



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
Programa de pós graduação *stricto sensu*
Mestrado em Enfermagem



Fernanda Mazzone da Costa

**PROGRAMA DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE:
O QUE PENSAM OS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM DE UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**Juiz de Fora,
2012**

FERNANDA MAZZONI DA COSTA

**PROGRAMA DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE:
O QUE PENSAM OS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM DE UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Juiz de Fora como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Rosangela Maria Greco

**Juiz de Fora,
2012**

Sob os cuidados de uma enfermeira, na sala operatória, nos últimos minutos em que estive consciente, ele disse: minha filha também é enfermeira, ela trabalha no HU, manifestando em confiança seu orgulho velado.

Por tudo o que eu já tinha consciência que você havia me dado quando estava presente, pelas muitas outras coisas que só agora eu compreendi e pelo tanto que me ensinou com sua partida, experiência que transformou profundamente a minha vida, essa conquista é dedicada à você, pai, minha eterna tarde ensolarada num campo de futebol...



Dedicatória

À suprema energia que permeia tudo o que existe se expressando todos os dias generosamente enfeitada de tantas formas, cores, sons para me envolver com suas bênçãos e me lembrar de seu infinito amor.

Ao meu amado companheiro de caminhada, por compreender a minha ausência e se contentar com a minha presença tão ausente. Por se fazer presente na minha ausência com seu apoio, empenho e carinho.

À minha querida avó, por me ensinar com o seu exemplo o que é o cuidado; à minha mãe, pelo cuidado velado nos gestos contidos de amor e pelo genuíno sacrifício para possibilitar os nossos estudos; ao meu irmão Daniel e à minha cunhada Ana Paula, por seguirem abraçados a mim na dor da partida e na saudade do dia a dia; aos tios, primos e valiosos amigos pela torcida sincera.

À minha cara orientadora Rosangela por me dar o imenso privilégio de desfrutar de momentos de aprendizado humano e acadêmico, e a quem admiro não como um ídolo inatingível, mas como o humano com quem se quer parecer um dia.

Aos professores do mestrado que compartilharam seus conhecimentos e, muito especialmente, à querida professora Cristina, por ter se dedicado a dividir seu imenso saber acadêmico com esta turma com tanta generosidade e ternura; à coordenação e secretaria do mestrado pela presteza; aos amigos da turma por terem compartilhado comigo angústias, expectativas, conhecimentos e alegrias.

À enfermagem por me permitir dia após dia um aprendizado humano que extrapola a academia, a técnica e os padrões.

À Direção do Hospital Universitário pelo apoio na realização da pesquisa e, às Direções Geral, Administrativa, de Enfermagem e de Gestão de Pessoas por permitirem meu afastamento para a conclusão deste trabalho em um momento de tantas incertezas.

Aos trabalhadores da enfermagem do Hospital Universitário de Juiz de Fora pela contribuição neste estudo.

Às amigas Paula, Laís, Simone, Silvia e Patrícia pela persistência na coleta dos dados e ao Vítor, pelo trabalho estatístico e pela paciência com as minhas limitações.

Às professoras Elena e Cristina por engrandecerem este trabalho com suas considerações.

Às preciosas criaturinhas do caminho que me revelam a amorosa energia suprema e me dão a honra de servi-las, e em especial ao Jolly que insistentemente disputa espaço com o netbook enquanto escrevo, e ao Bartolomeu, Mel e Meggy pela torcida eufórica expressa em lambidas carinhosas e latidos efusivos.

A minha mais profunda gratidão...



Agradecimentos

*“Quando partires em viagem para Ítaca
faz votos para que seja longo o caminho,
pleno de aventuras, pleno de conhecimentos.
Os Lestrigões e os Ciclopes,
o feroz Poseidon, não os temas,
tais seres em teu caminho jamais encontrarás,
se teu pensamento é elevado, se rara
emoção aflora teu espírito e teu corpo.
Os Lestrigões e os Ciclopes,
o irascível Poseidon, não os encontrarás,
se não os levas em tua alma,
se tua alma não os ergue diante de ti.
Faz votos de que seja longo o caminho.
Que numerosas sejam as manhãs estivais,
nas quais, com que prazer, com que alegria,
entrarás em portos vistos pela primeira vez;
para em mercados fenícios
e adquire as belas mercadorias,
nácares e corais, âmbar e ébanos
e perfumes voluptuosos de toda espécie,
e a maior quantidade possível de voluptuosos perfumes;
vai a numerosas cidades egípcias,
aprende, aprende sem cessar dos instruídos.
Guarda sempre Ítaca em teu pensamento.
É teu destino aí chegar.
Mas não apresses absolutamente tua viagem.
É melhor que dure muitos anos
e que, já velho, ancores na ilha,
rico com tudo que ganhaste no caminho,
sem esperar que Ítaca te dê riqueza.
Ítaca deu-te a bela viagem.
Sem ela não te porias a caminho.
Nada mais tem a dar-te.
Embora a encontres pobre, Ítaca não te enganou.
Sábio assim como te tornaste, com tanta experiência,
já deves ter compreendido o que significam as Ítacas.”*

(Konstantinos Kaváfis)



RESUMO

Este trabalho objetivou analisar a perspectiva do trabalhador de enfermagem do Hospital Universitário de Juiz de Fora sobre o programa de melhoria contínua da qualidade da instituição. Foi realizado um estudo de caso com triangulação das técnicas de pesquisa documental, observação participante e levantamento com questionamento de uma amostra estratificada dos auxiliares, técnicos e enfermeiros. A pesquisa documental e a observação revelaram uma instituição que contrasta estrutura privilegiada com processos deficientes e que optou por implementar um sistema de gestão da qualidade que encontra dificuldades de operação que incluem a baixa prioridade das questões da qualidade frente às demandas emergenciais da instituição, escassez de recursos e questões políticas internas e externas de privilégios a alguns setores/indivíduos/ações e programas específicos; baixa autonomia; carência de possibilidades de qualificação, recursos humanos qualificados e estrutura de trabalho; dificuldades de compartilhamento das responsabilidades do sistema com muitas chefias limitadas em relação à competência gerencial; falta de envolvimento dos trabalhadores; contexto conturbado por instabilidades políticas; e questões relacionadas à resistência à mudança. O levantamento mostrou que vários trabalhadores desconhecem a existência do programa ou que ele tenha ações que interferem no processo de trabalho de toda a instituição. Poucos expressaram sentir-se parte do gerenciamento da qualidade, revelando uma incapacidade de assimilarem seu papel no programa ou uma fragilidade do programa em expor as funções de cada trabalhador. Expressivo percentual afirmou não ter opinião a respeito das questões propostas revelando que não conhece as implicações de um programa de qualidade, nem do programa de qualidade em questão. A maioria acredita que o programa interfere positivamente em suas condições de trabalho; dá anuência ao programa, mas não se sente parte dele; não sente tranquilidade no desenvolvimento de suas atividades, embora isto pareça estar mais relacionado à sua prática laboral do que às cobranças do programa; acredita que o programa interfere positivamente nas relações interpessoais no trabalho e não vê interferência do programa em sua vida pessoal. O estudo apontou as variáveis que mais impactam na opinião do trabalhador, permitindo traçar estratégias de atuação com o intuito de melhorar a opinião dos trabalhadores sobre o programa e favorecer sua adesão. A maioria dos trabalhadores expressou a crença de que todas as partes interessadas são beneficiadas pelo programa, sendo as mais beneficiadas o paciente, a imagem do hospital e os familiares do paciente e as menos beneficiadas o governo, os trabalhadores e a equipe de enfermagem. Os resultados evidenciam a necessidade de informar aos trabalhadores o real alcance do programa de forma a obter sua adesão e viabilizar a operacionalização da política da qualidade. Pode ser adotada a mensuração contínua da perspectiva dos trabalhadores retroalimentando constantemente o processo de melhoria. Em respeito à história de lutas pelo direito social de acesso universal a um sistema de saúde de qualidade evidencia-se a necessidade de se incentivar a implementação de programas pautados na melhoria da qualidade do serviço ao cidadão com correspondente valorização do trabalhador que a produz e pela responsabilidade socioambiental, beneficiando a todas as partes interessadas.

Palavras-chave: Sistemas de Saúde. Gestão em Saúde. Gestão de Qualidade. Condições de Trabalho. Recursos Humanos de Enfermagem no Hospital.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the perspective of the nursing staff of the University Hospital of Juiz de Fora about the continuous quality improvement program of the institution. It was performed a case study with triangulation of documentary research techniques, participant observation and survey with a questioning with a stratified sample of care aids, licensed practical nurses and nurses. The documentary research and observation revealed an institution that contrasts privileged structure with disabilities processes and who opted to implement a quality management system that meets operational difficulties that include the low priority of quality issues facing the emergency demands of the institution, resource scarcity issues and internal and external policies of privileges to some sectors/persons/actions and specific programs; low autonomy; lack of opportunities for qualification; qualified human resources and structure work; difficulties in sharing the responsibilities of the system with many managers limited in relation to managerial competence, lack of employee involvement; context turbulent by political instability, and issues related to resistance to change. The survey showed that many workers are unaware of the existence of the program or that it has actions which interfere in the working process of the whole institution. Few expressed feel a part of quality management, revealing an inability to assimilate their role in the program or a fragility of program to expose the functions of each employee. A high percentage claimed not to have opinion about the proposed questions revealing do not know the implications of a quality program, nor the quality program concerned. The majority believe that the program interferes positively in their working conditions; gives agreement to the program, but does not feel part of it, not feel tranquility in developing its activities, although this seems to be more related to its work practice than to the program charges, believes that the program positively affects interpersonal relationships at work and do not see the program interference in his personal life. The study pointed the variables that most impact the opinion of the employee, allowing trace action strategies in order to improve the of workers opinion about the program and encourage membership. Most workers expressed the belief that all stakeholders are benefiting from the program, the most benefited the patient, the image of the hospital and the patient's family and the less benefited government, workers and nursing staff. The results highlight the need to inform workers the real reach of the program to obtain their support and enable the operationalization of the quality policy. Can be adopted continuing measurement the perspective of employees constantly feeding back the improvement process. In respect to the history of social struggles for the right to universal access to a quality health system highlights the need to encourage the implementation of programs lined in improving the quality of service to citizens with corresponding enhancement of worker that produce and the environmental responsibility, benefiting all stakeholders.

Keywords: Health Systems. Health Management. Working Conditions. Quality Management. Nursing Staff Hospital.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Modelo proposto para o estudo.....	73
Figura 2 - Organograma do Hospital Universitário de Juiz de Fora.....	79
Quadro 1 - Valores, missão, negócio e visão do Hospital Universitário de Juiz de Fora....	78
Quadro 2 - Atividades desenvolvidas pela Gestão da Qualidade no ano de 2011.....	104
Quadro 3 - Planejamento estratégico da Gestão da Qualidade.....	108
Quadro 4 - Descrição dos fatores encontrados na análise fatorial.....	116
Quadro 5 - Escala de priorização de ações com base nos achados da Correlação de Pearson.....	122

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -Caracterização dos sujeitos da pesquisa em relação à faixa etária e gênero.....	111
Tabela 2 -Caracterização dos sujeitos da pesquisa em relação à maior escolaridade completa, anos de formado e estudo no momento.....	112
Tabela 3 -Caracterização dos sujeitos da pesquisa em relação ao número de empregos, função, anos de trabalho na instituição, área de atuação, turno e tipo de vínculo empregatício.....	113
Tabela 4 -Distribuição das respostas da percepção dos trabalhadores sobre seu contato com as ações propostas pelo programa de qualidade.....	115
Tabela 5 -Distribuição de respostas dos trabalhadores sobre sua opinião em relação a cada fator avaliado.....	117
Tabela 6 -Distribuição das respostas dos trabalhadores sobre sua percepção de quanto cada elemento é beneficiado pela adoção de um programa de qualidade na instituição.....	123

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
1.1	Objetivos.....	15
1.1.1	Objetivo geral.....	15
1.1.2	Objetivos específicos.....	15
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	16
2.1	Caminhando pela história: da doença como castigo dos deuses à saúde como direito social.....	18
2.2	A trajetória do sistema de saúde nacional.....	21
2.3	Enveredando pela organização da assistência à saúde no estado de Minas Gerais.....	28
2.4	Explorando a organização da assistência à saúde no município de Juiz de Fora	29
2.5	Limites e perspectivas no caminho do sistema de saúde nacional.....	31
2.6	A trajetória dos programas de melhoria contínua da qualidade: da busca pelo defeito zero ao direito social a um serviço de saúde seguro.....	35
2.7	Por quais vias operam os sistemas de gestão da qualidade.....	46
2.8	A Gestão da Qualidade como um dos caminhos do profissional enfermeiro.....	48
2.9	O caminho da qualidade: controle da qualidade do trabalho ou controle do trabalhador?	57
3	MÉTODOS.....	63
3.1	Tipo de estudo.....	64
3.1.1	Questões do estudo e suas proposições.....	65
3.1.2	Unidade de análise.....	66
3.1.2.1	A escolha do caso.....	66
3.1.2.2	Os sujeitos do estudo.....	67
3.1.2.3	As estratégias de coleta dos dados.....	67
3.1.3	Ligando os dados às proposições: a análise dos dados.....	71
3.1.4	Critérios para interpretação das descobertas do estudo.....	72
3.2	Aspectos éticos da pesquisa.....	73
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	75
4.1	O Hospital Universitário de Juiz de Fora.....	76

4.1.1	Percurso histórico.....	76
4.1.2	Estrutura e funcionamento.....	78
4.1.2.1	Estrutura gerencial.....	79
4.1.2.2	Organização profissional.....	80
4.1.3	Processos desenvolvidos.....	85
4.1.3.1	Processos finalísticos: assistência, ensino e pesquisa.....	85
4.1.3.2	Processos estratégicos e de apoio.....	89
4.1.4	Fontes dos recursos financeiros e mecanismos de controle.....	93
4.2	A Gestão da Qualidade no Hospital Universitário de Juiz de Fora.....	95
4.2.1	Caminhos percorridos.....	95
4.2.2	Explorando o ponto atual do caminho.....	107
4.3	Análise dos questionários.....	111
4.3.1	Conhecendo os caminhantes: caracterização dos sujeitos da pesquisa.....	111
4.3.2	A opinião dos caminhantes sobre as veredas da qualidade no Hospital Universitário.....	115
5	CONCLUSÕES.....	126
	REFERÊNCIAS.....	130
	APÊNDICE.....	144
	ANEXOS.....	147
	BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.....	154



Introdução

1 INTRODUÇÃO

Ao longo dos tempos o modo de gerenciar as empresas vem passando por diversas modificações em busca da sobrevivência em um sistema econômico de competitividade crescente.

Para fazer frente ao desafio de se estabelecer em um mercado cada vez mais exigente quanto à qualidade dos produtos e serviços que consome, muitas empresas vem apostando na redução dos custos e aumento da satisfação dos clientes perseguidos pelos programas de melhoria contínua da qualidade.

Para a Fundação Nacional da Qualidade (2008), na área empresarial o termo qualidade pode ser definido como os atributos que uma organização dispõe para satisfazer as expectativas explícitas ou não dos clientes e outras partes interessadas.

Esta preocupação com a qualidade, dimensionada inicialmente na área industrial na busca pelo defeito zero, vem ganhando espaço também no ramo de serviços, inclusive nas instituições que prestam serviços de saúde.

Neste contexto, a Organização Mundial de Saúde (1985) define qualidade como aperfeiçoamento profissional aliado ao uso eficiente dos recursos, garantia de segurança, satisfação dos usuários e impacto no resultado do processo melhorando as condições de saúde da população atendida.

Assim, os programas de melhoria contínua da qualidade buscam trazer mais eficiência para as organizações que os implantarem e estão em alta no momento, sendo incentivados por ações governamentais que apostam na sua eficácia.

Estes programas operam através de mecanismos de aperfeiçoamento e controle dos processos buscando atender a padrões progressivos de qualidade estabelecidos por organizações especialistas na área.

Seus defensores afirmam que, pelo aperfeiçoamento constante dos processos, os programas de qualidade buscam e caminham na direção da excelência e, sendo o defeito zero o objetivo, a busca é infindável, mas o caminho leva ao aprimoramento da qualidade dos resultados, traduzindo-se em satisfação de todas as partes interessadas (MEZOMO, 1994; SOUZA; LEITE, 1995; SCOPINHO, 2000; CHIOCHETTA, 2003). Neste trabalho são entendidas como partes interessadas em um serviço de saúde a imagem do hospital, o meio ambiente, o governo, os familiares do paciente, os trabalhadores, o paciente, a sociedade, o

sistema de saúde, as instituições certificadoras, os proprietários/acionistas/diretores do hospital, e, no caso dos hospitais de ensino, os alunos e professores e o ensino e a pesquisa.

Entretanto, a política da qualidade, pensada pela alta administração da empresa, é operacionalizada quotidianamente pelos trabalhadores da organização através do desenvolvimento das ações propostas e do cumprimento de normas e alguns autores questionam como estes programas vem tratando a questão do trabalho. Para eles, a despeito de todas as vantagens que a melhoria contínua da qualidade traz, sob a égide da satisfação do cliente as empresas valem-se de técnicas refinadas de manipulação dos trabalhadores que encobrem as bases tayloristas de aumento da produção e geração de lucro sobre as quais estes programas se assentam (LIMA, 1994; MONACO; GUIMARÃES, 2000; PAIVA *et al.*, 2008).

O assunto interessa à enfermagem pela contribuição que ela tem a dar no desempenho da assistência direta aos pacientes orientada pela política da qualidade adotada pela instituição de saúde, pela sua relação com esta política quando desempenha funções fora da assistência direta e pela Gestão da Qualidade enquanto campo de atuação do próprio enfermeiro, além das implicações do programa de qualidade no processo de trabalho da enfermagem.

Considerando que a gestão do trabalho em saúde figura entre os temas de pesquisa incentivados pela Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (BRASIL, 2008) e entendendo que nem sempre todas as partes interessadas são aquelas que importam aos interesses de mercado das empresas, este estudo pretende refletir sobre a perspectiva de uma destas partes: a do trabalhador. Ele é parte interessada que interessa à empresa? Ele se sente considerado uma mera peça em um jogo de interesses que lhe escapa ao domínio ou se sente valorizado como a peça-chave que é de fato?

Norteados por estas inquietações e à luz do materialismo histórico-dialético o presente trabalho pretende responder a questão: qual a opinião dos trabalhadores de enfermagem do Hospital Universitário de Juiz de Fora sobre o programa de melhoria contínua da qualidade desenvolvido na instituição?

Entendida a Gestão da Qualidade como mera ferramenta que é utilizada de acordo com os interesses do grupo que dela se vale, o estudo pretende preencher a lacuna da discussão do assunto centrada no ponto de vista do trabalhador e, ao apreender a perspectiva do trabalhador de enfermagem sobre os programas de melhoria contínua da qualidade, espera gerar uma reflexão sobre os caminhos que vem sendo trilhados na adoção destes programas e apontar na direção da melhoria da qualidade do serviço com correspondente valorização do trabalhador que a produz.

Por pretender contribuir para as disciplinas da enfermagem em sua modelagem como uma profissão social através da reflexão sobre os determinantes e fatores envolvidos no processo saúde-doença, este trabalho integra a linha de pesquisa “Fundamentos Teóricos, Políticos e Culturais do Cuidado em Saúde e Enfermagem” do programa de Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral

Analisar a perspectiva do trabalhador de enfermagem do Hospital Universitário de Juiz de Fora sobre o programa de melhoria contínua da qualidade desenvolvido na instituição.

1.1.2 Objetivos específicos

- a) Conhecer a história, estrutura e funcionamento do Hospital Universitário de Juiz de Fora;
- b) Compreender o programa de melhoria contínua da qualidade desenvolvido no Hospital Universitário de Juiz de Fora;
- c) Analisar a opinião dos trabalhadores de enfermagem sobre o programa de melhoria contínua da qualidade desenvolvido no Hospital Universitário de Juiz de Fora;
- d) Verificar as variáveis que mais impactam na opinião destes trabalhadores.



Revisão da literatura

2 REVISÃO DA LITERATURA

A intrincada teia de significados que se expressa no presente em qualquer área do domínio humano é fruto de sucessivas construções e desconstruções que ocorreram em momentos passados e, por isso, pode ser compreendida pela análise da história.

Para Marx (2003) o homem é um ser socialmente produzido a partir de determinadas relações que independem de sua vontade e são inerentes às forças produtivas que formam a estrutura econômica da sociedade sobre a qual se alicerça uma superestrutura jurídica e política.

A estrutura econômica é a base da sociedade para Marx e é composta pelas relações materiais, econômicas e sociais, enquanto a superestrutura jurídica e política é sustentada pelas condições materiais e é composta pelo modo de pensar a política, a legislação, a religião, a moral, a arte, a filosofia e a ciência. Isto caracteriza o materialismo de Marx e a admissão da tensão entre a base e a superestrutura caracteriza sua dialética (GAARDER, 2002). Desta forma, não é a consciência do homem que determina quem ele é, mas as condições materiais de vida na sociedade que determinam sua consciência e a evolução da história (MARX; ENGELS, 1993).

De acordo com Masson (2007), ao desenvolver o método materialista histórico-dialético, Marx objetivava captar a transformação do ser social, entendido como um conjunto de determinações contraditórias, que se forma a partir da estrutura econômica da sociedade, uma vez que considerava que para apreender a essência de qualquer fenômeno, era necessário estudar sua forma mais desenvolvida e aprofundar-se na sua dialética, materialismo e história.

