	2	1	1	0
Distrito Federal	5	1	2	2
Espírito Santo	6	1	2	3
Goiás	0	2	0	0
Maranhão	2	1	1	0
Mato Grosso	2	0	1	1
Mato Grosso do Sul	1	1	0	0
Minas Gerais	30	5	7	18
Pará	4	1	1	2
Paraíba	1	1	0	0
Paraná	12	3	5	7
Pernambuco	1	0	0	1
Piauí	0	0	0	0
Rio de Janeiro	18	9	2	7
Rio Grande do Norte	1	1	0	0
Rio Grande do Sul	6	2	1	3
Rondônia	0	0	0	0
Roraima	0	0	0	0
Santa Catarina	4	2	1	1
São Paulo	78	19	29	30
Sergipe	1	0	0	1
Tocantins	0	0	0	0

Fonte: ONA (2013)

ANEXO B – Declaração de valores do HSL

Ética: é o conjunto de valores e princípios que orientam o comportamento das pessoas em suas tarefas do cotidiano.

São consideradas preocupações éticas na nossa organização: 1) cumprir as leis, regulamentos e normas da atividade “serviços em saúde”; 2) estar atento a conflitos de interesse que possam causar dano à instituição ou aos seus stakeholders (ex.brindes e gratificações); 3) estabelecer relação prejudicial, formal ou não, com fornecedores e/ou concorrentes; 4) transferir conhecimentos e documentos sigilosos e/ou restritos, a parte não interessada ou relevante, sem anuência da direção; 5) utilizar as instalações para outros interesses que não a nossa atividade-fim, definida nos nossos princípios filosóficos fundamentais.

Humanismo: atuamos numa organização alicerçada em pessoas e cujo principal benefício se destina também às pessoas. Somos mais do que nunca prestadores e clientes dos nossos serviços. Humanismo como princípio fundamental significa colocar o paciente acima de todos os interesses, por ser a parte mais vulnerável e, além disso, ser dele que emana a manutenção de todas as outras pessoas da nossa organização.

Cooperação: para que ocorra de maneira natural e espontânea, precisamos tratarmo-nos bem mutuamente, com respeito e dignidade, compreendendo que cada um faz algo imprescindível para o bem comum. A cooperação é solidária e inteligente, já que não conseguiremos lidar com as complexidades do mundo atual sozinhos.

Foco em Resultados: temos como vocação humana a evolução e, portanto, precisamos ficar atentos aos principais resultados da nossa organização, para que eles estejam progredindo sempre, para o bem equilibrado dos stakeholders. Assistência segura, acolhimento dos clientes e entre nós colaboradores, assim como cumprir com os nossos compromissos financeiros, farão de nós uma instituição sempre relevante e promissora.

Ciência: estar comprometido com princípios científicos válidos e aceitos não significa estar fechado e insensível a novas aspirações humanas. Quer dizer sobretudo buscar se aliar ao conhecimento teórico fundamental, na assistência assim como na administração, para que, derivando das sínteses dos grandes pensadores, possamos aplicar de forma prática e eficiente as suas conclusões, para o bem a que nos propomos permanentemente como missão.

Inovação: para resolvermos alguns dos desafios da saúde mundial e sergipana, tais como o envelhecimento da população, o estresse das sociedades do consumo, assim como os desequilíbrios nutricionais causados pelo excesso e falta de uma dieta equilibrada, precisaremos não apenas inovar nas pesquisas científicas para desenvolver novas drogas e equipamentos para diagnóstico precoce; precisaremos sobretudo inovar nas nossas prioridades, remontando progressivamente um sistema de incentivos e estímulos que façam com que achemos a solução adequada para cada caso, tal qual publicamos na nossa missão.

Cuidado: tão importante quanto aprender, fazer e alcançar, é cuidar. O cuidado está na essência dos serviços de saúde. O cuidado com o paciente, com o familiar, com a equipe assistencial e com os administradores. Cuidar do diferente e da diversidade, para ser sustentável. O cuidado dos interesses legítimos dos stakeholders. “A ótica do cuidado funda uma nova ética, compreensível a todos e capaz de inspirar valores e atitudes fundamentais para a fase [planetária] da humanidade”, disse Leonardo Boff.

Fonte: Site Institucional HSL (2013)

ANEXO C – Declaração de valores do HES

- Competência

Significando o tomar iniciativa e o assumir responsabilidade diante de situações profissionais diversas, melhorando sempre o desempenho naquilo que faz, através de conhecimentos adquiridos, transformando-os em benefício ao ser humano.

- Credibilidade

Significando confiança na gestão, na equipe de colaboradores e transparência nas ações interpessoais, construindo relações verdadeiras com nossos clientes, fornecedores, colaboradores, mercado e acionistas.

- Desenvolvimento

Significando o estímulo ao crescimento contínuo dos nossos colaboradores, incentivando a integração de equipes talentosas e participativas, buscando sempre a excelência no atendimento, nos produtos e serviços.

- Humanização

Significando valorização do ser humano em todo o ambiente hospitalar através de uma equipe que goste do que faz, superando as adversidades e percebendo o homem, como pessoa, em suas dimensões física, emocional e espiritual.

- Integridade

Significando adotar em cada ação e decisão, os valores da instituição, despertando em nossos colaboradores o orgulho de trabalhar no Hospital.

- Respeito

Significando a segurança e satisfação do cliente interno externo — e o zelo pela vida humana numa relação digna e justa, reconhecendo a competência e o comprometimento de cada um.

- Progresso

Significando otimizar a geração de recursos, compatíveis com o desenvolvimento da instituição e de remuneração do capital investido.