Para Almeida *et al.* (1985) existem dois ramos principais de estudos na área de saúde que tem se valido do materialismo histórico dialético para desvendar a essência de suas práticas: a compreensão do social no processo de geração da doença em que o modelo puramente biologicista mostra-se ultrapassado por não considerar os determinantes sociais na gênese das doenças e o estudo das práticas de saúde que busca estudar essas práticas compreendendo sua inserção histórica, o que possibilita a reflexão sobre seus determinantes na estrutura econômica das sociedades, o que não é possível a partir de sua análise isolada.

O materialismo histórico tem colocado o social como fator determinante do processo saúde-doença, uma vez que as pessoas adoecem e morrem de acordo com a sua classe social que determina sua inserção no mundo do trabalho e suas condições de vida. Este fator tem ultrapassado a teoria da multicausalidade e a concepção do ensino de enfermagem centrado

em um homem bio-psico-social que ainda assim é desarticulado da história e da sociedade. Além do mais, tem colocado a enfermagem em contato com a sua própria historicidade e inserção social e assim tem lhe permitido refletir o que vem construindo (ALMEIDA, *et al.*, 1985).

Para que seja possível estudar o movimento da qualidade, imperativo de nossos dias, numa perspectiva histórico-social, é que será feito um resgate da história, englobando a evolução da ciência, saúde, administração, enfermagem e da própria qualidade ao longo dos acontecimentos e filosofias que determinaram esse encadeamento até a contemporaneidade.

2.1 Caminhando pela história: da doença como castigo dos deuses à saúde como direito social

Nos primórdios da civilização, o chamado conhecimento revelado, fruto da crença em revelações divinas, predominava sobre o conhecimento adquirido pela humanidade e a enfermidade era entendida como um castigo dos deuses (TEIXEIRA, 2009) até que no século VI a.C. deu-se início à desmistificação do universo pelos filósofos gregos que passaram a desenvolver a crítica (GALLIAN, 2002) e desta maneira os chamados filósofos da natureza começaram a buscar explicações para os fenômenos naturais libertando a filosofia da religião e criando as bases para o desenvolvimento das ciências (GAARDER, 2002).

Em 460 a.C. o filósofo Hipócrates começou a buscar explicações naturais para a saúde e para a doença, apontando a moderação e um modo de vida saudável como forma de prevenir as enfermidades, pois entendia que a saúde seria o estado natural do homem e a doença ocorria quando havia um desequilíbrio corporal ou anímico (GAARDER, 2002).

O início da Idade Média trouxe consigo um retrocesso cultural, comercial e financeiro e a Igreja Cristã, através dos mosteiros, passou a deter o poder da educação (GAARDER, 2002).

Esta foi uma época em que a saúde foi profunda e desastrosamente afetada quanto à prevenção e tratamento das doenças e os hospitais surgiram inicialmente para servir aos monges e depois para atender às necessidades de defesa pública sanitária em função de epidemias e doenças decorrentes das guerras (GEOVANINI *et al.*, 1995; SCLIAR, 1997). Teixeira (2009) esclarece que não havia uma prática médica hospitalar concreta e, portanto, o hospital não era concebido como instituição médica.

As concepções cristãs adotadas neste período exerceram uma influência negativa na saúde, resgatando a ideia de que a doença era fruto do pecado acrescentando às suas causas a feitiçaria ou possessão pelo demônio e considerando que a cura dependia da vontade divina e a morte era o castigo justo pelos pecados, sendo os tratamentos realizados através de orações e sacrifícios (TEIXEIRA, 2009).

Geovanini *et al.* (1995) atribuem ao período medieval o surgimento de novos paradigmas em saúde, afirmando a existência de notáveis avanços, mas igualmente grandes retrocessos onde catástrofes naturais e epidemias paralisavam a vida social e política e reforçavam credíes.

Enquanto os mosteiros detinham o monopólio da educação, os filósofos tentavam articular a filosofia grega à visão cristã até que foram criadas as primeiras universidades e disseminadas as fontes do conhecimento através da tipografia (GAARDER, 2002) e a análise crítica destas fontes associada a fatores externos como a expansão geográfica e comercial levaram a um movimento de descanonização e desdogmatização da ciência, lançando as bases para o pensamento científico moderno (GALLIAN, 2002).

Na Idade Moderna houve o predomínio da racionalidade sobre o misticismo marcante da Idade Média, dando início à revolução científica, questionadora dos conhecimentos anteriores e proponente da crítica, da investigação sistemática e da razão matemática (TEIXEIRA, 2009).

Para Scliar (1997), este foi um período de retomada dos ideais clássicos de racionalismo e constituiu-se em um momento de transição, onde conviviam práticas esotéricas e pensamento científico em que se buscava questionar a natureza através de métodos de investigação. Entretanto, se começava a contestar a convicção racionalista predominante de que um problema poderia ser resolvido através de mera reflexão e afirmava-se o ideário empirista de que a investigação deveria se constituir de observação, experiência e experimentos (GAARDER, 2002).

De acordo com Teixeira (2009) quando o ensino foi desvinculado dos domínios da Igreja Católica, iniciaram-se os estudos do corpo humano e a medicina passou a contar com formação universitária e amparo de leis e estatutos.

A revolução tecnológica possibilitou novas descobertas e com isso a humanidade se libertou das condições até então impostas pela natureza (GAARDER, 2002) e passou a querer dominá-la tecnicamente a partir da explicação mecânica e matemática de todo o universo e a convicção de que a razão humana é capaz de explicar e controlar todos os fenômenos por meio do intelecto (TEIXEIRA, 2009).

Motivados por tantos avanços e descobertas os cientistas se aprofundaram cada vez mais nos métodos positivistas de medição acreditando que iriam definir o verdadeiro formato e funcionamento do universo e da natureza e alcançar o conhecimento definitivo (GALLIAN, 2002; TEIXEIRA 2009).

Com a chegada da Idade Contemporânea, o caráter social da doença passou a ser reconhecido em um contexto de urbanização e consolidação do sistema fabril, quando se começou a relacionar as condições de trabalho com o processo saúde-doença do indivíduo dando início aos movimentos reformadores da saúde (PAIVA *et al.*, 2008, TEIXEIRA, 2009).

Nesse período surgiu o conceito de políticas médicas e sanitárias, inicialmente autoritário e paternalista, preocupado com os aspectos legais das questões de saúde e em garantir a reprodução do capital a partir do restabelecimento da capacidade de produção do proletariado mais do que em atender às necessidades da população (TEIXEIRA, 2009).

O cuidado de saúde, anteriormente a cargo das instituições religiosas e subordinado à igreja, passou a ocorrer no espaço hospitalar e subordinar-se ao profissional médico (PADILHA; BOREINSTEIN, 2005; ANDRADE, 2007).

Entretanto, isto não tornou a população mais saudável, pois ainda predominavam as doenças infecto-contagiosas, não havia pessoal capacitado para cuidar dos enfermos e a população que migrou do campo para a cidade como consequência do desenvolvimento capitalista e deixou suas atividades agropastoris alterando seu modo de vida, diante da desigualdade econômica e da exploração de seu trabalho, adquiriu as doenças do progresso a que se submeteu. Os ricos continuavam a utilizar os serviços do médico de família e restava aos pobres o uso dos hospitais, onde se prestavam a serem instrumentos de estudo para aplicabilidades das descobertas em benefício da classe abastada (TEIXEIRA, 2009).

O próprio aprofundamento da ciência em busca do conhecimento definitivo destruiu as certezas sobre as quais se assentava pelo reconhecimento de que não há respostas acabadas e perfeitas e gerou a necessidade de se redefinir seus pressupostos teóricos e paradigmas, passando a considerar outras percepções da inteligência humana além do universo racional matemático (GALLIAN, 2002; TEIXEIRA, 2009). Em meio a esta crise da ciência, a filosofia, relegada ao segundo plano quando a ciência prometia todas as respostas através de métodos quantificáveis, volta assumir papel de destaque (GALLIAN, 2002).

Neste sentido, Kuhn (2006) esclarece que a ciência não se faz pelo acúmulo de conhecimentos como se havia suposto, mas pela substituição deles por conhecimentos mais pertinentes ao momento científico vigente. Para o autor, a ciência é um ciclo que evolui a partir de uma grande descoberta aceita pela maioria dos cientistas que se aprofundam nela até

que descobrem um ponto frágil que gera a crise do paradigma e um esforço por encontrar a solução que leva a uma nova descoberta e a um novo paradigma.

2.2 A trajetória do sistema de saúde nacional

Refletindo os caminhos trilhados pela sociedade no mundo, iniciou-se a história do Brasil, tendo como pilares as concepções desenvolvidas ao longo deste percurso histórico que influenciam o desenvolvimento da nossa sociedade e determinam as discussões dos nossos dias.

O início da história brasileira se caracterizou pela ausência de modelos de atenção à saúde, uma vez que o colonizador Portugal objetivava apenas a exploração da terra. Quando adoeciam, os índios recorriam aos pajés e utilizavam as plantas para seu tratamento, até que os colonizadores trouxeram consigo as doenças Europeias e esta situação foi agravada com a chegada dos escravos que, transportados nos insalubres navios negreiros, aportavam doentes. Com a carência de médicos e de uma estrutura organizada, eram os boticários que manipulavam as fórmulas prescritas pelos médicos e criavam também as próprias formulações. A cidade do Rio de Janeiro caracterizava-se pela ausência de uma estrutura sanitária mínima até que, com a chegada da corte portuguesa, foram trazidos médicos portugueses renomados e criadas as primeiras escolas de medicina e os órgãos de controle da saúde (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2011).

No início do século XX, entretanto, ocorre o movimento sanitarista da Primeira República, um período oligárquico onde a saúde, reconhecida como questão social e política, uma vez que era entendida como o grande obstáculo à civilização, foi objeto de intenso movimento intelectual e político no contexto de um país predominantemente rural, composto de cidadãos analfabetos e doentes (LIMA *et al.*, 2006)

A questão social emergia associada às primeiras manifestações operárias urbanas por influência do movimento operário europeu, sendo as políticas de saúde propostas no encontro de um movimento sanitarista com a conscientização da elite sobre os efeitos negativos do quadro sanitário do país e iniciativa de contenção das revoltas operárias nascentes, levando à reunião de cientistas e intelectuais em torno de um projeto civilizatório em que a saúde passou a constituir-se em responsabilidade do Estado num processo de expansão da autoridade política e da infra-estrutura sanitária correspondente (LIMA *et al.*, 2006) inicialmente

campanhista ao qual em um segundo momento foi introduzida a propaganda e a educação sanitária (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2011).

A política de saúde nacional percorreu os tempos através de diversas instituições e ministérios e evoluiu desde a cidadania regulada instituída a partir da Lei Eloy Chaves com suas Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's), passando pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP's), Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) até as discussões e instituições que permearam o movimento da Reforma Sanitária (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2011).

Segundo Conill (2006) os sistemas de saúde expressam os valores de cada país frente às necessidades da população. No Brasil o sistema de saúde sofreu a influência americana do pós guerra evidenciada num modelo hospitalocêntrico, tecnológico, biomédico e especialista (LIMA *et al.*, 2006), mas também foi afetada pela reorganização da política social internacional conhecida como Estado de bem estar social - *Welfare State* (TEIXEIRA, 2009).

Trata-se de uma política adotada pelos países ricos após a segunda guerra mundial no sentido de responsabilizar o Estado como agente da promoção social e regulador da economia. Contudo a crise do capitalismo nos anos 70 foi atribuída aos encargos sociais desta política, motivando os grupos dominantes a proporem a organização de um Estado Mínimo que, preocupado com a estabilidade monetária incentivasse os investimentos privados e limitasse o controle estatal, caracterizando um projeto de globalização da economia orientado pela lógica neoliberal (SILVA, 2011).

Entretanto, o movimento influenciado pelo Estado de Bem Estar Social no Brasil que caminhava na direção da descentralização, da horizontalidade, da integração das ações de saúde, da ampliação dos serviços e da articulação da saúde com as reformas sociais foi abortado pelo golpe militar (LIMA *et al.*, 2006) e, ao se propor a contratação da iniciativa privada para dar conta da demanda e instituir o sistema de remuneração por procedimento pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, houve o fortalecimento da medicina curativa com o enriquecimento do setor privado, aumento do número de equipamentos médico-hospitalares e do consumo de medicamentos (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2011).

Este cenário configurou-se em campo fértil para a crescente mercantilização da saúde e favorecimento da corrupção no sistema, evidenciando-se a incapacidade do caro modelo assistencial vigente que relegava a Saúde Pública a um segundo plano tornando-a ineficiente restringindo-se a campanhas de baixa eficácia (SCOREL *et al.*, 2006).

Sob influência do ideário da Conferência Internacional sobre a Atenção Primária à Saúde, em Alma Ata, quando se reafirmou ser a saúde um dos direitos fundamentais do homem (ESCOREL *et al.*, 2006) e da Carta de Ottawa, organizada na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em que se apresentou a meta Saúde para Todos no Ano 2000 evidenciando a importância da promoção da saúde em um momento de arrefecimento do regime militar e a abertura política num contexto de iniquidade de assistência à saúde, prosperaram os movimentos sociais (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2011).

Neste contexto surgiu o ideário da Reforma Sanitária Brasileira que caminharia com seus enfrentamentos através do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-saúde), Plano de Reorientação da Assistência Médica no Âmbito da Previdência Social (Plano CONASP) e das Ações Integradas de Saúde (AIS) (PAIM, 2007) e criação do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e do Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2011).

Paralelamente às discussões sobre promoção de saúde já vinham ocorrendo no Brasil as Conferências de Saúde. Formalizando o ideário da reforma sanitária brasileira, na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) se denunciava:

Na área de saúde verifica-se um acúmulo histórico de vicissitudes que deram origem a um sistema em que predominam interesses de empresários da área médico-hospitalar. O modelo de organização do setor público é anárquico, pouco eficiente e eficaz, gerando descrédito junto à população (BRASIL, 1986, p.6).

O relatório desta conferência apontava como eixos fundamentais a saúde como direito de cidadania, a reformulação do sistema nacional de saúde e o financiamento do setor (PAIM, 2007), afirmando a indissociabilidade entre a garantia da saúde como direito social e a garantia dos demais direitos humanos e de cidadania:

(...) ficou evidente que as modificações necessárias ao setor saúde transcendem aos limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação no que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que está convencionado chamar a Reforma Sanitária (BRASIL, 1986, p. 2).

O mesmo texto prossegue afirmando:

Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade. Esse direito não se materializa, simplesmente pela sua formalização no texto constitucional. Há, simultaneamente, necessidade do Estado assumir explicitamente uma política de saúde consequente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las (BRASIL, 1986, p. 4).

As propostas foram implementadas pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS), passando pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e pela Constituição Federal (PAIM, 2007) denominada “Constituição Cidadã” (SCOREL *et al.*, 2006).

Por esta constituição o Estado brasileiro assume como sua função a redução das desigualdades sociais e regionais, promoção do bem estar de todos e construção de uma sociedade solidária sem discriminação, evidenciando o modo de conceber os direitos de cidadania e os deveres do Estado no país, dentre os quais a saúde, inaugurando no artigo 196 o conceito de saúde como direito de todos e dever do Estado mediante políticas sociais e econômicas voltadas para a redução do risco de doença e outros agravos e pelo acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

A constituinte fundamentou a criação do Sistema Único de Saúde através da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90) que, ao definir que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990a p.1) estabelece:

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar (BRASIL, 1990a, p. 1).

Além do serviço público de saúde e da iniciativa privada, complementam a rede os hospitais filantrópicos que, de acordo com Portela *et al.* (2004), configuram-se como importantes prestadores de serviço tanto para o Sistema Único de Saúde quanto para a iniciativa privada e respondem por um terço dos leitos hospitalares no país. São consideradas filantrópicas as organizações que recebem o “Certificado de entidade beneficente de assistência social”, condicionado ao atendimento dos critérios estabelecidos em legislação específica que consideram principalmente a disponibilização de parte da prestação do serviço destinada aos usuários do sistema único de saúde (BRASIL, 2002c).

Entretanto, embates políticos entre as ideologias neoliberais e as de cunho social levaram ao veto principalmente dos artigos que diziam respeito à descentralização, ao controle social e aos repasses intergovernamentais - questões que seriam em parte resgatadas pela força do movimento da reforma sanitária brasileira através de outras mobilizações como a Lei 8.142/90 (PAIM, 2007), que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990b).

Na contramão da cidadania garantida na Constituição brasileira, nos anos 80 nos países capitalistas centrais, as políticas sociais que sustentavam o Estado de Bem Estar Social começaram a ser qualificadas como onerosas e, de forma paradoxal, consideradas como responsáveis pela desigualdade social na medida em que inviabilizavam a atuação efetiva do Estado (PUCCINI, 2011).

Num alegado contexto de crise fiscal do Estado, tamanho exagerado de sua estrutura e falência do modelo intervencionistas, vários países promoveram reformas de suas máquinas públicas, em um movimento que convencionou-se chamar Reforma do Estado que objetivava reduzir os gastos sociais, combater a ineficiência pública e rever o tamanho do Estado (SANTOS, 2005; PUCCINI, 2011).

Este movimento encontrou um Brasil arruinado pela inflação com uma grave situação social, campo fértil para a hegemonia neoliberal com ideologia associada ao discurso da necessidade de se modernizar o país e combater a inflação com medidas neoliberais através de uma política monetarista (MENEZES, 2011).

Puccini (2011) ratifica que a crise era justificada por demonstrações eloquentes e tendenciosas do desempenho ineficiente da administração pública. O governo denunciava fraudes na tentativa de justificar a redução do orçamento para a saúde, enquanto os dirigentes hospitalares denunciavam o sucateamento dos hospitais que impossibilitava um atendimento de qualidade e a iniciativa privada acenava com a necessidade de competir e dilatar o mercado, inaugurando com isso a estratificação do mercado que vem reforçar a desigualdade

social, produzindo cidadãos de categorias diferenciadas, conforme seus recursos financeiros (SOUZA; LEITE, 1995).

A visão reformadora do Estado teve seu marco com o Plano Diretor de Reforma do Aparelho de Estado (1995), proposta elaborada pelo então Ministro de Estado e posteriormente consubstanciada no projeto de Lei do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE) (MENEZES, 2011; PUCCINI, 2011;).

Por esta proposta as atividades do Estado seriam divididas em quatro setores, de acordo com o nível de intervenção estatal e a saúde faria parte do setor das atividades não exclusivas, em que entidades privadas poderiam atuar sob propriedade pública não-estatal, administração gerencial, focada em resultados e eficiência no gasto dos recursos públicos (BRASIL, 1995; REZENDE, 2007).

Para Bresser-Pereira (1995), a proposta visava garantir autonomia financeira e administrativa aos serviços sociais do Estado para que pudessem realizar suas atividades de maneira eficiente, pois tratavam-se de instituições de extrema importância que necessitavam do apoio do Estado já que não poderiam se submeter às leis do mercado, mas não deveriam, entretanto, fazer parte do núcleo burocrático estatal. Com a administração descentralizada, livre de procedimentos rígidos, orientada para resultados e submetida à competição sempre que possível, os serviços apresentariam maior qualidade ao menor custo e este objetivo só poderia ser atingido por meio de Organizações Sociais e do programa de publicitação em que entidades estatais seriam transformadas em organizações públicas não-estatais.

Rezende (2007) explica que estas instituições seriam entidades de direito privado sem fins lucrativos que se responsabilizariam por algum serviço por meio de Contratos de Gestão em que o Estado disponibilizaria seu patrimônio e seus recursos humanos e orçamentários, configurando um modelo de organização de propriedade pública não estatal.

E foi assim que o governo começou a trilhar os caminhos das organizações públicas não estatais, desde as Organizações Sociais (BRASIL, 1997; BRASIL, 1998), passando pelas Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (BRASIL, 1999) e pelas Fundações Estatais de Direito Privado (BRASIL, 2007) até culminar nas discussões da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (BRASIL, 2010b) cuja medida provisória, derrubada no Senado por obstrução de votos, foi rerepresentada como projeto de lei e aprovada um ano mais tarde (BRASIL, 2011b).

Este caminho das parcerias público-privadas, principalmente das Organizações Sociais e das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, é entendido como portador de inconsistências e inconstitucionalidades por muitos estudiosos no que tange à transferência de

políticas sociais e patrimônio público à entidades privadas; mercantilização dos serviços públicos; flexibilização das questões trabalhistas; comprometimento da rede hierarquizada, do sistema de referência e contrarreferência, do controle social, da descentralização defendida na 9ª Conferência Nacional de Saúde e da gestão única do sistema; estabelecimento de dupla-porta; desvirtuamento de características do sistema, uma vez que atividades preventivas não interessam à iniciativa privada; dismantelamento do processo de licitação; falta de transparência e comprometimento da autonomia universitária (SANTOS, 2005; REZENDE, 2007; DALLARI, 2009; WEICHERT, 2009; BRAVO, 2011; PUCCINI, 2011; RAMOS, 2011; MARCH, 2012).

Entretanto, este caminho é entendido por outros estudiosos como uma forma de o Estado desobrigar-se apenas da execução dos serviços, mantendo, contudo, sua atuação como mentor e gestor da saúde e obter serviços de saúde mais eficientes e transparentes (BRESSER-PEREIRA, 1995; MODESTO, 1997; IBAÑEZ, *et al.*, 2001, SANO; ABRUCIO, 2008, CARRERA, 2012).

Alguns autores apontam ainda melhorias na proposição dos projetos que se seguiram a estas duas modalidades de parcerias (SANTOS, 2005; WEICHERT, 2009; PUCCINI, 2011).

De acordo com De Labor *et al.* (2012), a 14ª Conferência Nacional de Saúde que ocorreu no final de 2011 em Brasília onde se discutiu o caráter universal do Sistema Único de Saúde e o desafio da garantia de acesso e acolhimento com o tema “Todos usam o SUS: SUS na Seguridade Social! Política pública, patrimônio do povo brasileiro. Acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o SUS.” teve seu ponto mais polêmico quando das discussões sobre as parcerias público-privadas, e foi marcada por protestos contra o que os presentes consideraram modalidades veladas de privatização da saúde.

Para Paim (2007) a intensificação do neoliberalismo com seus programas de ajuste macroeconômico e reforma do Estado culminaram na exacerbação das desigualdades e repercutiram na saúde, mas, nos últimos anos, embora tenha se mantido a política de subfinanciamento e ajuste macroeconômico, o setor teve avanços.

Atualmente, além de todos os desafios na consolidação do sistema, de acordo com Paim (2006) os gestores tem ainda de encaixar o planejamento de atendimento às necessidades da população a um conjunto regras (pactos, agendas, políticas, programas especiais) definidas pelo Ministério da Saúde e aprovados pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) que, nem sempre, são condizentes com a realidade local.

A Comissão Intergestora Tripartite (CIT) e a Comissão Intergestora Bipartite (CIB)

são instâncias organizadas, respectivamente, em âmbito federal e estadual com o objetivo de promover a negociação entre os gestores, viabilizando acordos importantes para a consolidação do sistema (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

A Norma Operacional Básica (NOB) de 1993, alterada em 1996, normatiza a municipalização da gestão no sistema (BRASIL, 1996b) e a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) estabelece a regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde (BRASIL, 2002a).

Os instrumentos de planejamento do sistema incluem, além das normas operacionais, a Lei de Diretrizes Orçamentárias, o Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano, a Programação Pactuada Integrada, as resoluções dos conselhos de saúde e das Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite, o Plano Diretor de Regionalização, a Agenda de saúde, o Plano de saúde, o Quadro de metas, o Relatório de Gestão, o Pacto pela Vida, Pacto em defesa do SUS e o Pacto de Gestão (PAIM, 2006).

2.3 Enveredando pela organização da assistência à saúde no estado de Minas Gerais

No estado de Minas Gerais, em atendimento à Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) e por força da habilitação do estado em gestão plena em 2002 foi elaborada pelas Comissões Intergestoras Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT) o Plano Diretor de Regionalização (PDR) (MALACHIAS *et al.*, 2010).

A regionalização da atenção à saúde em Minas Gerais tinha como objetivo implantar redes de atenção à saúde e, para tanto, necessitava estabelecer uma base territorial que sustentasse o projeto de regionalização. Sendo assim, o Plano Diretor de Regionalização (PDR) baseou-se em uma combinação de critérios técnicos de organização dos serviços, culturais e negociação política de constituição de regiões com maior número de municípios possível, observando a economia de escala, de escopo, qualidade e acesso, proporcionado uma regionalização que tornasse viável a habilitação dos municípios das microrregiões em gestão plena da atenção básica, uma pré-condição para habilitação das microrregiões (MALACHIAS *et al.*, 2010).

Outro ponto relevante do projeto de regionalização era o aumento de eficiência dos serviços, já que o diagnóstico da rede mostrava enorme fragmentação dos mesmos. Guimarães (2007) esclarece que com a implantação do Sistema Único de Saúde, Minas Gerais

passou por um processo rápido e profundo de municipalização da saúde que levou a uma grande fragmentação dos serviços.

O Plano Diretor de Regionalização definiu a conformação espacial do sistema de saúde em uma rede em que os territórios sanitários são compostos por regiões articuladas de modo a dispor de unidades assistenciais que exerçam funções específicas em níveis crescentes de complexidade tecnológica, atendendo às necessidades da população com economia de escala (MALACHIAS *et al.*, 2010), em pleno acordo com o estabelecido no Decreto 7508 que regulamenta a lei orgânica da saúde dispendo sobre o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011a).

Desta maneira, o município é responsável pela oferta de serviços de atenção primária à saúde; a microrregião agrega tecnologias de média densidade e depende de uma adequada organização da demanda regional para garantir uma relação custo-benefício satisfatória; e, por fim, a macrorregião agrega os procedimentos de demanda mais escassa ou que requeiram maior complexidade tecnológica ou alto grau de especialização, exigindo uma amplitude regional ainda maior do que o nível microrregional, para garantir qualidade e viabilidade financeira (MALACHIAS *et al.*, 2010).

Dentro desta lógica, Minas Gerais está dividida em 13 macrorregiões. Dentre as macrorregiões, destaca-se a Sudeste que é composta pelas microrregiões de Além Paraíba, Carangola, Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim de Minas, Leopoldina/Cataguases, Muriaé, Santos Dumont, São João Nepomuceno/Bicas e Ubá, totalizando oito microrregiões, 94 municípios da Zona da Mata e uma população de 1.575.629 habitantes (MALACHIAS *et al.*, 2010).

2.4 Explorando a organização da assistência à saúde no município de Juiz de Fora

O município de Juiz de Fora pertence à microrregião de Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim de Minas, que é constituída por 25 municípios com cerca de 643 mil habitantes (MALACHIAS *et al.*, 2010) e é considerado pólo assistencial da macrorregião Sudeste e da microrregião na qual está inserido, figurando como referência para procedimentos de média e alta complexidade para cerca de 160 municípios (PREFEITURA DE JUIZ DE FORA, 2010).

Para estabelecimento da atenção primária à saúde o município conta com 57 Unidades de Atenção Primária à Saúde nas áreas urbana e rural que cobre 79% da população por meio de 84 equipes da Estratégia de Saúde da Família e 21 equipes do modelo tradicional de assistência (PREFEITURA DE JUIZ DE FORA, 2010).

O acesso e agendamento das consultas especializadas é regulado pela Central de Marcação de Consultas que reúne a demanda das unidades de atenção primária à saúde do município, serviços de urgência e emergência e dos municípios pactuados (PREFEITURA DE JUIZ DE FORA, 2010).

A atenção secundária no município é gerenciada pela Coordenação de Redes Assistenciais e inclui Departamentos e Serviços Especializados destinados a grupos específicos: Departamento das Clínicas Especializadas, Departamento de Práticas Integradas Complementares, Departamento da Criança e do Adolescente, Departamento da Saúde do Idoso, Departamento da Saúde da Mulher, Departamento da Saúde Mental, Departamento da Saúde Bucal e Departamento de Saúde do Trabalhador. Os atendimentos ambulatoriais na atenção especializada ocorrem nas dependências municipais e instituições parceiras (PREFEITURA DE JUIZ DE FORA, 2010).

Além destas estruturas, o município sedia e polariza os atendimentos da Agência de Cooperação Intermunicipal em Saúde Pé da Serra (ACISPES), uma associação civil sem fins lucrativos que oferece, dentro da lógica dos consórcios intermunicipais de saúde, consultas e exames de média complexidade e/ou transporte para tratamento de saúde à população dos 24 municípios consorciados (AGÊNCIA DE COOPERAÇÃO INTERMUNICIPAL EM SAÚDE PÉ DA SERRA, 2012).

A adoção de consórcios intermunicipais de saúde é uma estratégia do governo estadual para a organização do sistema em redes integradas de atenção à saúde através da estruturação da oferta de serviços e articulação do fluxo dos usuários mediado pelo transporte estadual (DONATO, 2008).

Para organização do fluxo de usuários dos cerca de 135 municípios pactuados para atendimento na atenção terciária, Juiz de Fora utiliza a Central de Vagas do Município e Central de Marcação Macrorregional/MG, através do Sistema SUS Fácil (PREFEITURA DE JUIZ DE FORA, 2010).

A atenção terciária é ofertada em dezessete hospitais: quatro da rede pública, três filantrópicos e dez da rede privada, totalizando 2709 leitos. Deste total, 1892 são destinados ao Sistema Único de Saúde demonstrando que o sistema de saúde de Juiz de Fora concentra 70% das internações no setor público (BRASIL, 2012).

Para a assistência às urgências e emergências o município conta com o Pronto Atendimento Infantil, um Departamento da Unidade Regional Norte, um Departamento da Unidade Regional Leste, um Hospital de Pronto Socorro e duas Unidades de Pronto Atendimento. O atendimento pré-hospitalar é realizado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Para o atendimento das necessidades de sangue e hemocomponentes o município conta com o Hemocentro Regional de Juiz de Fora (PREFEITURA DE JUIZ DE FORA, 2010).

2.5 Limites e perspectivas no caminho do sistema de saúde nacional

Paim (2007) recorda que a Reforma Sanitária Brasileira ainda não cumpriu o que prometeu e estagnou focada nas questões organizacionais do sistema sem conseguir contemplar a ampla reforma inicialmente proposta, sendo reduzida a mera reforma setorial.

Ainda não se tem uma implantação efetiva do sistema nacional de saúde que apresenta problemas que vão desde questões no financiamento até deficiências de políticas públicas efetivas e atualmente ainda prevalece a medicina curativa em detrimento de ações preventivas. Neste contexto, a política de saúde continua voltando sua atenção as políticas focalizadas e aos aspectos que comprometam os interesses capitalistas, além de priorizar as demandas dos grupos de interesse e localizados em áreas estratégicas, dando pouca importância aos investimentos no interior do país e não dando continuidade às suas ações (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2011).

Lima *et al.* (2006) mostram que a Reforma Sanitária herdou da história de sua constituição ações verticalizadas, centralização no governo federal, importância do setor privado na área de assistência médico hospitalar e setorialização.

Buss (2002) fazendo um balanço da saúde no Brasil, analisa o perfil epidemiológico, o demográfico, os indicadores econômicos e questões relativas aos recursos humanos.

Em relação ao perfil epidemiológico brasileiro, afirma que pode-se considerar como conquista o aumento da expectativa de vida, redução da mortalidade infantil e da desnutrição e eliminação e controle de diversas doenças, mas recorda o recrudescimento de outras.

Analisando o perfil demográfico, aponta como desafio o aumento do número de idosos em um sistema de saúde em construção em um país de amplas desigualdades sociais. Quanto aos indicadores econômicos o autor lembra a história econômica do país que contribuiu para

as desigualdades sociais e afirma que na saúde houve aumento da cobertura da rede básica e assistência hospitalar com qualidade duvidosa. Na área ambiental destaca os problemas de habitação e poluição, mas recorda que houve aumento do saneamento.

Em relação aos recursos humanos, Buss (2002) evidencia a pouca participação dos trabalhadores da saúde no processo de reforma do Estado, abordagem insuficiente do tema nas Conferências de Saúde, os vínculos precários e terceirizações, ausência de planos de cargos e salários, baixos salários, entre outros, destacando que este é um problema grave uma vez que o setor saúde depende das pessoas, das relações profissionais entre essas pessoas e das relações entre as pessoas e os organismos em que atuam.

De acordo com Paiva *et al.* (2008) o modo de produção ainda presente nos hospitais que perpetua a divisão do trabalho contraria o ideário do Sistema Único de Saúde em sua proposta de integralidade e equidade.

Para Dain (2007) o grande desafio do Sistema Único de Saúde tem sido a estabilidade e a sustentabilidade financeira, uma vez que o sistema tem sofrido um subfinanciamento crônico em função das políticas de ajuste fiscal que priorizam a geração de superávit com a finalidade de projetar o país internacionalmente, em detrimento das políticas sociais. Nesta perspectiva, o Estado vem se valendo da alta carga tributária que se legitima na crença da população de que estes recursos são destinados às áreas sociais enquanto, na verdade, a destinação à saúde vem sendo prejudicada pela priorização da previdência social, sistema de Desvinculação de Receitas da União (DRU), prática de renúncia fiscal, pela adulteração do conceito de Ações e Serviços Públicos de Saúde que consta na Emenda Constitucional 29 que trata do financiamento da saúde e pela relação com os serviços privados de saúde que atuam como concorrentes ao serviço público e não em caráter suplementar como deveriam.

Para Bardanachvili (2011) o desafio da saúde pública brasileira é político, pois depende de uma articulação entre as esferas de governo e as diversas instâncias da sociedade, bem como de uma revisão da relação entre o público e o privado no país.

Dain (2007) reconhece que o financiamento é um desafio em um país de alta complexidade epidemiológica e social como o Brasil, mas afirma que a história do financiamento em saúde é uma história de transgressões e agressões à constituição federal, caracterizada por ações limitadas e vazios assistenciais. A autora sugere que a fonte dos recursos para o Orçamento da Seguridade Social que inclui o tripé Assistência Social, Previdência Social e Saúde deve ser a Receita Corrente Bruta e não o Produto Interno Bruto conforme instituído pela Emenda Constitucional 29 e deve ser garantida efetivamente uma porcentagem para a saúde que deverá contemplar ações de custeio e investimentos na área.

É necessário modificar a visão de que a área de saúde é consumidora de recursos passando a entendê-la como capaz de gerar riquezas, uma vez que se configura como o setor econômico com maiores investimentos em inovação e desenvolvimento tecnológico do país (DE LAVOR *et al.*, 2011).

Isto porque, se por um lado a economia pode auxiliar o sistema de saúde, este por sua vez tem um impacto positivo na economia, pois movimenta 8% do Produto Interno Bruto, gera investimentos, inovações, renda, emprego e recursos fiscais. Há, portanto, que se pensar em articulação economia-área social: é preciso ter dinheiro para movimentar a economia e garantir recursos para investimentos sociais, mas o gasto social também gera recursos, tendo impacto econômico. Assim, há espaço para políticas específicas que articulem as dimensões sanitária e econômica (DAIN, 2007).

Um avanço neste sentido foi o Pacto pela Saúde que altera as regras do financiamento em saúde estabelecendo cinco blocos de investimentos: atenção básica; média e alta complexidade; vigilância em saúde; assistência farmacêutica e gestão do Sistema Único de Saúde. Esta estratégia reduz a fragmentação das transferências e aumenta a autonomia dos governos locais (DAIN, 2007).

Um estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) mostra que 34,3% da população desconhecem a amplitude do sistema, pois estes entrevistados afirmaram nunca tê-lo utilizado, o que torna-se pouco provável uma vez que o Sistema Único de Saúde não se restringe aos atendimentos à saúde realizados nos órgãos públicos. O Sistema Único de Saúde apresenta limites e possui muitos desafios, entretanto ele apresenta avanços que nem sempre são percebidos ou ainda, são abafados por aquilo que precisa melhorar e que, em geral, recebe mais atenção dos meios de comunicação (DE LAVOR *et al.*, 2011).

Para De LAVOR *et al.* (2011), uma possível explicação para a invisibilidade do sistema é que os pontos positivos não são valorizados pela imprensa em parte pela ideologia neoliberal que considera que o que é público não funciona e pelas próprias limitações do sistema e das estratégias de subfinanciamento que minam sua estrutura e, em parte também, pela falta de divulgação com apoio técnico, político e financeiro a favor do sistema ou pelo marketing dos gestores institucionais que se preocupam em projetar a instituição que coordenam mas não o sistema que a mantém.

Para Souza e Leite (1995) as crises decorrentes do modo de produção capitalista vem atingindo o setor saúde dificultando a adoção de um modelo de assistência que atenda aos diversos segmentos sociais e comprometendo a qualidade do atendimento tornando um grande desafio a promoção e recuperação da saúde, exigindo ações do governo em um contexto de

uma sociedade que não está habituada à prevenção de doenças e à medicina comunitária, um sistema nacional de saúde frágil, com um aparelho estatal ineficiente, com desvio de verbas, atuações com fins eleitoreiros e corrupção. No entanto, compete ao governo manter o sistema de saúde normatizado, organizado, funcional, qualificado e com pagamentos justos e compete aos profissionais e instituições acompanhar a atuação do Estado.

Mendes (2010), afirma que a crise dos sistemas de saúde afetam tanto o serviço público quanto o privado de todo o mundo e assevera que o problema fundamental dos sistemas de saúde contemporâneos está na incoerência entre a situação de saúde e os modelos de atenção à saúde que se expressa em sistemas fragmentados e focados nas doenças agudas que perpetuaram no século passado e agudizações das doenças crônicas, desconsiderando as condições epidemiológicas e demográficas em que predominam as condições crônicas.

O autor sinaliza que o manejo adequado das condições crônicas de saúde não se restringe ao volume de recursos gastos, mas sim na forma de organização do sistema e afirma que as redes de atenção à saúde são capazes de melhorar a qualidade dos serviços, os indicadores sanitários, a satisfação dos usuários e reduzir os custos da saúde. Segundo ele, os conteúdos básicos das redes de atenção à saúde são:

Apresentam missão e objetivos comuns; operam de forma cooperativa e interdependente; intercambiam constantemente seus recursos; são estabelecidas sem hierarquia entre os diferentes componentes, organizando-se de forma poliárquica, em que todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes e se relacionam horizontalmente; implicam um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; convocam uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; funcionam sob coordenação da atenção primária à saúde; prestam atenção oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente e ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis; focam-se no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde; têm responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população; e geram valor para a sua população (Mendes, 2010, p. 2300).

Ao propor atenção oportuna, eficiente, segura e efetiva como uma das condições para o pleno funcionamento das redes de atenção à saúde, o autor chama à esta responsabilidade cada uma das organizações que as compõem, dado que toda rede é um sistema que se caracteriza pela interdependência de seus elementos.

Isso equivale a dizer que, para garantir o pleno funcionamento da rede, cada organização que presta serviços de saúde dentro destas redes de atenção à saúde precisam se

organizar de forma a prestar atenção oportuna, eficiente, segura e efetiva. Para tanto, não seria o aprimoramento da gestão de cada uma destas organizações um dos caminhos? Neste sentido, delinea-se a necessidade de se superar a visão do hospital enquanto instituição caritativa, rótulo herdado de sua história de assistência aos enfermos pobres, e passar a entendê-lo como organização a ser administrada dentro da lógica empresarial, sem perder de vista as peculiaridades do ramo de serviços do mercado em que se insere.

Enquanto Donabedian (1986) expressa a crença de que a finalidade dos sistemas de atenção à saúde é oferecer o maior nível de qualidade ao menor custo de maneira igualitária ao maior número de pessoas que lhe for possível, Almeida (2001) considera que com a transformação da gestão no setor público será possível solucionar questões que há muito tempo vêm comprometendo seu desempenho.

Por esta razão, cada vez mais os hospitais tem sido tratados como uma empresa convencional e vem acompanhando as tendências no aprimoramento da gestão que tem se modificado em atendimento a um mercado cada vez mais exigente no que tange à qualidade dos produtos e serviços que consome. Neste sentido, não basta mais que se preste assistência: é necessário, para além dos números de atendimentos, que haja qualidade na assistência prestada.

De um modo geral, todo o ambiente empresarial vem sofrendo modificações em decorrência de mudanças nas relações econômicas, sociais e políticas e no Brasil essas mudanças tem se dado mais particularmente pela abertura econômica, estabilização monetária e reformas constitucionais, reduzindo e reorientando o papel da União na economia. Para enfrentar essas mudanças, diversas empresas tem apostado nos programas de melhoria contínua da qualidade (MONACO; GUIMARÃES, 2000).

2.6 A trajetória dos programas de melhoria contínua da qualidade: da busca pelo defeito zero ao direito social a um serviço de saúde seguro

Para refletir sobre as implicações da gestão das organizações de saúde nos dias de hoje, propõe-se um breve resgate da história da administração que estruturou o pensamento administrativo contemporâneo.

Para dar conta de administrar as empresas nascentes, surgiu a Teoria Científica que propunha a aplicação de métodos científicos na administração e este modelo, chamado

taylorista ou racionalidade gerencial, preocupava-se em obter produtividade através da divisão do trabalho, especialização do trabalhador e padronização das atividades por ele executada - concepções que influenciaram a construção do processo de trabalho em saúde (PAIVA *et al.*, 2008).

Desde a sua origem, o Taylorismo preocupou-se com a racionalidade da produção do trabalhador através do desenvolvimento de métodos de organização do trabalho adaptando-o às necessidades do capital através do controle pela gerência e da redução de custos com mão de obra (BERARDINELLI, 2003).

A seguir Fayol desenvolveu o pensamento de que a eficiência da empresa aumentava com uma estrutura e funcionamento adequados, culminando na Teoria Clássica (PAIVA *et al.*, 2008).

De acordo com Souza e Leite (1995) desde a revolução industrial as técnicas de gerência vem influenciando a área de saúde, pois com os avanços no campo dos procedimentos de alto custo, evidenciou-se a necessidade de adotar a racionalidade administrativa para elevar a produtividade com resultados satisfatórios.

Entretanto, ao perceber-se que o homem não era movido somente por recompensas econômicas, mas que também era movido por necessidades sociais, delineou-se a necessidade de substituir a visão do homem econômico de Taylor pelo homem social com a Teoria das Relações Humanas que propunha a valorização de aspectos subjetivos na empresa como forma de aumentar a produtividade (SCOPINHO, 2000; PAIVA *et al.*, 2008).

A crescente industrialização, por sua vez, fez surgir um novo mercado que passou a exigir a organização das empresas para maior eficiência, culminando na teoria burocrática, que se alastraria também para a saúde. (PAIVA *et al.*, 2008).

No início do século XX a qualidade dos produtos era assegurada somente na inspeção final que caracterizava o produto como bom ou ruim até que as indústrias passaram a fazer inspeções em amostras de seus produtos durante os processos de produção e foram desenvolvidos instrumentos para este fim (SOUZA; LEITE, 1995).

Entretanto, em 1910 nos Estados Unidos, o cirurgião Ernest Codman formulou o *The end result system standardization*, sistema no qual o hospital deveria gerenciar os resultados de modo a adequar os cuidados prestados ao paciente. O Colégio Americano de Cirurgiões, criado neste mesmo ano e liderado pelo Dr. Codman, em 1917 estabeleceu o Programa de Padronização Hospitalar cujos Padrões Mínimos definidos em 1918 ocupavam-se em verificar a organização do corpo médico, o preenchimento do prontuário e a conformidade de serviços

diagnósticos e terapêuticos e serviram de base para o programa de avaliação do Colégio Americano de Cirurgiões (RODRIGUES, 2004).

No Brasil, as iniciativas de avaliação pertenciam ao setor público, como o Censo Hospitalar do Estado de São Paulo e a ficha de inquérito hospitalar elaborada pela Comissão de Assistência Hospitalar do Ministério da Saúde, configurando a primeira tentativa de melhorar a qualidade dos hospitais brasileiros na década de 30 (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

A partir da necessidade de fabricação de material bélico para suprir as necessidades da segunda guerra mundial o governo dos Estados Unidos estabeleceu a exigência de requisitos mínimos de qualidade de seus fornecedores para prover credibilidade no aparato do Estado Norte Americano (SOUZA; LEITE, 1995).

Ao final da segunda guerra mundial, o Japão devastado precisou empreender esforços na melhoria da qualidade de seus produtos para conseguir sobreviver e assim buscou especialistas na área através da *Japanese Union of Scientist and Engineers*, entre eles Willian Edwards Deming, um estatístico americano que construiu os quatorze princípios que propunham reduzir a variação nos resultados e Abraham Harold Maslow que introduziu o conceito das necessidades humanas básicas e estabeleceu novos pressupostos filosóficos sobre os recursos humanos (SOUZA; LEITE, 1995).

Em 1949 o Colégio Americano de Cirurgiões apresentava problemas em manter sozinho seu sistema de avaliação e iniciou parcerias com a Associação Médica Americana, Associação Médica Canadense, Colégio Americano de Clínicos e Associação Americana de Hospitais, gerando a Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais que delegou em 1952 o programa de Acreditação à *The Joint Commission*, à época denominada *Joint Commission on Accreditation oh Healthcare Organization* (FELDMAN, 2004).

Nesta época, a Teoria Estruturalista buscava abranger aspectos tanto da Teoria Clássica quanto da Teoria das Relações Humanas, e desenvolveu-se a teoria Neoclássica que considerava os meios de se conseguir eficiência na empresa, mas focava os resultados, reagindo à presença das ciências comportamentais dentro das organizações por estarem enfatizando mais os aspectos humanos do que os econômicos. Também se desenvolveu neste período a Teoria Comportamental ou Behaviorista que utilizava as ciências do comportamento para enfatizar as pessoas no contexto da organização (PAIVA *et al.*, 2008), e foi decorrente da Teoria das Relações Humanas.

Em 1951 foi realizado o 1º Congresso Nacional do Capítulo Brasileiro do Colégio Internacional de Cirurgiões em que estabeleceram-se os primeiros padrões de planta física e

organização do centro cirúrgico e em 1956 o Decreto 25465 propôs padrões gerais para classificação dos estabelecimentos de saúde (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Na década de 60, os mercados saturados levaram à demanda de produtos diferenciados para agradar o consumidor e a facilitação do comércio internacional intensificou a competitividade entre as empresas (SOUZA; LEITE, 1995), enquanto o Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Previdenciários passou a estipular padrões para credenciamento dos serviços hospitalares (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

A partir da década de 70 a postura mais consciente do consumidor e o aumento da concorrência de mercado alteraram o relacionamento de compra e venda de bens e serviços levando as empresas a criarem estratégias para sobreviverem, tais como a oferta compatível com a demanda, competitividade através da oferta de produtos de qualidade como estratégia de marketing e redução dos custos de produção. Para tanto, não bastava mais cortar despesas ou reduzir investimentos: evidenciou-se a necessidade de otimizar o processo de produção a partir de critérios definidos estrategicamente (CHIOCHETTA *et al.*, 2003).

Na saúde, como a maior parte dos hospitais americanos já havia atingido os padrões estabelecidos, a *The Joint Commission* publicou em 1970 o *Accreditation Manual for Hospital* em que aumentava o grau de exigência passando a considerar processos e resultados da assistência em suas avaliações (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Acompanhando os caminhos dos setores industriais e de serviços, os hospitais de países capitalistas centrais iniciaram um trabalho de capacitação e avaliação crítica de suas instituições (SOUZA; LEITE, 1995).

No Brasil, a preocupação com a qualidade dos produtos e serviços se intensificou com a industrialização tardia da década de 70, sendo criado o Instituto Nacional de Metrologia, Normatização e controle de qualidade (INMETRO) e, no início dos anos 80, com a retomada do crescimento econômico e fortalecimento do país no mercado externo, foi necessário empenhar-se na melhoria da qualidade para estabelecer padrões compatíveis com as exigências internacionais. No final desta década, surgiu a ISO 9000 *da International Organization for Standardization* que representa um grupo de normas técnicas objetivando estabelecer um modelo de gestão da qualidade aplicável à qualquer organização (SOUZA; LEITE, 1995).

Nesta época, a explosão de processos por erros médicos nos Estados Unidos levou à preocupação dos profissionais com o gerenciamento dos riscos como forma de se resguardarem. Este conceito evoluiu a partir das queixas no tribunal em direção a um sistema de saúde mais seguro através dos movimentos pela segurança do paciente.

De acordo com Souza e Leite (1995) nesta época foram criados sistemas de avaliação e controle dos serviços de saúde, priorizando, porém, a produtividade em detrimento da qualidade.

Em 1979 foi fundada na Europa a Organização de Garantia da Qualidade de Hospitais da Holanda, que no ano seguinte passou a ser consultora da Organização Mundial de Saúde em matéria de garantia da qualidade (SOUZA; LEITE, 1995).

Nesta década de 80, que marca a adoção da gestão da qualidade na área de saúde, o Canadá aprovou uma lei que exigia a criação de programas de qualidade, nos Estados Unidos começaram a surgir publicações mais específicas para os hospitais com enfoque mais em estrutura e processo até que a *The Joint Commission* passou a incentivar a priorização dos resultados, a Espanha elaborou um decreto exigindo dos hospitais a formação de uma comissão para a garantia da qualidade e a França instituiu normas específicas sobre a fabricação de equipamentos homologadas pelo Ministério da Saúde obrigando os hospitais a só adquirirem materiais e equipamentos normatizados (SOUZA; LEITE, 1995).

Líderes de vinte e uma organizações de saúde norte-americanas se reuniram com peritos da área industrial para conhecer as estratégias de garantia da qualidade adotadas por este setor, o que gerou o livro "*Curing Health Care; new strategies for quality improvment*" de autoria de Donald M. Berwick, A. Blanton Godfrey e Jane Roessner, lançado em 1991. Atribui-se a Berwick a popularização na área de saúde dos conceitos de qualidade de J.M. Juran e Deming. A seguir a Suécia elaborou o documento de Garantia da qualidade de atenção à saúde e trinta países dos cinco continentes fundaram a Sociedade Internacional de garantia da Qualidade. Rapidamente a ideia da qualidade total disseminou-se pela América Latina (SOUZA; LEITE, 1995).

De acordo com Feldman (2004) na América Latina essa reflexão se inicia em 1989 quando a Organização Mundial de Saúde aborda o tema da Qualidade da Assistência junto a 30 países que concluem que a acreditação é o instrumento necessário para desencadear o processo de busca pela qualidade nos serviços de saúde.

Em 1990 foi firmado um convênio entre a Organização Pan-Americana de Saúde, A Federação Latino Americana de Hospitais e o Ministério da Saúde para elaboração do Manual de Padrões de Acreditação para América Latina (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

A partir dessas discussões em 1991 foi publicado o manual denominado "*La Garantia de Calidad para América Latina y el Caribe*" que ficou conhecido como o primeiro instrumento de avaliação para acreditação na América Latina (FELDMAN, 2004) e em 1992 a OPAS

apresentou o seu Manual de Acreditação em Brasília no primeiro seminário Nacional sobre Acreditação (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

De acordo com Feldman, Gatto e Cunha (2005), o Ministério da Saúde lançou em 1994 o Programa de Qualidade que considerava a avaliação e certificação de serviços de saúde uma questão estratégica e prioritária nesta pasta durante os anos 97 e 98 e estabeleceu a Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade em Saúde objetivando implantar a cultura da qualidade. Ainda neste ano, o Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, juntamente com a Academia Nacional de Medicina e o Colégio Brasileiro de Cirurgiões, promoveram o Simpósio “Acreditação de Hospitais e Melhoria da Qualidade em Saúde” em que contaram com a participação, além de entidades nacionais, da *The Joint Commission* e do *Canadian on Health Services Accreditation*.

Em 1997 o Ministério da Saúde iniciou o projeto “Acreditação Hospitalar” junto ao Projeto REFORSUS com o Programa de apoio financeiro para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde e financiamento pelo Banco Mundial e o Programa Brasileiro de Acreditação foi apresentado em 1998 em Budapeste no Congresso Internacional de Qualidade na assistência à saúde (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Todas estas discussões culminaram em 1999 na criação da Organização Nacional de Acreditação, órgão que regulamenta o processo e credencia empresas avaliadoras da qualidade dos serviços de saúde brasileiros (FELDMAN, 2004).

O Sistema Brasileiro de Acreditação Hospitalar da Organização Nacional de Acreditação foi reconhecido pelo Ministério da Saúde através de convênio firmado pela Portaria nº. 538 de 17 de abril de 2001 (BRASIL, 2001). Já a Agência Nacional de Vigilância Sanitária oficializa seu apoio à Organização Nacional de Acreditação através da Resolução/ANVISA nº 921 de maio de 2002 que define o processo de Acreditação como sendo uma forma de padronização, racionalização e organização dos serviços de saúde, voltada, principalmente, para a educação permanente e que ocorre através da avaliação voluntária e periódica da instituição por meio de padrões previamente estabelecidos (BRASIL, 2002b).

Nesta mesma década foi criado o Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade para fomentar a melhoria dos produtos nacionais que deveriam agora fazer frente aos produtos importados que começariam a aportar no país com o fim do modelo de substituição de importações adotado como estratégia para o desenvolvimento do país nas duas últimas décadas. Aliado a isso, o consumidor se tornava cada vez mais exigente e apoiado pelo Código de Defesa do Consumidor, enquanto que a crise pela qual passava a economia

nacional indicava o caminho do equilíbrio entre qualidade e produtividade, desvelando um campo fértil para o crescimento do movimento da qualidade total.

Nesta época o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) propôs uma discussão para definição do Índice de Valorização da Qualidade e criou instrumentos de avaliação dos hospitais a partir da tríade estrutura-processo-resultado (SOUZA; LEITE, 1995).

Com a evolução tecnológica, houve uma grande transformação na administração, sendo que a popularização das tecnologias, difusão dos meios de comunicação, além das mudanças nos cenário político contribuíram para que a população tivesse mais acesso à informação e propiciaram aos consumidores maior consciência de seus direitos culminando na Teoria Administrativa da Qualidade Total com sua proposta de melhoria contínua dos processos de produção através da colaboração dos trabalhadores (PAIVA *et al.*, 2008).

De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (2005) os clientes exigem serviços e produtos que atendam às suas necessidades e expectativas que podem ser especificadas pelo cliente ou determinadas pela organização, mas em qualquer caso é sempre o cliente quem determina a aceitabilidade do produto. Em um contexto de mudança das necessidades e expectativas dos clientes aliado à competitividade e avanços tecnológicos, as organizações precisam constantemente melhorar seus processos e produtos.

Os meios de comunicação em massa fomentaram a busca pela qualidade através da divulgação dos erros ocorridos nas instituições de saúde. Nesse sentido destaca-se o livro *To Err is Human: building a safer health system*, de Kohn, Corrigan e Donaldson (2003) publicado nos Estados Unidos pela primeira vez no ano 1999, que discute a possibilidade de erros na assistência, trazendo grande repercussão entre os profissionais da área de saúde.

Atualmente a *The Joint Comission* tem privilegiado a assistência clínica pelo monitoramento dos indicadores de desempenho e a educação através de consultorias e publicações de normas, padrões e recomendações (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Para Scopinho (2000) o binômio qualidade-produtividade é o pilar da competitividade e determinante para a sobrevivência das empresas no mundo atual.

Bohomol (2006a) acrescenta que a sobrevivência das empresas depende da sua capacidade de adaptação e agilidade frente às mudanças e que a importância dada ao atendimento das expectativas dos clientes é fator crucial para o sucesso destas empresas.

A Associação Brasileira de Normas Técnicas (2005) aponta o sistema de gestão da qualidade como capaz de fornecer a estrutura para a melhoria contínua visando a satisfação do cliente e demais partes interessadas.

Souza e Leite (1995) consideram que o movimento da qualidade total, embora oriundo do ramo industrial, pode ser aplicado aos serviços de saúde se adaptada a estes serviços e constitui-se em uma das possibilidades de atendimento das demandas de saúde pela prática da eficiência, responsabilidade, competência e comprometimento na prestação dos serviços.

Para Bohomol (2006a), todas as áreas de trabalho tem desafios que devem ser superados, mas a área de saúde, principalmente, precisa empenhar-se na busca da eficácia e eficiência dada à sua extrema complexidade. Neste sentido, Souza e Leite (1995, p. 79) afirmam:

Administrar um hospital constitui tarefa e/ou atividade complexa, e não visualizar esta complexidade significa ter visão estreita sobre a responsabilidade que envolve a prestação de serviços de saúde.

De acordo com Gurgel Júnior e Vieira (2002) a opção pelos programas de qualidade nos serviços de saúde tem relação estreita com o aumento do custo da assistência hospitalar em comparação ao gasto total em saúde. Cabe notar que, embora a saúde não possa ser reduzida à uma mercadoria à qual possa ser atribuído um preço, tem custos elevados.

Neste sentido, Bohomol (2006b) afirma que o custo da saúde configura-se como uma das grandes preocupações atuais da América do Norte, Europa e também do Brasil, pois a mudança do perfil da população através do aumento da expectativa de vida e hospitalização de alta complexidade aliada à incorporação de tecnologias de apoio terapêutico e diagnóstico, tem levado a saúde à uma situação de gastos crescentes.

Os Estados Unidos mostram uma experiência interessante da evolução da ênfase na diminuição dos custos à ênfase na segurança hospitalar. O foco na redução de custos, fruto do sistema de tipo pluralista empresarial permissivo enraizado no liberalismo americano (CONILL, 2006) relegaram a segundo plano a segurança do paciente e a qualidade do cuidado, mas a *American Nurses Association*, diante das sérias consequências impostas pelo modo de se pensar a saúde no país, posicionou-se de maneira contundente defendendo a discussão de ações capazes de somar à redução de custos, a segurança e a qualidade, desempenhando um papel decisivo na configuração do sistema de saúde nacional em termos de qualidade (BOHOMOL, 2006b).

No entanto, Gurgel Júnior e Vieira (2002) fazem uma relação das especificidades econômicas e organizacionais dos serviços de saúde sobre as quais vale a pena refletir, a começar por serem serviços cujas necessidades humanas e prioridades não mercantis se

impõem independente do custo de produção, valor de mercado e preços praticados, desbancando as leis convencionais de mercado.

A falta de concorrência comum pela carência crônica destes serviços é outra diferença em relação às empresas de outros ramos. Soma-se a isso a grande variabilidade da demanda uma vez que o cliente desta empresa não exhibe um comportamento sempre previsível, o que dificulta a padronização do trabalho e racionalização da oferta. Sem contar que o serviço é executado por profissionais de diversas categorias, níveis de formação e interesses corporativos. Além disto, trata-se de clientes leigos, que não dispõem de conhecimentos sobre o serviço que estão adquirindo e, portanto, não podem avaliar sua qualidade técnica (GURGEL JÚNIOR; VIEIRA, 2002).

Também esta é uma especificidade apontada por Paiva *et al.* (2008) ao afirmarem que, em relação ao produto que compra o usuário pode escolher, enquanto na saúde busca o serviço não por escolha e o consumidor não pode discernir os melhores procedimentos e profissionais. Alia-se a este aspecto o fato de que as pessoas quando procuram serviços de saúde em sua maioria encontram-se fragilizadas, sem condições muitas vezes de conduzirem suas próprias vidas.

Cabe resgatar o sentido da qualidade percebida como sendo aquela que pode ser apreendida pelo cliente em função da sua expectativa e do conhecimento que dispõe sobre o produto ou serviço, enquanto a qualidade real é aquela que efetivamente compõe o produto ou serviço adquirido.

Neste sentido, é importante lembrar quem são os clientes do serviço público de saúde. Enquanto no serviço privado o cliente é quem permite a geração do lucro e, portanto, todos os esforços devem ser empreendidos para fidelizá-lo, no serviço público o atendimento ao cliente deve pautar-se na analogia de que o cidadão, enquanto mantenedor pela via da carga tributária de todo o custeio e investimentos de recursos humanos e materiais nos serviços públicos, pode ser comparado ao sócio da empresa e, para ele, cabem todos os esforços na qualidade do atendimento (BRASIL, 2009a).

Gurgel Júnior e Vieira (2002) prosseguem analisando que, sendo o consumo do serviço imediato à sua produção, não há tempo para fazer o controle prévio da sua qualidade nem há estoque para uma inspeção final. Por fim, os autores mencionam a resistência da categoria médica aos programas de qualidade no qual estes profissionais sentem-se fiscalizados em sua conduta clínica.

Neste sentido, cabe retornarmos ao objetivo principal dos serviços de saúde que é a recuperação, promoção e prevenção da saúde do indivíduo e da família. Nogueira (1996)

ressalta que toda formação do profissional da saúde é orientada no sentido de evitar danos às pessoas, desde a busca pela restauração da saúde do paciente até a melhoria de suas condições de vida. Sendo assim, as ações desenvolvidas por milhares de profissionais que atuam no campo da saúde estão intimamente ligadas à busca pela qualidade.

Embora a história tenha revelado que, no Brasil, os órgãos públicos já venham de longa data estimulando as instituições públicas na busca pela qualidade, o reconhecimento da necessidade de se ter qualidade vem mais concretamente sendo expresso pelas instituições de saúde da rede privada que vem se adequando a esta nova realidade aderindo aos programas de qualidade para excelência na assistência.

Para os serviços privados, a qualidade representa um diferencial no mercado já que lhes confere uma competitividade direta, tornando-se óbvia a sua aplicabilidade para a sobrevivência da empresa. Por outro lado, atualmente tem-se assistido a uma crescente busca pela qualidade também nas instituições públicas de saúde que, para além da rentabilidade do serviço, tem se engajado cada vez mais na busca da assistência de qualidade aos usuários do sistema, motivadas, em parte, pelos esforços governamentais na disponibilização de investimentos atrelados a metas que permitam o desenvolvimento da gestão hospitalar, levando em conta, além do cumprimento do quantitativo de procedimentos hospitalares e ambulatoriais, a pactuação de metas qualitativas.

É neste sentido de melhorar a gestão que vem trabalhando, por exemplo, o Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais (PROHOSP) através da associação entre metas quantitativas e qualitativas (MINAS GERAIS, 2007), o Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) através da melhoria dos processos de gestão (BRASIL, 2010a), e, de uma maneira mais abrangente para qualquer serviço público, o Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização (GESPÚBLICA) do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão através da promoção da gestão pública de excelência (BRASIL, 2005c).

Para Almeida (2001) as políticas voltadas para a Qualidade no setor privado referem-se a metas competitivas, no sentido da obtenção, manutenção e expansão de mercado. No público a meta é a excelência no atendimento aos cidadãos que pagam os serviços pela via do imposto, sem qualquer simetria entre a qualidade e a quantidade do serviço recebido e o valor do tributo.

Por sua vez, Silva (1998) ressalta a importância da qualidade não somente pelo impacto no resultado, mas como fator dignificante do processo de produção e consumo, onde o “fazer bem feito” é considerado um ato de autorespeito.

Analisando essa questão, Porter (2007) acredita que a competição no sistema de saúde deve se pautar em resultados que melhorem o atendimento e a saúde dos usuários.

E melhorar o atendimento em saúde torna-se primordial, uma vez que o risco é inerente aos processos da assistência, o que coloca os serviços de saúde no complexo contexto das organizações que precisam ser altamente confiáveis como as empresas controladoras de tráfego aéreo, usinas nucleares, companhias de energia elétrica, aviação civil e militar, etc. Estas organizações operam durante todo o tempo sob condições adversas e necessitam empenhar todos os seus esforços no gerenciamento do risco de um acidente (WEICK; SUTCLIFFE, 2001). Neste sentido, Bohomol (2006c, p. 175) afirma:

A assistência à saúde, infelizmente, não é tão segura como deveria ser. Embora novas tecnologias sejam implantadas e um grande contingente de profissionais capacitados e especializados esteja envolvido na assistência, ainda assim, os erros acontecem. Portanto, reconhecer que eles existem e trabalhar com as informações oriundas de uma análise crítica, serve para melhorar os processos e envolver as pessoas na sua prevenção.

Reconhecido o risco à segurança do paciente como um problema grave que geralmente ocorre não por culpa dos profissionais, mas por falha no processo, cuja solução sabidamente não está na alta tecnologia, resta pensar que a melhoria da qualidade destes processos reduziria o risco de danos ao paciente. Isto porque, cada processo deve ser desenhado visando obter o resultado desejado e, se o resultado é ruim, é porque o processo não está bom.

Esta reflexão remete à Teoria das Vulnerabilidades de Reason, ou Modelo do Queijo Suíço, como é mais comumente conhecida. O autor esclarece que o erro humano pode ser visto a partir da abordagem do sujeito, em que a falha advém de atos inseguros como erros ou violações de procedimentos, ou a partir da abordagem do sistema, em que errar é humano e, portanto, os erros são esperados. Porém, os erros são tratados como consequência e não como causa e podem ser oriundos da natureza perversa do ser humano ou de fatores sistêmicos (REASON, 2000).

Tendo por princípio de que não se pode mudar a natureza humana, deve-se mudar as condições sob as quais o ser humano trabalha, aplicando diversas barreiras ao longo do processo que evitarão que o acidente aconteça, pois mesmo que cada medida de segurança individualmente possa apresentar falhas, a sobreposição de diversas barreiras evita que o dano aconteça. Se o dano acontecer, o importante não é quem cometeu o erro, mas sim como e porque as barreiras falharam (REASON, 2000).

O gerenciamento do risco torna-se particularmente importante quando reconhecida a ampla ocorrência de danos aos pacientes em instituições de saúde, tornando bastante atual a reflexão de Florence Nightingale em (1859) citada por Pedreira (2009): “pode parecer talvez um estranho princípio enunciar como primeiro dever de um hospital não causar mal ao paciente”.

2.7 Por quais vias operam os sistemas de gestão da qualidade

De acordo com Feldman, Gatto e Cunha (2005), a melhoria contínua da qualidade refere-se a um processo de aprimoramento que estabelece padrões progressivos a partir do estudo de séries históricas ou comparações com outras instituições na busca pelo defeito zero que, embora inatingível, norteia as ações da qualidade.

De acordo com Bohomol (2006b) a qualidade na área de saúde é orientada pela busca da conformidade à padrões e critérios previamente estabelecidos, cujo grau de atendimento é aferida através de indicadores específicos.

Os sistemas de gestão da qualidade trabalham propondo diretrizes em conformidade com a estratégia da instituição, controlando, coordenando, estabelecendo procedimentos, fornecendo consultoria, motivando, divulgando resultados e realizando o treinamento dos trabalhadores (SOUZA; LEITE, 1995).

O foco da qualidade deve ser a prevenção, onde o sistema se antecipa aos problemas em maior escala do que reage a eles, conquistando avanços contínuos e conhecendo, atendendo e excedendo as necessidades dos usuários (SOUZA; LEITE, 1995).

A Associação Brasileira de Normas Técnicas (2005, p. 5) identifica oito princípios da qualidade a saber: foco no cliente, liderança, envolvimento de pessoas, abordagem de processo, abordagem sistêmica para a gestão, melhoria contínua, abordagem factual para tomada de decisão e benefícios mútuos nas relações com os fornecedores, esclarecendo que “pessoas de todos os níveis são a essência de uma organização, e seu total envolvimento possibilita que as suas habilidades sejam usadas para o benefício da organização”.

Nos serviços de saúde o controle da qualidade tem se dado por meio do planejamento dos resultados, do controle das técnicas, prevenção de erros e gerenciamento dos processos (PAIVA *et al.* 2008).

As auditorias, integrantes deste controle, podem ser internas, quando realizadas por membros da própria instituição, ou externas, quando realizadas por entidades externas como organizações-clientes, organizações certificadoras, consultores ou com fins de premiação. Em ambos os casos, as auditorias podem prestar à verificação de sistemas, processos ou produtos (SOUZA; LEITE, 1995).

Existem diversas organizações que norteiam por meio do estabelecimento de parâmetros de qualidade as ações de gestão da qualidade e certificam as empresas solicitantes com base no atendimento de padrões pré-estabelecidos como a *International Organization for Standardization* (ISO), os sistemas internacionais e nacionais de Acreditação dos serviços de saúde e os prêmios nacionais e regionais de qualidade.

No caso da instituição de saúde que deseja passar pelo processo de Acreditação da Organização Nacional de Acreditação, deve solicitar um diagnóstico inicial de uma das Instituições Acreditoras reconhecidas pela Organização Nacional de Acreditação, a partir do qual será emitido um relatório para adequação aos padrões mínimos para certificação em cada nível de acordo com o Manual de Acreditação, instrumento destinado a nortear a avaliação. Após a adequação da instituição solicitante a esses requisitos, ela requer nova avaliação da Instituição Acreditoradora, que poderá ou não emitir o certificado.

Essa metodologia da avaliação vem ao encontro do modelo de análise proposto por Donabedian que corresponde às noções da Teoria Geral de Sistemas: *input-processo-output*, conforme esclarecem Malik e Schiesari (1998).

Para Feldman (2004) a teoria de Donabedian é referência. Essa teoria afirma que a qualidade em saúde baseia-se na sistematização do conhecimento das organizações através de três fatores: estrutura, definida como a disponibilidade de recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência segura à saúde; processo, definido como as atividades executadas pelos profissionais de saúde e pacientes a partir de padrões pré determinados; e resultado, produto da assistência, a partir da avaliação da satisfação de padrões e expectativas.

O Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, composto de seções e subseções que contemplam todos os setores da instituição de saúde, segue os mesmos princípios propostos por Donabedian, distribuindo em níveis interrelacionados de complexidade crescente o grau de qualidade exibido pelos diversos serviços de assistência à saúde.

Cada subseção descreve os padrões necessários para a certificação em cada nível. O Nível 1, referente à estrutura tem como princípio a segurança para o paciente, o profissional, o meio ambiente e a Instituição de saúde; o Nível 2 diz respeito aos processos e tem como

princípio a organização de todas as atividades executadas na Instituição; e, por fim, o Nível 3 refere-se aos resultados e tem como princípio a existência de práticas de gestão e qualidade. A Instituição que for capaz de atender aos requisitos do nível 1 será considerada “Acreditada”, do nível 2 “Acreditada Plena” e do nível 3 “Acreditada com Excelência” (BRASIL, 2002d). BRASIL, 2010 – se propõe a fazer uma avaliação para uma visão de processo, integrada e sistêmica, com a definição de 11 fundamentos que aprofunda o programa– atualizar e aprofundar

2.8 A Gestão da Qualidade como um dos caminhos do profissional enfermeiro

Para compreender os mecanismos que moldaram a enfermagem que se apresenta nos dias de hoje e apreender o sentido das práticas que desenvolve e as possibilidades de que dispõe, é preciso revisitar sua história.

Neste sentido, Waldow (1998) afirma que a fase pela qual a enfermagem passa atualmente é justamente a de refletir sobre o seu conhecimento, tendo como foco as influências político-sócio-econômicas, a história da enfermagem e as interações com o gênero, discussões que deverão culminar em um amadurecimento da profissão.

Gonçalves *et al.* (2005) afirmam que há indícios de atividades de ajuda, apoio e proteção desde a antiguidade, caracterizando a prática social dos cuidados que mais tarde seriam desenvolvidos pela enfermagem.

Já os primeiros registros de auxílio aos enfermos datam do início da era cristã a partir das ordens religiosas e do ideário cristão, praticado como atividade caritativa de assistência aos enfermos, começando a delinear a prática da enfermagem, ainda de forma leiga e sem embasamento científico, centrada no fazer manual e com conhecimentos transmitidos através de práticas empíricas (PASSOS, 1996; WALDOW, 1998; GONÇALVES *et al.*, 2005; TEIXEIRA, 2009). Waldow (1998) esclarece que o dever do altruísmo, compaixão, humildade e obediência que seguiu atrelado à enfermagem é reflexo da concepção cristã de caridade aos necessitados adotada neste período.

No Brasil a prática do cuidado foi exercida nas primeiras casas de misericórdia no século XVI e se manteve por três séculos através do trabalho das chamadas irmãs de caridade e pelas mulheres em seus lares. O cuidado com os enfermos também era exercido por homens, quando lhes atribuía poder (PASSOS, 1996), a exemplo de algumas civilizações em que era,

inclusive, vetado às mulheres (WALDOW, 1998), mas com o tempo as irmãs de caridade passaram a serem auxiliadas por pessoas de baixo valor social como escravos e os próprios ex-assistidos, bem como ocorreu em diversas partes do mundo (PASSOS, 1996).

A história toma novo rumo quando em meados do século XIX na Inglaterra Florence Nightingale, que dedicava-se ao cuidado dos enfermos, foi convidada pelo Ministério da Guerra a auxiliar aos soldados feridos que estavam morrendo em grande número por falta de cuidados (GEOVANINI, 1995) e, ao utilizar a estatística para mensurar o estado de saúde dos soldados, identificar as causas da mortalidade, avaliar os serviços de saúde e reformar as instituições, foi recebida como membro honorário da Associação Americana de Estatística, rendeu à enfermagem seus primeiros passos dentro das ciências da saúde (LANDEROS-OLVERA *et al.*, 2009) e recebeu o mérito de ter implantado o primeiro modelo de melhoria contínua da qualidade em saúde, demonstrando com sua atuação a importância de atividades de prestação de serviços de saúde comprometidas com a qualidade dos resultados (NOGUEIRA, 1996).

Para Waldow (1998) no momento em que Florence Nightingale inicia o ensino da enfermagem é que a prática de cuidado aos enfermos começa a tomar forma e a delinear-se como uma ocupação distinta, influenciando as práticas realizadas em todo o mundo, uma vez que o método nightingaleano foi adotado como modelo por diversos países.

Cabe ressaltar que a enfermagem moderna concebida com as práticas de Florence Nightingale nasce no apogeu do positivismo e é profundamente influenciada por esta corrente (LANDEROS-OLVERA *et al.*, 2009). De acordo com Almeida (1996) Florence escreveu um tratado eclético misturando suas crenças permeadas pela religiosidade aos pensamentos positivistas e manteve essa posição durante a sua vida. Entretanto, Passos (1996) considera que a base ideológica da enfermagem cunhou-se na religião, aproximando-a de um perfil caritativo em detrimento de uma postura científica e profissional.

A autora esclarece que, ao mesmo tempo em que a fundadora da enfermagem moderna denunciava a injustiça de se considerar a enfermagem como uma extensão dos trabalhos domésticos e toda mulher como enfermeira por natureza, por outro lado, Florence acaba por reforçar como qualidades da boa enfermeira aquelas atribuídas às mulheres, legitimando a relação de poder entre os sexos, pois o perfil abnegado, caritativo e devotado se identifica com as características do trabalho feminino: secundário e auxiliar e, desta maneira, a enfermagem também é vista na área de saúde, dado que à medicina estava vinculada ao curar e a enfermagem ao cuidar, auxiliando o médico.

Além disto, a prática do cuidado que antes era desenvolvida por ambos os sexos passa a ser uma ocupação feminina quando Florence Nightingale estabelece a aceitação exclusiva de mulheres em sua escola (WALDOW, 1998).

No Brasil, a criação das escolas de enfermagem foi desencadeada pela decisão das irmãs de caridade de deixarem seus serviços no Hospício Nacional de Alienados em razão de discordância com a administração e em decorrência dos problemas graves de saúde pública que assolavam o país (PASSOS, 1996) e em 1890 foi criada a Escola Alfredo Pinto que visava formar enfermeiros para os hospitais civis e militares do país, sem rituais de seleção ou preocupação com a formação orientada pela técnica e pela ciência (MOREIRA, 1999).

Em 1916 foi criada a Escola Prática de Enfermeiras da Cruz Vermelha, mas esta iniciativa, insuficiente diante da crise, precisou ser reforçada pelo recrutamento de senhoras respeitáveis da sociedade que atuavam como visitadoras, visto que às mulheres era atribuído o dom de educar. Esta atribuição dada às damas da sociedade visava redesenhar o perfil da enfermagem e ganhou força com o apoio de Carlos Chagas que possibilitou parcerias como a Fundação Rockefeller (PASSOS, 1996).

A Fundação Rockefeller foi convidada na década de 20 pelo governo brasileiro para auxiliar na modernização da saúde pública nacional a partir do ideário reinante de cientificidade, racionalidade e higiene e foi criada em 1923 a escola de enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, renomeada em 1926 de Escola de Enfermeiras D. Anna Nery pelo decreto 17.268/26 (MOREIRA, 1999).

Cabe ressaltar que o grupo de enfermeiras norte-americanas que vieram para o Brasil encarregadas de organizar o Serviço de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública e de criar uma Escola de Enfermagem carregou consigo todas as concepções positivistas do modelo nightingaleano com suas implicações filosóficas e metodológicas de dever e altruísmo e da concepção biologicista homem-ambiente-doença (ALMEIDA, 1996) e, assim, enfatizava a hierarquia, a disciplina, o aprendizado por meio do trabalho e a subordinação ao serviço médico (SANTOS *et al.*, 2008).

O currículo da enfermagem brasileira nascente era de orientação elitista, privilegiava o aspecto preventivo, embora com inclinação hospitalar e ênfase na prática em detrimento da teoria. Ao enfatizar os estágios em detrimento da teoria, longe de promover a fixação desta pela prática, contribuiu-se para a depreciação da enfermagem pelo pouco tempo destinado aos estudos e pela identificação da profissão com o trabalho manual, muitas vezes de faxineiras e cozinheiras, sob o pretexto de que é preciso saber fazer para supervisionar e ensinar. Alia-se a

isto a alegação de que a enfermeira jamais poderia deixar seu paciente passar alguma necessidade em nome da demarcação de suas funções (PASSOS, 1996).

Os requisitos exigidos na seleção e os enfatizados na formação das primeiras enfermeiras brasileiras refletiam a preocupação em redesenhar a imagem da enfermagem através da distinção moral e apresentação respeitosa para o fim nobre que era imputado à profissão. Desta forma, esperava-se que a enfermagem passasse de atividade servil exercida pelas camadas de nível sócio-cultural mais baixas a destinar-se às mulheres de nível socialmente elevado e de moral irrepreensível que buscassem uma formação profissional esmerada (PASSOS, 1996), o que justificava a preocupação de que os rituais de seleção abrangessem critérios de classe social, gênero e moral como forma de fabricar o emblema desejado da profissão (MOREIRA, 1999).

A despeito de todas essas exigências, a enfermagem nascente trazia consigo uma série de dificuldades: a má fama que a ela estava atrelada, a dependência feminina que não a permitia exercer a profissão que desejasse e os próprios requisitos exigidos que poucas mulheres possuíam e as que possuíam eram justamente as que não precisavam trabalhar e, por isso, não tinham como justificar seu desejo de exercer uma profissão mau conceituada. Entretanto, a política de melhor remuneração e elitização da profissão por exclusão das camadas inferiores surtiu o efeito esperado (PASSOS, 1996).

No final da década de 40 a enfermagem, acompanhando o momento desenvolvimentista de industrialização e necessidade de manutenção da mão de obra pela que passava o país, começa a ser substituída pelo modelo hospitalocêntrico com grade curricular centrada na doença, substituindo a saúde pública pela saúde curativa (PASSOS, 1996).

A enfermagem brasileira, a exemplo do que aconteceu em diversas partes do mundo, passou a atender à ideologia da cura em detrimento do cuidado, ocupando a maior parte das suas atividades com tecnologias cada vez mais sofisticadas e a ênfase excessiva na técnica fez com que a enfermagem se tornasse muito eficiente, mas pouco humana, dedicando-se mais ao cuidado técnico do tratamento do que ao cuidado humano que envolve princípios e valores que deveriam permear a formação acadêmica e a prática profissional (WALDOW, 1998).

Contrariamente ao que muitas pessoas pensam, o resgate do cuidado não é uma rejeição aos aspectos técnicos, tampouco ao aspecto científico. O que se pretende ao enfatizar o cuidar é enfatizar a característica de processo interativo e de fluência da energia criativa, emocional e intuitiva que compõe o lado artístico além do aspecto moral. O pluralismo, a diversidade e a interdisciplinaridade são algumas das tônicas para o novo milênio e, entre essas, também o resgate do cuidado humano. (...) O que se espera é que não

haja privilégio de um ou de outro enfoque, mas uma harmonização, formando uma sintonia de ritmos (WALDOW, 1998, p. 62).

A autora ilustra sua reflexão afirmando que, ainda hoje, as ações de higiene, conforto, auxílio à alimentação e à locomoção não raramente são consideradas menos importantes, embora muitas vezes requeiram alto nível de competência profissional e sejam uma possibilidade ímpar de observar diversos aspectos da saúde: “No entanto, menosprezadas e desvalorizadas pela própria enfermagem, tais atividades constituem cuidado!” (WALDOW, 1998, p. 66).

Nesta época as escolas passaram a oferecer também o curso de Auxiliar de Enfermagem, sobre o qual Passos (1996, p. 31) reflete:

A fragmentação ocorrida no interior da enfermagem é a mesma que se deu na estrutura social capitalista, a qual se consubstanciou na individualização da sociedade e de sua forma de produção, estando na base a divisão entre trabalho manual e trabalho intelectual. Estabeleceu-se entre eles uma relação de poder, de modo que subordinou-se o primeiro ao segundo, mostrando-o como de menor valor. (...) Certamente, o que importa nesta situação não é o fato da agregação ou não dos profissionais, e sim a alienação que tal dicotomia desenvolve nos profissionais, fazendo com que ele se alheie do seu processo de trabalho, do mundo e de si mesmo. Como indicou Marx, a alienação se manifesta no trabalho a partir da sua divisão, determinada pelo advento da propriedade privada. (...) Assim, a separação entre quem dirige e quem executa faz com que os indivíduos se alienem do produto do seu trabalho, ou seja, a divisão entre o trabalho manual e o trabalho intelectual faz com que o trabalhador se distancie do produto do seu trabalho e transforma as relações dos indivíduos, hierarquizando-as.

Logo após a guerra houve um estímulo à criação de escolas de enfermagem no Brasil que percebeu a carência dos profissionais enfermeiros durante o conflito e que necessitava agora destes profissionais para cuidar da população, mas os critérios de seleção das estudantes para o curso de enfermagem da década de 50 refletiam a manutenção da predileção pelo ingresso de alunas de alto nível moral e cultural, padrões que seriam reforçados por estratégias de disciplinamento e controle impostas durante toda a vida acadêmica que se reproduziriam na vida profissional. Além disto, o primeiro código de ética e o currículo vigentes na enfermagem demonstram a pouca preocupação em valorizar a profissão em uma relação de horizontalidade com as outras profissões da área de saúde (PASSOS, 1996).

Para Waldow (1998) esta fase caracterizou-se pela introdução de princípios científicos norteadores das ações de enfermagem, ainda com ênfase nos aspectos biológicos, mas já apresentando a preocupação com os aspectos psicossociais.

Somente com o estabelecimento do novo currículo de enfermagem na década de 70 a enfermagem acena com uma possibilidade de avanço, mas torna-se consumidora de medicamentos e tecnologias, sofisticando a saúde para quem podia pagar, enquanto as camadas populares recebiam um atendimento cada vez mais precário. No entanto, a própria enfermagem posicionou-se mostrando a necessidade de se pensar em uma formação mais científica e investir em cursos de pós-graduação e pesquisa e o ensino de enfermagem passa a ser menos tecnicista e mais voltado para a pesquisa, principalmente com a criação dos mestrados e as revistas da área:

Se antes os únicos caminhos possíveis eram o positivista e o fenomenológico, onde a realidade era tratada factualmente e sem relação com o todo, agora, abre-se um campo para o tratamento qualitativo e dialético, privilegiando não a parte e, sim, uma visão de conjunto (PASSOS, 1996, p.101).

Waldow (1998) recorda que nesta época iniciou-se a fase das teorias de enfermagem em que a profissão passou a buscar sua identidade através de sua consolidação como ciência.

Apesar da associação de classe da Enfermagem ter surgido quase junto com a profissão no Brasil, até a década de 80 a Associação Brasileira de Enfermagem assumiu uma ideologia conservadora do legado religioso e caritativo e de acatamento das políticas governamentais. A partir de então, com a nova direção da Associação, delineou-se uma nova orientação ideológica em que se começou a discutir o valor da enfermagem perante às outras profissões e a questão salarial no caminho da superação do ideário da enfermagem como uma profissão feminina e altruísta e, portanto, de pouco valor e que deveria ser feita sem remuneração (PASSOS, 1996).

A ruptura com uma tradição alienada para conduzir-se num caminho científico e profissional tem se dado em função da conscientização da enfermagem nas últimas décadas, o que vem se refletindo na sua organização política e nos seus órgãos de classe. As normas que ditam a prática da enfermagem também modificaram-se significativamente após os anos 80:

De uma orientação eminentemente metafísica que caracterizou o código da década de 50 onde o ato de servir era a atividade básica da enfermeira, e a obediência aos médicos e às autoridades constituídas inquestionável, o código atual sinaliza para uma postura histórica e uma visão de processo (PASSOS, 1996, p. 171).

Estas modificações vem possibilitando à enfermagem entender a saúde como um todo, refletir sobre as questões sociais, experimentar a interdisciplinaridade e modificar sua área de

atuação, possibilitando-lhe operar como transformadora da realidade social. Entretanto, as pesquisas concentradas nas áreas técnicas mostram que a enfermagem permanece pouco engajada nas relações históricas e sociais (PASSOS, 1996).

De acordo com Waldow (1998), ainda não está claro o foco da enfermagem brasileira e os modelos que devem fundamentar sua prática, mas, independente do modelo utilizado, o cuidado humano acompanhado dos aspectos técnicos, científicos, estéticos e éticos pode ser a sua base.

A enfermagem continua sendo uma profissão majoritariamente feminina, demonstrando que o processo de associação com o gênero foi, de fato, competente. Com isto, a enfermagem acompanhou a situação vivenciada pela mulher, com seu pequeno poder de barganha e pouco engajamento político que a impedia de tomar consciência do contexto em que se inseria (PASSOS, 1996).

Waldow (1998, p.65), entretanto, reflete:

O questionamento em relação à enfermagem decorreria da desvalorização, por ser uma atividade predominantemente exercida por mulheres, ou da associação com o cuidar que seria desvalorizado e assim assumido pelas mulheres, uma vez que o componente masculino lhes permitiu o acesso?

De acordo com Bohomol (2006b), a enfermagem, ao longo de sua evolução histórica e busca por um conhecimento específico, sempre se preocupou em prestar uma assistência segura e que satisfaça o cliente, demonstrando seu comprometimento com a qualidade da sua prática.

Desta maneira, a Gestão da Qualidade que já faz parte da realidade dos serviços de saúde importa à enfermagem sob três aspectos. O primeiro é o da contribuição que a enfermagem tem a dar no desempenho da assistência direta aos pacientes orientada pela política da qualidade adotada pela instituição de saúde em que trabalha, desenvolvendo sua prática de acordo com os padrões estabelecidos e contribuindo na melhoria permanente destes padrões.

Souza e Leite (1995) recordam que a enfermagem representa a presença efetiva no hospital convivendo de perto com o paciente e, por isto, seu comportamento, habilidade e desempenho interferem na imagem da instituição a ponto de definirem a escolha do paciente.

Ainda neste aspecto, outra possibilidade de contribuição é o fornecimento de informações pela enfermagem através de indicadores que são uma forma de aferir quantitativamente as modificações nos padrões e critérios de qualidade, alimentando os

sistemas de avaliação que embasam a tomada de decisão na busca da melhoria contínua. Neste sentido, a experiência americana iniciada com a necessidade de redução de custos, mostrou o impacto da reestruturação do sistema de saúde na segurança do paciente, bem como das ações de enfermagem sobre a qualidade da assistência, fomentando as discussões coordenadas pela *American Nurses Association* que levaram ao estabelecimento de indicadores de qualidade em enfermagem (BOHOMOL, 2006b). Entretanto, a autora propõe a elaboração de indicadores adaptados à realidade brasileira e não a mera adoção dos indicadores norte americanos.

O segundo é a relação da enfermagem com a política da qualidade adotada na instituição quando desempenha funções fora da assistência direta. E, por fim, o terceiro é a Gestão da Qualidade enquanto campo de atuação do próprio enfermeiro. Kern e Lima (2011) esclarecem que o gestor da qualidade necessita de conhecimentos tanto das funções administrativas quanto das técnicas. Neste sentido, é possível observar que muitos serviços de saúde vem apostando no enfermeiro como coordenador das ações da qualidade na instituição. Isto talvez se explique pelo perfil do profissional enfermeiro que alia em seu currículo acadêmico o conhecimento técnico dos processos da assistência à uma considerável carga horária de conhecimentos da administração, fazendo com que este profissional tenha um conhecimento sistêmico que lhe permite transitar pelas diversas áreas necessárias à gestão.

De acordo com Passos (1996) a ampliação do campo de atuação da enfermagem é encarada como uma forma de avanço por alguns estudiosos que consideram que a profissão vem abrindo espaço para ocupar funções de mando. Contudo, é questionada por diversos outros sob a alegação da enfermagem estar se distanciando do paciente e, com isto, relegando-o aos cuidados menos qualificados ao mesmo tempo em que o profissional perde sua habilidade técnica.

Ao tratar das bases teóricas para a enfermagem, McEwen e Wills (2009) consideram a existência de teorias emprestadas utilizadas pelos enfermeiros e classificam as teorias, modelos e estruturas de administração e gestão entre elas.

Para Waldow (1998) as escolas de enfermagem enfatizam o ensino das teorias administrativas oriundas de Taylor e Fayol e as atividades de administração tem se prestado mais a suprir as carências das instituições de saúde a acabado por afastar a enfermagem das necessidades dos pacientes.

No entanto, Passos (1996) acredita que a enfermagem não está se distanciando do ser humano, pois, ao lançar-se à pesquisa, administração ou prevenção, permanece investindo no

seu objeto pela assunção da responsabilidade de preservar a saúde e de cuidar do indivíduo, não só quando doente.

Para Guimarães e Bastos (2000, p.5):

(...) o cuidar do enfermeiro não deve ser compreendido aqui, apenas, como a realização de uma tarefa ou atividades relacionadas apenas ao assistir direto. O cuidado que é prestado pelo enfermeiro deve ser compreendido numa visão ampla do termo, ou seja, numa ótica multidimensional, abrangendo ações de natureza administrativa, educativa, investigativa e de assistência, requerendo do enfermeiro não só competência técnica, mas também política.

Waldow (1998) acredita que os enfermeiros dedicados à administração, enquanto líderes, devem estimular o empoderamento de seus colegas de profissão e que a educação constitui-se em uma área estratégica para a mudança de atitude que se quer ver na profissão.

Em contrapartida, a Gestão da Qualidade se propõe a interferir no processo de trabalho da equipe de enfermagem provendo pela melhoria contínua os recursos necessários à garantia da prestação de assistência segura e adequada ao usuário, segurança do trabalhador, cuidados com o meio ambiente e contribuição com a empresa, aumentando a satisfação do trabalhador no desempenho de suas funções.

Para além destas discussões, a enfermagem já reconheceu que a competência é o caminho para a superação da estrutura de poder estabelecida nas relações com outros profissionais da saúde. Entretanto, esta evolução não foi acompanhada da sua conscientização política e teórica e é, por isso, que a relação com os profissionais da medicina continua sendo de inferioridade e submissão (PASSOS, 1996).

Além disto, apesar do empenho da categoria para superar alguns conceitos, principalmente após a década de 80, a enfermagem continua ainda se valendo de símbolos de caráter religioso atrelado ao cuidado direto e abnegado ao enfermo como formas de engrandecimento e honra. Haja vista os exemplos de Florence, Ana Néri e Clara Barton – expressões de vocação para servir. Mesmo as escolas não mais investindo nesta visão religiosa da enfermeira, persiste o clima místico envolvendo a profissão em decorrência destes valores com raízes profundas constituídas durante muito tempo. Entretanto, "Identificar a enfermeira com o anjo é uma forma de reafirmar uma identidade que a distancia do profissionalismo, de uma postura de engajamento político e a mantém como um ser que exerce uma ocupação sagrada" (PASSOS, 1996, p.139).

A despeito de todos os preconceitos que a sociedade introjetou na enfermeira/mulher é preciso que a enfermagem adote cada vez mais uma atitude crítica, com enfrentamento e posicionamento, além de investir na sua competência técnica e política (PASSOS, 1996).

2.9 O caminho da qualidade: controle da qualidade do trabalho ou controle do trabalhador?

O tema da qualidade ainda não é consenso entre os estudiosos. Diante da importância que os programas de qualidade vem assumindo no ambiente de trabalho, tem surgido questionamentos sobre como estes programas abordam a questão do trabalho (MONACO; GUIMARÃES, 2000), pois se há quem defenda que a gestão da qualidade trata de um ambiente dinâmico e cooperativo que incentiva a criatividade e o trabalho em equipe, favorecendo a autonomia dos trabalhadores, há críticas à implementação da qualidade total na saúde. Estas críticas fundamentam-se na alegação de que, enquanto a indústria opera o trabalho morto a partir de matéria prima e ferramentas, a saúde opera o trabalho vivo a partir da tecnologia leve das relações, leve-dura do conhecimento e dura dos equipamentos e estrutura (MERHY, 2002).

Para PAIVA *et al.* (2008), a Gestão vem sendo tratada como estratégia na construção de modelos de atenção à saúde que se pautam no modo de produção capitalista com foco na produtividade e exploração do trabalhador no sistema neoliberalista na tentativa de restabelecimento da hegemonia burguesa, mas Souza e Leite (1995) acreditam que o estímulo para que o trabalhador produza com qualidade pode levar à realização e satisfação de suas potencialidades ao reconhecer que o seu trabalho é necessário ao atendimento do paciente, compreendendo a saúde como direito de cidadania e defendendo um projeto societário.

Para Souza e Leite (1995) o empenho na gestão da qualidade é capaz de assegurar a satisfação do paciente em decorrência dos melhores resultados advindos de práticas mais seguras, satisfação dos profissionais em função da melhoria do ambiente de trabalho e dos incentivos financeiros e satisfação dos médicos e administradores em função do aumento dos benefícios, redução do custo, ampliação da produtividade e resolutividade. Cabe esclarecer que os autores segregam o médico dos demais profissionais em sua fala porque no serviço privado o médico, juntamente com o paciente e o plano de saúde, constituem a tríade de clientes da instituição, uma vez que ele leva seus pacientes a serem atendidos no serviço.

De acordo com Scopinho (2000) para atingir o produto, a gestão da qualidade trabalha a melhoria do processo organizacional através da gestão do processo produtivo, principalmente no trabalho humano e, assim sendo, o trabalhador deveria também ser considerado cliente que deve ser satisfeito como questão estratégica da empresa.

Para Monaco e Guimarães (2000), muitas empresas adotam os programas de qualidade para resolver problemas imediatos, priorizando a produtividade e redução de custos, mas poucas se preocupam com os impactos culturais, sociais ou organizacionais destes programas e com as implicações na qualidade de vida dos trabalhadores envolvidos. Por isto, é necessário pensar se os programas de qualidade, em contrapartida ao aumento das exigências que pesam sobre os trabalhadores, são capazes de lhes aumentar a qualidade de vida.

De acordo com Neves (1993) não se pode utilizar somente a lógica da gestão para compreender o trabalho e, portanto, a política da qualidade deve considerar a qualidade de vida dos trabalhadores na consolidação do exercício de seus direitos trabalhistas.

Mezomo (1994) ao fazer uma adaptação dos 14 princípios da qualidade de Deming para a área de saúde, aponta em todos eles a necessidade de responsabilidade do trabalhador com a qualidade, mas igualmente a responsabilidade da instituição para com o trabalhador fornecendo-lhe as condições necessárias para que caminhe no sentido que a instituição deseja.

Ao identificarem a qualidade como responsabilidade individual e coletiva, Souza e Leite (1995) reconhecem serem necessárias condições e recursos de valorização dos trabalhadores como salário adequado, estabilidade, ambiente de trabalho adequado e possibilidade de lazer.

De acordo com Souza e Leite (1995) analisar os fatores culturais significa considerar o lado humano da qualidade, pois a presença do ser humano e sua história de vida influenciam a rotina da empresa. Criar uma relação entre os incentivos oferecidos pela empresa e a colaboração dos trabalhadores contribui para a instauração da cultura voltada para a qualidade, pois se as condições de trabalho forem fundamentadas nas necessidades humanas motivarão os trabalhadores a exibirem comportamentos autênticos de restauração do equilíbrio rompido nas mudanças (SOUZA; LEITE, 1995).

Contudo, Monaco e Guimarães (2000) alertam que os programas de qualidade se baseiam nas ideias tayloristas de eficiência e racionalização utilizando as bases behavioristas para manipulação dos trabalhadores, no que é corroborado por Lima (1994).

Lima (1994) esclarece que o Taylorismo tem como um de seus princípios e efeito principal a apropriação do saber operário na divisão social do trabalho. Esta, por sua vez, justifica-se na estrutura proposta por Taylor, como sendo decorrente de um estado preexistente

de coisas, no qual cabe à gerência elaborar a ciência do trabalho e treinar os trabalhadores. Para o autor, tanto a Organização Científica do Trabalho quanto a Qualidade Total pretendem manter a hierarquia e apropriar-se do saber operário, diferindo-se a última por declarar-se participativa.

De acordo com Paiva *et al.* (2008) a divisão do trabalho na saúde contraria o modelo assistencial proposto pelo Sistema Único de Saúde, visto que relega a segundo plano a integralidade, equidade, exercício da subjetividade e participação social quando não contempla a dimensão humana do paciente e do trabalhador.

Para Lima (1994) a padronização na Qualidade Total se declara democrática por ser derivada da participação voluntária dos trabalhadores, o que a diferiria do “*best way*” de Taylor elaborado por um corpo técnico especializado. Assim, o erro não estaria no princípio da padronização, mas nos meios de se obtê-la.

Entretanto, o autor questiona se é, de fato, possível obter consenso na padronização garantindo seu caráter efetivamente democrático. Para o autor, até mesmo Taylor reconhecia a importância da iniciativa dos trabalhadores, mas a Qualidade Total, ao incorporar Maslow, disfarça o Taylorismo sobre o qual se apoia, mas só permite que o trabalhador crie seus próprios grilhões. Por fim, o autor questiona se a padronização é realmente tão eficiente quanto se propõe.

Chiochetta (2003) afirma que as certificações garantem ao cliente que o fornecedor comprova a ausência de falhas no produto ou serviço. Entretanto, Lima (1994) considera que a ISO tem se apresentado como importante vantagem competitiva pelo marketing em que se apoia, mas poucos benefícios tem incorporado à produção.

Lima (1994) reflete que, como nada nunca estará totalmente acabado, os erros dos padrões só seriam corrigidos com novos e intermináveis padrões. Para o autor, não há uma, mas várias melhores maneiras de se fazer. O autor reconhece que quem mais conhece o procedimento é quem o executa, mas considera que na visão da Qualidade Total o executante é um mero executor. Para Lima (1994) o modelo taylorista-fordista é ineficiente para organizar sistemas complexos, pois a complexidade se impõe sobre a repetibilidade.

Nas empresas sucroalcooleiras estudadas por Scopinho (2000), o autor denuncia que a política da qualidade, aparentemente embasada em um discurso participativo e humanístico, na realidade revela a cultura do controle, em que o trabalhador contribui com parte dos benefícios que recebe, mas estes são oferecidos como dádiva ou prêmio pelo bom comportamento.

Um exemplo destes benefícios é a participação nos lucros que muitas empresas oferecem aos trabalhadores no final do ano, inclusive os serviços de saúde da rede privada. Note-se, porém, que este benefício está condicionado ao cumprimento de metas pelos trabalhadores.

Scopinho (2000) prossegue afirmando que os serviços de segurança e medicina do trabalho nas empresas estudadas prestavam-se somente para os exames admissionais e controle do absenteísmo, sem se preocupar, com a saúde do trabalhador, enquanto a tecnologia, também longe de se prestar à facilitação do trabalho, visava à racionalização e intensificação do seu ritmo.

As empresas não se opunham ao sindicato desde que este estivesse ao seu favor. Além disto, também ofereciam benefícios sociais que não se traduziam em melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores rurais privilegiando, na verdade, a produtividade, qualidade do trabalho e redução de custos. Assim, exerciam um controle sobre os trabalhadores disfarçado de benefícios sociais em que primavam pela qualificação técnica e desqualificação político-organizativa dos trabalhadores e assim obtinham sua docilidade (SCOPINHO, 2000).

Monaco e Guimarães (2000), ao estudar o caso da implantação do programa de qualidade total nos Correios, trazem o relato do representante do sindicato de que o programa incentiva a demissão dos funcionários mais velhos por não terem o mesmo rendimento dos mais novos. Além disto, a empresa se empenha pouco em esclarecer aos trabalhadores sobre o que é o programa e o nível de instrução da maioria dos funcionários ainda é baixo para compreender.

Para Lima (1994), a Qualidade Total qualifica homens e maquinários nos mesmos princípios e conceitos, pois repousa no modelo determinista de organização que se baseia em três princípios: a possibilidade de comando, a previsibilidade e estabilidade do ambiente que se comportaria como um mecanismo laplaciano e, por fim, a padronização.

Entretanto, Lima (1994) adverte que a padronização que é útil para os produtos, quando aplicada ao trabalho é uma contradição uma vez que suprime as melhores qualidades do trabalho vivo e o cientificismo positivista não é capaz de considerar as singularidades que se impõe no trabalho, pois: “Na medida em que a ciência positivista deve lidar somente com leis gerais, escapa-lhe forçosamente as determinações particulares e singulares das situações concretas” (LIMA, 1994, p.9).

O autor acredita que a padronização impede a evolução, uma vez que são justamente os problemas que incentivam a criatividade e afirma que os resultados surgem quando o trabalhador desobedece e recria o padrão, pois o aspecto mais rico do trabalho não está no

cumprimento do padrão, mas na possibilidade do trabalhador perceber as possibilidades de uma situação e escolher. Assim, ele propõe a livre organização do trabalho em que cada trabalhador se transforme em seu próprio juiz. Para ele:

O padrão, além de ser profundamente patológico e burro, nada mais é que o mínimo necessário, e não o que permite desenvolver a produção; não se resolve problemas dentro dos padrões, mas fora deles, pois problemas reais não ocorrem segundo os padrões pré-estabelecidos (LIMA, 1994, p. 14).

Desta maneira, os princípios da Qualidade Total não se aplicariam à saúde, pois se baseiam em indicadores reducionistas que não consideram a subjetividade do usuário e do trabalhador (PAIVA *et al.*, 2008).

Chiochetta (2003), por sua vez, defende que, quando se implanta um processo de gestão da qualidade em organizações de qualquer segmento, espera-se conseguir aumento da motivação dos trabalhadores, maior controle sobre os processos reduzindo o retrabalho, otimizando os fluxos e aproveitando integralmente todas as etapas, redução dos custos e melhora da política de mercado e, com isso, levar um ganho sensível para o cliente.

Assim, sairiam ganhando com a qualidade, todos os *stakeholders* da organização. O conceito de *Stakeholders* ou partes interessadas foi desenvolvido em 1984 por Edward Freeman e vem recebendo a contribuição de diversos outros autores. Neste conceito, são partes interessadas na organização não somente os proprietários ou acionistas, mas também os inúmeros atores que, direta ou indiretamente, são impactados por suas atividades, tendo em vista que a organização é uma entidade que tende a justificar a sua existência na busca da satisfação das pessoas (ALMEIDA *et al.*, 2000).

Partindo desta definição, em um primeiro momento poderia se identificar como *stakeholders* em um serviço de saúde a imagem do hospital, o meio ambiente, o governo, os familiares do paciente, os trabalhadores, o paciente, a sociedade, o sistema de saúde, as instituições certificadoras, os proprietários/acionistas/diretores do hospital, e, no caso dos hospitais de ensino, os alunos e professores e o ensino e a pesquisa.

Contudo, ao se pensar em termos de teoria da empresa, de competitividade e de modelos operacionalizáveis do conceito, sobrevive a identificação restrita dos grupos cujos interesses e expectativas configurem-se vitais para a organização. (ALMEIDA *et al.*, 2000).

As organizações públicas diferenciam-se das organizações privadas em diversos aspectos. A entidade privada é conduzida com autonomia de vontade, orientada para os interesses corporativos, podendo estabelecer diferenciais de tratamento para clientes

preferenciais, buscando o lucro, financiada com legítimos interesses capitalistas, tendo como foco de suas ações os clientes atuais e potenciais com um conceito reduzido de partes interessadas. A organização pública, por sua vez, obedece aos interesses públicos e à obrigação da continuidade do serviço, necessita de transparência de ações e institucionalização de canais de participação, não pode fazer distinção de pessoas, a não ser os casos previstos em lei, busca gerar valor para a sociedade e garantir o desenvolvimento sustentável utilizando os recursos de modo eficiente, é financiada com recursos públicos que devem ser direcionados para a produção do bem comum, tem como destinatário de suas ações os cidadãos, e possui um conceito de partes interessadas mais amplo que deve considerar não apenas os interesses dos grupos mais diretamente afetados, mas também o valor final agregado para a sociedade (BRASIL, 2009b).

Cabe refletir que, se por um lado o serviço privado tem como um dos benefícios com a adoção de programas de melhoria contínua da qualidade a projeção da imagem institucional e consequente sedução da clientela e incremento nos seus ganhos financeiros, no serviço público, para além do lucro social gerado com a melhoria da qualidade do serviço prestado, não se pode perder de vista o interesse por vezes velado de projeção dos gestores a ele vinculado.

E neste jogo em que nem sempre todas as partes interessadas são aquelas que importam aos interesses de mercado das empresas, este estudo pretende refletir a perspectiva de uma destas partes: a do trabalhador. Ele é parte interessada que interessa à empresa? Ele se sente considerado uma mera peça em um jogo de interesses que lhe escapa ao domínio ou se sente valorizado como a peça-chave que é de fato?



3 MÉTODOS

De acordo com Gil (1995), para atender à diversidade dos objetos de estudo existentes, é necessário o desenvolvimento de ciências específicas que podem ser classificadas de várias maneiras, nenhuma delas totalmente satisfatória. O autor propõe a classificação das ciências em dois grandes ramos: as formais, ocupadas em estudar os elementos e suas relações, e as empíricas, ocupadas em tratar dos fatos e processos. Estas últimas se subdividem em naturais, que tratam das relações da natureza e as sociais que tratam das relações humanas.

A enfermagem, por sua vez, pode ser classificada como uma ciência aplicada que recorre aos conhecimentos das ciências básicas, naturais, sociais e de outras ciências aplicadas para constituir-se e vem buscando um campo de saberes próprios para consolidar-se como profissão (MCEWEN; WILLS, 2009).

3.1 Tipo de estudo

Para atender ao objetivo deste estudo propõe-se o desenvolvimento de uma pesquisa social. Figueiredo (2001, p.1) esclarece que:

A pesquisa social trabalha com pessoas, com atores sociais em relação, com grupos específicos. Esses sujeitos da investigação são construídos teoricamente enquanto componentes de um objeto de estudo. Empiricamente, fazem parte de uma relação de intersubjetividade, de interação com o pesquisador, desta relação resultando um produto novo e contrastante, tanto com a realidade concreta, quanto com as hipóteses e pressupostos teóricos, em um processo amplo de produção de conhecimento.

Gil (1995) classifica os métodos científicos em pesquisas sociais em gerais e específicos, sendo os gerais destinados a fornecer ao pesquisador soluções para os problemas epistemológicos da investigação, enquanto os específicos objetivam fornecer as técnicas que garantam a objetividade e precisão no estudo. Entre os gerais, três são os métodos mais adotados: o hipotético-dedutivo, o fenomenológico e o dialético. O método dialético considera que para entender um objeto, é preciso estudar todos os seus aspectos e relações (GIL, 1995).

No intuito de estudar as implicações do movimento da Qualidade numa perspectiva histórico-social, o presente estudo utilizou o método dialético e se fundamentou na perspectiva do materialismo histórico-dialético proposto por Marx.

Gil (1995) classifica as pesquisas em três níveis: exploratórias, descritivas e explicativas. Neste trabalho foi desenvolvido um estudo descritivo, que Gil (1995) conceitua como as pesquisas que ocupam-se em descrever as características de determinada população ou fenômeno ou estabelecer relação entre variáveis.

Para confrontar a teoria com os dados da realidade, é preciso definir o delineamento da pesquisa, que refere-se ao seu modelo operacional que expressa o desenvolvimento do estudo enfatizando as técnicas de coleta e análise dos dados. Desta forma, as pesquisas podem ser classificadas quanto ao delineamento em: pesquisa bibliográfica, pesquisa documental, pesquisa experimental, pesquisa ex-post-fato, estudo de corte, estudo de campo, estudo de caso, pesquisa-ação, pesquisa participante e levantamento (GIL, 2009).

O presente estudo delineou-se como um estudo de caso. De acordo com Yin (2001) um estudo de caso é uma forma de investigar empiricamente determinado fenômeno em seu contexto real, principalmente quando não é possível separar o fenômeno do contexto, necessitando a avaliação do todo para compreensão da parte.

Para Gil (2009) o estudo de caso é interparadigmático e, ao considerar a inserção do fenômeno em seu contexto, mostra-se adequado ao paradigma dialético.

Presta-se a responder questões que não exijam controle sobre o comportamento dos fenômenos e indivíduos envolvidos e que envolvam acontecimentos contemporâneos, entretanto, não pode ser considerado uma amostragem que pretenda uma generalização estatística para populações, mas sim uma possibilidade de generalização analítica de alguma proposição teórica (YIN, 2001).

Para Yin (2001) cinco componentes são fundamentais em um estudo de caso: as questões do estudo, suas proposições, sua unidade de análise, a lógica que une os dados às proposições e os critérios para interpretar as descobertas.

3.1.1 Questões do estudo e suas proposições

Para Yin (2001) o primeiro passo do pesquisador que se propõe a realizar um estudo de caso é definir claramente suas questões de estudo. Neste sentido este estudo definiu a

seguinte questão: qual a opinião dos trabalhadores de enfermagem do Hospital Universitário de Juiz de Fora sobre o programa de melhoria contínua da qualidade desenvolvido na instituição?

A seguir, Yin (2001) sugere que sejam definidas as proposições da pesquisa. Neste estudo parte-se do pressuposto que, sendo a Gestão da Qualidade somente uma ferramenta que é utilizada de acordo com os interesses do grupo que dela se vale, ao apreender a perspectiva do trabalhador de enfermagem sobre os programas de melhoria contínua da qualidade é possível gerar uma reflexão sobre os caminhos que vem sendo trilhados na adoção destes programas e apontar na direção da melhoria da qualidade do serviço com correspondente valorização do trabalhador que a produz.

3.1.2 Unidade de análise

De acordo com Yin (2001) é preciso definir a unidade de análise e o começo e o fim do caso para se definir os limites da coleta e da análise dos dados.

A unidade de análise refere-se à definição do caso a ser estudado, à entidade central do problema da pesquisa (YIN, 2001) e neste trabalho é o programa de qualidade do Hospital Universitário de Juiz de Fora denominado Qualidade Nota 100. Foi considerado como início do caso o início do programa de qualidade na instituição e como fim do caso o fim da coleta de dados em campo. Os dados foram coletados em campo durante os meses de maio, junho e julho de 2012.

3.1.2.1 A escolha do caso

De acordo com Yin (2001) os estudos de casos podem incluir casos únicos ou múltiplos. O autor esclarece que o estudo de um único caso se justifica quando trata-se de um caso raro, revelador ou quando este representa o caso decisivo para testar certa teoria. Como este estudo se propôs a verificar a percepção dos trabalhadores de enfermagem em relação especificamente ao Programa de Qualidade do Hospital Universitário de Juiz de Fora, foi utilizado o estudo de um caso único.

A escolha deste hospital deu-se em razão da relação da pesquisadora com o mesmo, onde atualmente exerce a função de coordenadora do Núcleo de Gestão da Qualidade, e desta maneira, o estudo poderá fornecer um resultado efetivamente aplicável na instituição. Além disto, cabe destacar que a facilidade de acesso aos dados permite um estudo aprofundado da realidade em questão.

3.1.2.2 Os sujeitos do estudo

No que tange aos sujeitos do estudo, segundo Minayo (1994) uma pergunta importante é quais indivíduos estão mais significativamente vinculados ao problema a ser investigado.

Este trabalho propôs a discussão dos programas de qualidade sob a ótica dos trabalhadores. Embora todos os trabalhadores de uma instituição que adota programas de qualidade tenham de alguma forma seus processos de trabalho influenciados pela ação destes programas, o presente estudo concentrou-se na perspectiva do trabalhador de enfermagem, que responde por cerca de 45% dos recursos humanos da instituição e está inserido no ponto extremo da assistência ao usuário, percebendo o programa em seu momento mais crucial.

No Hospital Universitário de Juiz de Fora, o corpo de enfermagem é composto por 54 enfermeiros, 186 técnicos de enfermagem e 38 auxiliares de enfermagem, totalizando 278 profissionais. Foram incluídos como possíveis sujeitos do estudo os trabalhadores que exercem atividades de assistência direta ao usuário ou serviços administrativos desde que ligados à enfermagem, em qualquer setor ou unidade do Hospital Universitário de Juiz de Fora. Foram excluídos do estudo os trabalhadores que não se encaixaram nestas categorias, os que não desejaram participar, os que não assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e os que não se sentiram à vontade de continuar a participar do mesmo.

3.1.2.3 As estratégias de coleta dos dados

Como os estudos de caso requerem profundidade e uma visão totalizante do fenômeno que inclua a análise do cenário, do fenômeno, dos atores, dos eventos e dos processos, são necessárias diferentes estratégias de pesquisa (GIL, 2009).

De acordo com Yin (2001), seis fontes de evidência podem ser utilizadas para a coleta de dados em um estudo de casos: documentação, registros de arquivos, entrevistas (abertas, fechadas e levantamentos), observação direta, observação participante e artefatos físicos. Neste trabalho optou-se pela triangulação dos dados obtidos através das técnicas de pesquisa documental, observação participante e levantamento da opinião dos sujeitos sobre o programa em questão.

A pesquisa documental é desenvolvida com base em material já elaborado, diferenciando-se da bibliográfica em função da natureza de suas fontes que constituem-se de documentos que podem ou não ter recebido um tratamento analítico e não de publicações (GIL, 2009).

A consulta às fontes documentais, entendida por Gil (2009) como fundamental nos estudos de caso, incluiu vinte e um documentos institucionais que subsidiam a discussão.

Em função da imersão da pesquisadora no contexto estudado, foi realizada a observação participante, modalidade conceituada por Gil (2009) como aquela em que o pesquisador participa da vida da organização em estudo.

Os achados basearam-se na vivência e na observação da cultura organizacional, do cotidiano social e das práticas laborais e no conhecimento dos desafios e possibilidades dos processos vivenciados e dos observados pela pesquisadora enquanto trabalhadora da instituição.

Embora os estudos de caso sejam comumente classificados como estudos qualitativos (YIN, 2001; GIL, 2010), Yin (2001) afirma que eles podem incluir evidências quantitativas.

A fim de assumir uma adequada coleta e tratamento dos dados, contrastou-se as possibilidades e limitações das abordagens quantitativa e qualitativa em relação ao objeto de estudo proposto.

De acordo com Serapioni (2000) embora os métodos quantitativos sejam frágeis em garantir a apreensão da essência do fenômeno estudado, são capazes de obter resultados generalizáveis. O autor sugere que, se outras pesquisas já desenvolveram um corpo de conhecimentos sobre o assunto, é válido proceder-se à verificação deste conhecimento empiricamente através dos métodos quantitativos.

Em razão da existência de um amplo referencial que vem discutindo a questão do trabalhador inserido em empresas que adotam os programas de melhoria contínua da qualidade no campo teórico e da necessidade de se obter resultados generalizáveis que permitam o posterior aprofundamento destas discussões, foi utilizada a técnica de levantamento, de abordagem quantitativa.

De acordo com Gil (2009) um levantamento caracteriza-se pelo questionamento direto à população cujo comportamento se está estudando, para, de posse dos dados, analisá-los quantitativamente e obter conclusões. Para este autor, o levantamento está entre os melhores delineamentos de pesquisa na área das ciências sociais, pois mostra-se útil no estudo de comportamentos, opiniões, crenças, valores, temores e expectativas. Gil (1995) apresenta como uma possibilidade de técnica aplicação de questionários que se caracterizam por questões apresentadas por escrito aos sujeitos da pesquisa.

Considerando principalmente a vantagem do anonimato do entrevistado que representa fator crucial para respostas fidedignas neste estudo, optou-se pela utilização de um questionário autoaplicável semi-estruturado como instrumento de coleta dos dados (APÊNDICE A).

O questionário deste estudo é composto de onze questões de caracterização do sujeito e três questões que contemplam o objetivo do trabalho, sendo uma de respostas excludentes e as outras duas estruturadas em escalas, contendo vinte e quatro perguntas a primeira e quatorze perguntas a segunda.

De acordo com Gil (1995) as escalas sociais constituem uma série graduada de opções que devem ser assinaladas pelo sujeito da pesquisa na medida em que correspondam à sua percepção. Neste questionário foram utilizadas as escalas Likert, com amplitude da resposta contemplando cinco níveis que variam entre concordo totalmente, concordo parcialmente, não tenho opinião a respeito, discordo parcialmente e discordo totalmente na primeira questão e extremamente, muito, mais ou menos, pouco ou nada na segunda.

As questões foram formuladas a partir da experiência da pesquisadora e o questionário foi elaborado tendo por base as orientações de Spinola (1973) e Gil (1995), sem, contudo, ter sido validado para este estudo. Para a pré-testagem do instrumento, foram entregues a dez sujeitos da população do estudo o questionário e o consentimento livre e esclarecido. Os sujeitos foram informados sobre o objetivo da pesquisa, forma de preenchimento e devolução do questionário e foi solicitado a cada um que apontasse no próprio instrumento uma avaliação sobre seu conteúdo, formato e estrutura.

A partir destas avaliações foram incluídas outras opções nas perguntas de respostas excludentes de modo a esgotar todas as possibilidades. Também foram retiradas do instrumento de teste algumas perguntas que se mostraram em duplicidade e foram feitas modificações na redação de algumas outras de forma a torná-las mais compreensíveis.

Testado o instrumento, partiu-se para a pesquisa. De acordo com Gil (1995) pode-se valer de uma amostra significativa de todo o universo, calculada mediante procedimentos

estatísticos que consideram uma margem de erro. Dado o grande número de trabalhadores da enfermagem, o estudo foi desenvolvido com uma amostra da população em questão do tipo amostragem aleatória estratificada proporcional que, de acordo com Gil (1995) consiste na seleção de uma amostra de cada subgrupo da população em estudo, mantendo as proporções do universo pesquisado para assegurar a representatividade das propriedades adotadas como critério para a estratificação. Neste estudo o critério adotado para a estratificação foi a categoria profissional.

Com o objetivo de calcular uma estimativa da variância e dimensionar a amostra foi aplicado um teste piloto em doze sujeitos da população em estudo considerando a proporcionalidade de auxiliares, técnicos e enfermeiros da instituição, selecionados por meio de uma tabela de randomização a partir da lista disponibilizada pelo setor de recursos humanos da instituição, da qual foram excluídos os sujeitos participantes do pré teste.

Dos participantes do teste piloto, um sujeito recusou-se a responder, um estava de férias na ocasião e outro não devolveu o questionário. Pela análise dos nove questionários calculou-se o tamanho da amostra de forma que o erro máximo admissível fosse de 5% e o nível de confiança fosse de 95% o que correspondeu a 82 trabalhadores da enfermagem assim divididos: 11 auxiliares de enfermagem, 55 técnicos de enfermagem e 16 enfermeiros.

Após calculada a amostra, os demais trabalhadores foram selecionados aleatoriamente a partir do mesmo critério de recrutamento utilizado no teste piloto. Foram sorteados mais sujeitos que o necessário de modo a se dispor de uma margem de segurança para reposição das possíveis perdas amostrais.

O questionário e o termo de consentimento livre e esclarecido foram fornecidos pela pesquisadora com auxílio de um residente de administração, três estudantes do curso de enfermagem e um do curso de administração aos trabalhadores e solicitado a eles o preenchimento. Entretanto, como quase todos alegavam não poder responder no momento, ficou combinado que os instrumentos seriam recolhidos no plantão seguinte.

Contudo, no dia combinado para recolher os questionários, muitos trabalhadores não tinham levado o instrumento, não tinham respondido ou alegavam que já tinham devolvido para alguma outra pessoa. Além disto, o período da coleta dos dados coincidiu com a greve dos técnico-administrativos em educação, tornando mais difícil encontrá-los no setor. Também muitos dos sujeitos da lista fornecida pelo setor de recursos humanos como em efetivo exercício, ao serem procurados no setor estavam, de fato, afastados do serviço e alguns já tinham até falecido. Diante da dificuldade na coleta, foi necessário abordar os

sujeitos sorteados a mais como margem de segurança à medida em que se esgotavam as possibilidades do sorteio inicial, até que se atingiu os números estimados no cálculo amostral.

Desta maneira foram fornecidos no total 123 questionários, 50% a mais que a amostra necessária. Entre os auxiliares de enfermagem foram aplicados 25 questionários, 127% a mais do que a amostra necessária. Destes, 11 foram devolvidos devidamente preenchidos, 12 não foram devolvidos e 2 sujeitos se recusaram a responder. Entre os técnicos de enfermagem foram aplicados 80 questionários, 45% a mais do que a amostra necessária. Destes, 55 foram devolvidos devidamente preenchidos, 22 não foram devolvidos e 3 sujeitos se recusaram a responder. Entre os enfermeiros foram aplicados 18 questionários, 12% a mais que a amostra necessária. Destes, 16 foram devolvidos devidamente preenchidos e 2 não foram devolvidos.

3.1.3 Ligando os dados às proposições: a análise dos dados

Yin (2001) esclarece que, após estas etapas, é preciso ligar os dados às proposições de modo a obter a sua análise. Para tanto as respostas foram processadas estatisticamente com auxílio do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 14.0.

Inicialmente foi realizada uma estatística descritiva da frequência das variáveis exploradas nas primeiras onze questões do instrumento de coleta dos dados com a finalidade de caracterizar os sujeitos do estudo. A Q12 também sofreu o mesmo tratamento estatístico.

As afirmações da Q13 do questionário foram submetidas à análise fatorial, que consiste em uma técnica estatística multivariada cujo objetivo é encontrar um padrão de características nos dados permitindo agrupá-los em fatores, a partir da parcela da variância chamada de comunalidade que é dada pelo valor ao quadrado de correlação múltipla entre cada variável e todas as demais (ANDRADE, 1989).

Rezende *et al.* (2007) esclarecem que este valor varia entre 0 e 1, sendo que, quanto mais próximo de 1 a variação é explicada pelos fatores comuns e quanto mais próximo de 0 a variação não pode se explicada pelos fatores comuns.

Para verificar se a técnica era adequada ao estudo foi utilizado o Teste de Esfericidade de Barlett (BTS) que testa a hipótese nula de que a matriz de correlação é uma matriz identidade, ou seja, que as variáveis não apresentam nenhuma correlação entre si e, portanto, a análise é inviável; e o teste de Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) que verifica a adequação de todos os dados em conjunto por meio de uma escala que varia de 0 a 1 em que valores abaixo

de 0,500 indicam que o modelo de análise fatorial é inadequado para a amostra de dados (MELO; PARRÉ, 2007).

O teste de Esfericidade de Bartlett, apresentou resultado de 1004,348, enquanto o teste de Kaiser-Mayer-Olkin apresentou um valor de 0,820, indicando a adequação da amostra para a técnica proposta.

Foram seguidos os passos propostos por Andrade (1989) para se chegar à posição de cada variável em cada fator: elaboração de uma matriz de correlação; extrações dos fatores iniciais; rotação dos fatores, realizada neste estudo a rotação ortogonal pelo método Varimax que busca definir quais variáveis estão associados a um determinado fator e quais não estão; e cálculo dos escores fatoriais, que definem a relação das variáveis com os fatores.

As respostas da questão Q13 já reduzidas em fatores também foram analisadas a partir do Coeficiente de Correlação de Pearson que quantifica a força e direção linear de associação entre variáveis, a partir do qual buscou-se a correlação entre as variáveis de cada fator. Neste teste, as variáveis podem ser classificadas entre -1 e 1. Os valores mais próximos destes extremos indicam forte correlação entre as variáveis, enquanto valores próximo de 0 expressam fraca correlação entre as variáveis. Quando a correlação é positiva significa que as variáveis caminham na mesma direção (são diretamente proporcionais) e quando é negativa caminham em direções opostas (são inversamente proporcionais) (MARGOTTO, 2010).

Pode-se observar que, neste trabalho, todas as variáveis estão correlacionadas na mesma direção (positiva) em função de a análise fatorial agrupar variáveis semelhantes no mesmo fator. Sendo assim, neste trabalho valores próximos de 1 demonstram forte correlação e grande impacto da variável em relação ao fator e valores próximos de 0 demonstram fraca correlação e pequeno impacto da variável em relação ao fator.

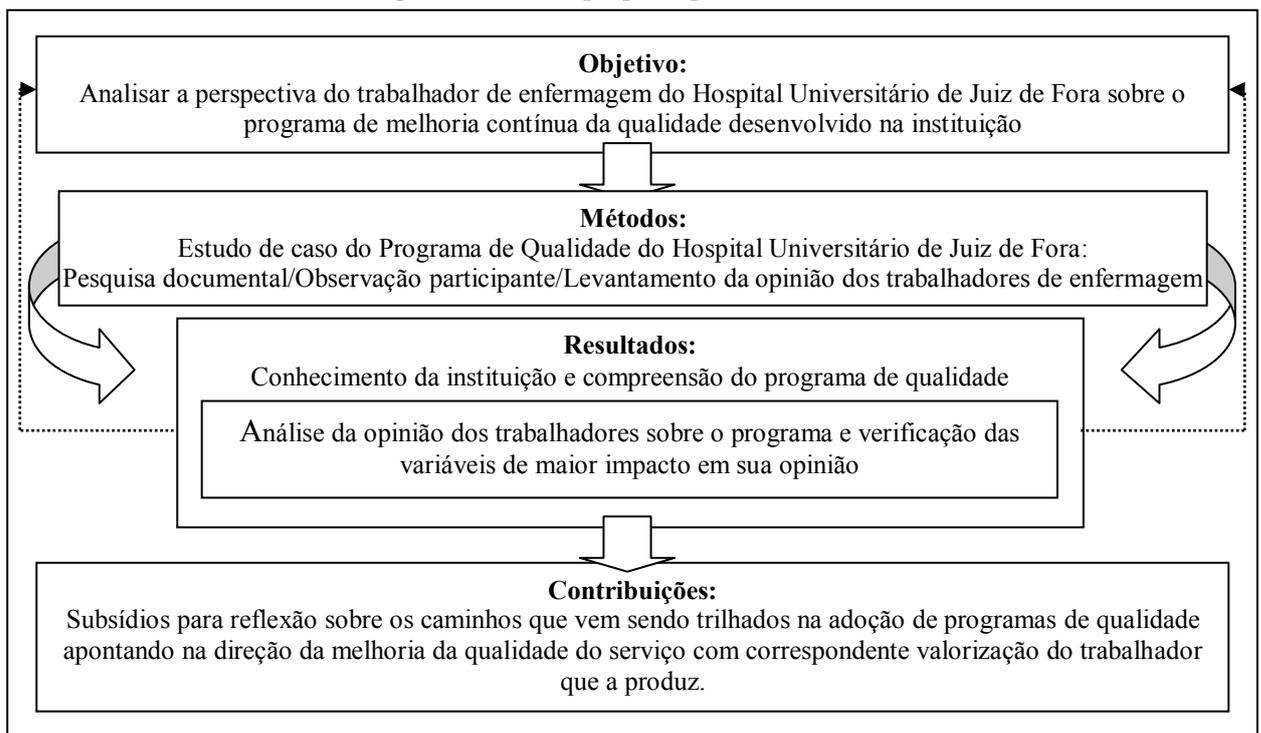
3.1.4 Critérios para interpretação das descobertas do estudo

De acordo com Yin (2001) não há uma maneira precisa de estabelecer critérios para interpretação dos resultados em um estudo de caso, mas espera-se que os diferentes resultados possam ser comparados de forma clara.

Neste trabalho os dados levantados foram analisados no sentido de traçar uma descrição da realidade observada e foram correlacionados com a literatura de referência no assunto.

Através de uma análise estratégica do contexto a organização tem a possibilidade de reavaliar sua conduta. Sendo assim, a partir da atuação da Gestão da Qualidade sobre os achados no estudo, espera-se que a opinião dos trabalhadores sobre o programa de qualidade melhore, melhorando sua adesão ao programa. Por sua vez, pode ser adotada a mensuração contínua da perspectiva dos trabalhadores sobre a condução do programa de qualidade, retroalimentando constantemente o processo de melhoria. Este raciocínio está esquematicamente representando na figura abaixo:

Figura 1 - Modelo proposto para o estudo



Fonte: elaboração própria

3.2 Aspectos éticos da pesquisa

Inicialmente pretendia-se que o trabalho fosse desenvolvido em uma Unidade de Pronto Atendimento da cidade de Juiz de Fora que é administrada pelo Hospital Universitário de Juiz de Fora e estava iniciando a implantação de um programa de melhoria contínua da qualidade. Foram solicitadas as autorizações e, após concedidas, o projeto foi apreciado pelo

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora e foi aprovado sob o número 262/2010 (ANEXO A).

Entretanto, o programa não teve continuidade na instituição, inviabilizando a pesquisa. Diante disto, foi solicitado um adendo (ANEXO A) ao referido Comitê de Ética para alteração do campo da pesquisa, que passaria a se dar em um hospital público e um privado da cidade. Considerando que o projeto sofreria demasiadas alterações, o Comitê de Ética recusou o adendo e sugeriu a proposição de novo projeto. Em função do prazo para apresentação dos resultados da pesquisa e da recente instituição da Plataforma Brasil que, em fase de implantação, estava apresentando lentidão na análise dos projetos, optou-se, após obtidas as autorizações do Diretor Geral e à Diretora de Enfermagem (ANEXO B), por realizar nova solicitação de adendo para ampliação do campo de pesquisa para todo o Hospital Universitário de Juiz de Fora e não somente para a Unidade de Pronto Atendimento por ele administrada.

Aprovado o adendo (ANEXO A), os sujeitos da pesquisa foram convidados a participar do estudo, sendo essa participação estritamente voluntária e condicionada à leitura, aos esclarecimentos pertinentes e subsequente adesão ao termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO C), elaborado de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Pesquisa em Humanos (BRASIL, 1996a) e baseado no modelo disponibilizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Os instrumentos de coleta dos dados ficarão sob a guarda da pesquisadora por um período de cinco anos, após os quais serão destruídos.



Resultados e discussão

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 O Hospital Universitário de Juiz de Fora

O Hospital Universitário de Juiz de Fora é um órgão suplementar da Universidade Federal de Juiz de Fora, normalizado pelo art. 29 do Estatuto e pelo art. 20 do Regimento Geral da Universidade, e representa um equipamento de saúde de referência na macrorregião em que está inserido prestando serviços em regime essencialmente público, conjugando ainda atividades de ensino, pesquisa e extensão (SOUZA; CRUZ, 2009).

4.1.1 Percurso histórico

A história do Hospital Universitário de Juiz de Fora começa em 08 de abril de 1963 quando a universidade assinou um contrato com a Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora para uso de suas dependências para atividades de ensino (SOUZA; CRUZ, 2009).

Em 08 de agosto de 1966 foram inauguradas com o nome de Hospital-Escola as primeiras instalações do Hospital Universitário de Juiz de Fora na área física do antigo sanatório Dr. Villaça, ao lado da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2006).

O Hospital-Escola foi transferido para o bairro Santa Catarina em 1970, onde atendia pacientes do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e do Fundo de assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL), além dos doentes carentes (SOUZA; CRUZ, 2009) em uma estrutura adaptada no espaço cedido pela Companhia Têxtil Ferreira Guimarães (SOARES JÚNIOR *et al.*, 2011).

Em 1994 o hospital regularizou seu alvará de funcionamento que estava suspenso desde 1988 (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2006) e incorporou-se ao recém implantado Sistema Único de Saúde, passando a ser Hospital Universitário de referência para a região (SOUZA; CRUZ, 2009).

A primeira versão do Plano Diretor do hospital foi elaborada em 1995 constituindo um instrumento administrativo com o objetivo de diagnosticar as necessidades da instituição e orientar a administração (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2006).

Como estratégia para sanar as dificuldades financeiras pelas quais vinha passando o hospital, em 1996 foi criada a Fundação de Apoio ao Hospital Universitário (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2006).

Entre 1996 e 1997 foi elaborado o Plano Integrado de Educação e Saúde que objetivava fortalecer a ideia de construção de um novo hospital que substituísse a estrutura adaptada e insuficiente. Em 1998 foi lançada a maquete e realizado um workshop para veiculação do projeto; em 2000 o projeto foi aprovado pelo Ministério da Saúde e em 2002 foi assinado o Convênio 3219/2001 que liberou verba para o início das obras (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2006).

Em 2003, o hospital foi incluído no Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais (PROHOSP) (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2006). Trata-se de um programa estadual do projeto Regionalização da Atenção à Saúde, que objetiva contribuir no desenvolvimento de um parque hospitalar público eficiente capaz de atender às necessidades da população, preencher os vazios assistenciais e se inserir nas redes de atenção à saúde, consolidando a oferta da atenção hospitalar nos polos macro e microrregional do estado (MINAS GERAIS, 2003), atuando através de incentivos financeiros; alocação financeira de acordo com as necessidades da região; contratos com compromissos recíprocos; qualificação; parcerias com os gestores locais e cooperação técnica horizontal (MINAS GERAIS, 2007).

Em 2005 a instituição foi certificada como hospital de ensino (BRASIL, 2005a), título que significa o atendimento a rigorosos requisitos de estrutura física e de recursos humanos que atendam a alunos, residentes e professores, além de requisitos de produção de conhecimento (BRASIL, 2007b).

Neste mesmo ano o hospital assinou com a Secretaria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental um convênio que formaliza sua inserção na rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde em contrapartida ao valor fixo mensal a ser descontado na receita da gestão plena municipal, com responsabilidades de ambas as partes descritas no Plano Operativo Anual (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2005).

O primeiro módulo do complexo hospitalar a ser construído no bairro Dom Bosco, destinado aos atendimentos ambulatoriais, foi inaugurado em 2006 e suas atividades iniciadas progressivamente em 2007 (SOUZA; CRUZ, 2009).

Também neste ano foi articulado o Grupo Gestor, equipe de trabalho composta pelas chefias de todos os serviços do hospital, com a finalidade de elaborar coletivamente as diretrizes estratégicas que compõem o Plano Diretor e definir responsabilidades, com acompanhamento através das reuniões do grupo (SOUZA; CRUZ, 2009).

Ao longo das diversas gestões que passaram pelo Hospital Universitário, foram realizadas obras e reformas de adequação na instituição, credenciamento de novos serviços, adesão à projetos e programas federais e estaduais, ampliação das atividades de ensino, pesquisa e extensão, criação de novos setores e ações de cunho técnico-administrativo para melhoria do desempenho da instituição (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2006; SOUZA; CRUZ, 2009; HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2009a).

Para o futuro o Hospital Universitário planeja a construção do novo complexo hospitalar que irá se incorporar ao módulo ambulatorial em funcionamento na Unidade Dom Bosco e promoverá a expansão de serviços existentes e a implantação de novos serviços (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2009a).

4.1.2 Estrutura e funcionamento

Com a missão de “Formar recursos humanos, gerar conhecimentos e prestar assistência de qualidade na área da saúde à comunidade da região” o Hospital Universitário demonstra sua filosofia fundamentada no ensino, pesquisa e assistência de qualidade à saúde, também expressa em seus valores, negócio e visão (Quadro 1) (SOUZA; CRUZ, 2009, p. 57). Cabe observar, entretanto, que sua visão encontra-se desatualizada.

Quadro 1 – Valores, missão, negócio e visão do Hospital Universitário de Juiz de Fora

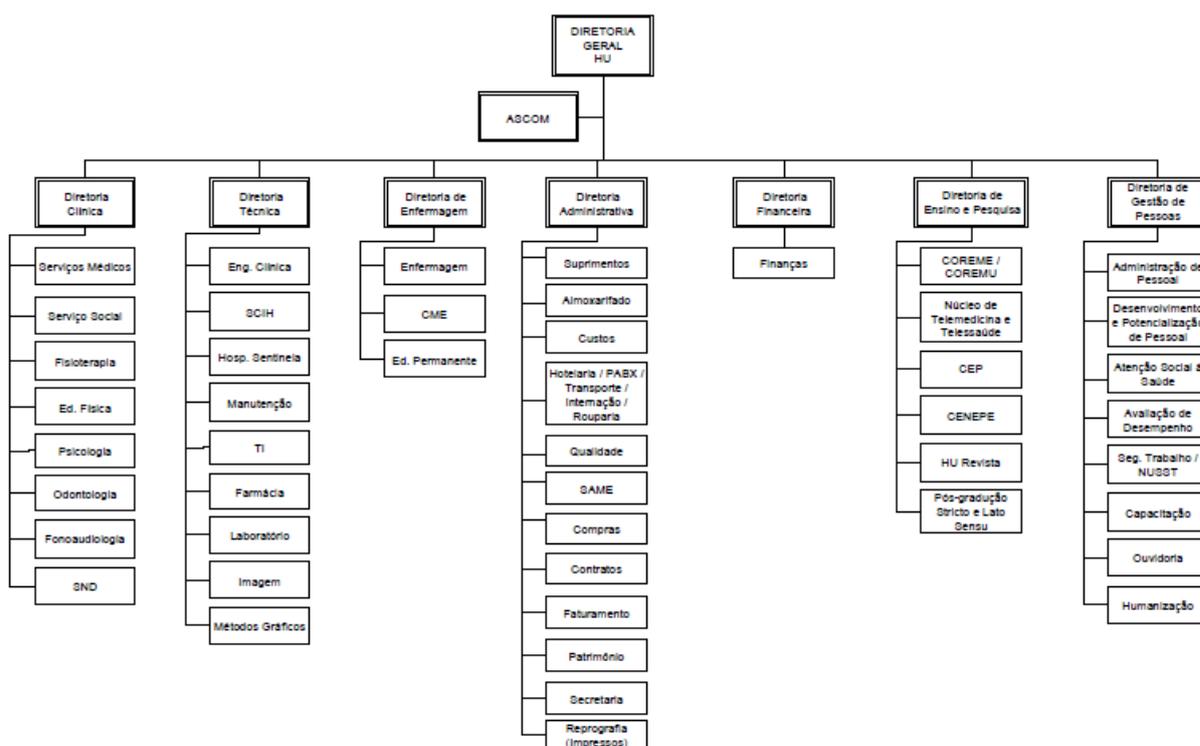
VALORES	MISSÃO	NEGÓCIO	VISÃO
<ul style="list-style-type: none"> - Profissionalismo - Ética - Desenvolvimento - Humanização - Responsabilidade - Respeito - Qualidade - Comprometimento 	Formar recursos humanos, gerar conhecimentos e prestar assistência de qualidade na área da saúde à comunidade da região.	Assistência, ensino e pesquisa na área da saúde para o desenvolvimento da região.	O H.U. deverá nos próximos 02 anos, ter autonomia na rede de serviços de saúde como centro de referência para o desenvolvimento regional, formando e reciclando RH, consolidando a pesquisa e prestando assistência humanizada à clientela da região, com qualidade e resolubilidade.

4.1.2.1 Estrutura gerencial

A estrutura gerencial do HU é constituída pelos Conselhos Diretor, Executivo, de Unidades Assistenciais e das Unidades de Apoio Hospitalar, podendo o Conselho Executivo contar com as comissões gerenciais de apoio permanentes e transitórias, com atividades a serem desenvolvidas por meio de um modelo descentralizado de gestão participativa (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 1978).

Atualmente a gestão do Hospital Universitário é realizada pela Direção Geral e pelas seguintes direções: administrativa, técnica, clínica, enfermagem, gestão de pessoas, ensino e pesquisa e financeira, às quais estão subordinados todos os serviços da instituição, conforme organograma abaixo (Figura 2) (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 2009d).

Figura 2 – Organograma do Hospital Universitário de Juiz de Fora



Fonte: Hospital Universitário (2009d)

O hospital implementa suas ações a partir de um planejamento estratégico. De acordo com Oliveira Júnior (2010), sinteticamente o planejamento estratégico envolve a definição da missão e do negócio da empresa, análise ambiental externa e interna, definição da visão, questões e ações estratégicas, acompanhamento e avaliação.

A partir da missão e negócio já definidos no Hospital Universitário, Souza e Cruz (2009) realizaram uma análise do ambiente externo e interno da instituição e, dentre as inúmeras características encontradas, os autores optaram por utilizarem aquelas que melhor refletissem o diagnóstico situacional da instituição com vistas a elaborar a matriz F.O.F.A. De acordo com Oliveira Júnior (2010), F.O.F.A representa um acrônimo das palavras oportunidades e ameaças, utilizadas para conhecer o ambiente externo e forças e fraquezas, utilizadas para conhecer o ambiente interno da instituição, apontando a situação em que se encontra a unidade de planejamento e os pontos fortes e fracos de um empreendimento.

Com vistas a definir as questões e ações estratégicas para atender à visão de ter em dois anos autonomia na rede como centro de referência e de formação de recursos humanos, desenvolvimento de pesquisas e prestação de assistência humanizada, de qualidade e com resolubilidade à clientela da região, Souza e Cruz (2009) utilizaram a metodologia *Balanced Scorecard*, um método de medição do desempenho que considera as perspectivas: financeira; clientes; processos internos e aprendizado e crescimento (KAPLAN; NORTON, 1996).

As diretrizes estratégicas que estão sendo trabalhadas pelo hospital no momento foram elaboradas pelo Grupo Gestor em 2010 (HOSPITAL UNIVERITÁRIO, 2010b).

4.1.2.2 Organização profissional

A equipe multiprofissional do Hospital Universitário reúne cerca de 800 trabalhadores entre docentes, pessoal técnico-administrativo, residentes e voluntários das áreas de saúde e ciências sociais e pessoal das áreas de apoio (SOUZA; CRUZ, 2009).

De acordo com Souza e Cruz (2009) o Governo Federal vem adotando uma política de não reposição do quadro de pessoas que tem ocasionado uma redução considerável da força de trabalho. Diante desta situação o Hospital Universitário mantém um quadro de profissionais contratados em diversas atividades.

Entretanto, enquanto os trabalhadores admitidos por concurso público estão regidos pelo Regime Jurídico Único com todos os benefícios e garantias deste modelo, tais como

estabilidade, plano de carreira e direitos trabalhistas diferenciados, os trabalhadores contratados estão subordinados à Consolidação das Leis do Trabalho. É possível observar que a diferença no vínculo trabalhista se reflete de diversas maneiras no cotidiano dos trabalhadores, gerando uma permanente insatisfação por parte da maioria dos contratados e, por vezes, um sentimento de superioridade por parte dos servidores.

Os trabalhadores contratados, de uma maneira geral, cumprem uma jornada de trabalho maior que a dos servidores públicos federais e recebem menos pela execução dos mesmos serviços. Na enfermagem, por exemplo, os contratados cumprem uma jornada semanal de trabalho de 40 horas, enquanto os servidores cumprem 30 horas. Além disto, o salário de um enfermeiro contratado representa cerca de 53% do salário inicial de um enfermeiro efetivo; o de um técnico contratado 42% do de um técnico efetivo e o de um auxiliar contratado 42% do de um auxiliar efetivo. Tudo isto sem mencionar o Plano de Carreira dos Servidores Técnico-Administrativo em Educação implantado pelo Governo Federal que garante progressão salarial do servidor (BRASIL, 2005b), aumentando ainda mais esta discrepância de valores.

Vale notar também que as funções operacionais são delegadas aos contratados, enquanto as funções gerenciais estão à cargo dos servidores. Em relação a esta questão a alegação é que os servidores estarão permanentemente no serviço, enquanto os contratados estão no serviço temporariamente. Sob a mesma alegação, nas oportunidades de capacitação dos trabalhadores em órgãos externos, beneficia-se o servidor em detrimento do contratado.

Os técnico-administrativos em educação, em sua maioria, estão afiliados ao Sindicato dos Trabalhadores Técnico-administrativos em Educação das Instituições Federais de Ensino no Município de Juiz de Fora - MG, sindicato presente e atuante em relação aos interesses da categoria, enquanto os trabalhadores contratados, quando estão afiliados a algum sindicato, estão ligados a sindicatos representantes das categorias profissionais que não defendem os interesses da coletividade destes trabalhadores nesta instituição especificamente.

Enquanto os técnico-administrativos em educação contam com um plano de saúde corporativo que oferece uma ampla carteira de serviços, os trabalhadores contratados possuem um plano de saúde que oferece menos benefícios.

Na 14ª Conferência Nacional de Saúde foi debatida a precarização dos regimes de trabalho, os vínculos trabalhistas precários, a remuneração desigual, a discrepância no reconhecimento das diferentes modalidades profissionais e a carga de trabalho excessiva. Uma delegada palestrante da Conferência, contrária ao que chamou de formas de privatização

do Sistema Único de Saúde, afirmou que o sistema somente terá qualidade se tiver seus trabalhadores concursados pelo Regime Jurídico Único (DE LAVOR, *et al.*, 2012).

O desempenho dos trabalhadores técnico-administrativos em educação da Universidade Federal de Juiz de Fora é avaliado por meio do Programa de Avaliação do desempenho (PROADES) que objetiva realizar um gerenciamento contínuo e sistematizado do desempenho dos trabalhadores que produza indicadores para a gestão, democratizando a tomada de decisão (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2007).

Neste programa são pactuadas metas individuais e setoriais que, cumpridas, auxiliam na melhoria do serviço e garantem a progressão salarial do servidor. Embora o programa se destine à avaliação do desempenho dos servidores, a proposta da coordenação do programa é que também os funcionários contratados pela Consolidação das Leis do Trabalho se envolvam nas ações de melhoria do setor através do cumprimento das metas. Entretanto, os contratados não tem direito à progressão salarial que recebem os efetivos quando cumprem as metas, o que vem gerando insatisfação por parte dos primeiros.

Além disto, apesar do empenho da Direção de Gestão de Pessoas para tornar a proposta do programa efetiva, a elaboração e o gerenciamento das metas tem ficado totalmente a cargo das chefias setoriais que por vezes não tem competência técnica para pactuar metas verdadeiras, ou seja, que representem avanços no serviço e, por vezes, não tem interesse em divulgar efetivamente o andamento das metas, uma vez que a declaração do não cumprimento das mesmas significa o desabono de sua progressão salarial e/ou dos demais trabalhadores envolvidos.

Este fato mostra ainda uma fragilidade do programa que não vem realizando uma capacitação para a elaboração das metas e não desenvolveu mecanismos mais eficazes para o seu acompanhamento, em parte pela proposta de uma política democrática de avaliação em substituição da antiga avaliação do estágio probatório em que o desempenho do servidor era avaliado pela chefia imediata, o que dava margem à avaliações subjetivas e pessoais.

A segurança e saúde dos trabalhadores fica a cargo do Serviço de Segurança do Trabalho que desenvolve atividades de minimização dos riscos e prevenção de acidentes através de inspeções de procedimentos, ações e orientações aos trabalhadores de todas as áreas. Os trabalhadores contratados contam com a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, enquanto que os servidores contam com o Núcleo em Segurança do Trabalho (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2009a).

Entretanto, a atuação do Núcleo em Segurança do Trabalho não é efetivamente percebida pelos setores, enquanto que a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA),

sendo obrigatória e mais fiscalizada, possui atuação mais notória. Além disto, o hospital conta apenas com o serviço de segurança do trabalho e não com o serviço de medicina do trabalho que, no caso dos servidores está a cargo da Universidade através do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS) e dos terceirizados está a cargo de empresas contratadas em momentos pontuais e para fins específicos como os exames admissional e demissional, o que gera grande insatisfação dos trabalhadores que entendem que, por estarem em uma instituição de saúde, deveriam ser prontamente atendidos e não serem encaminhados para outras unidades de saúde.

O hospital conta com salas e profissionais exclusivos para a imunização dos trabalhadores e alunos (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2009a). Entretanto, ações sistematizadas de interação com os setores de admissão dos trabalhadores e com as unidades acadêmicas para informação dos novos trabalhadores e alunos na unidade, busca ativa de trabalhadores com cartões de vacina desatualizados e controle do calendário vacinal estão começando a ser implementadas neste momento.

O hospital tem investido nos últimos anos na decoração natalina das Unidades e na confraternização de fim de ano, realizada com um sofisticado jantar dançante em renomadas casas de festas da cidade com música e sorteios de brindes, enquanto para os que permanecem de plantão no dia do evento é realizada uma confraternização na própria unidade hospitalar (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2009a).

Em 2009 foi realizada uma pesquisa de clima organizacional com uma amostra dos trabalhadores que considerou cinco fatores (o trabalho em si; integração setorial e interpessoal; salário, benefícios e desenvolvimento profissional; estilo gerencial, processo decisório e orientação para resultados; comunicação e imagem empresarial), relacionados a cinco atributos (função; natureza do serviço; unidade de lotação; tipo de vínculo empregatício; tempo de serviço na instituição) (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2009b).

Em relação ao fator “o trabalho em si”, que considera a percepção e atitude das pessoas em relação ao trabalho, horário, distribuição, suficiência de pessoal, qualidade das condições físicas de trabalho, condições de conforto, instalações em geral, riscos de acidentes de trabalho e doenças profissionais, nota-se que os trabalhadores mais satisfeitos são os médicos e os das áreas de ensino e administração, da unidade Dom Bosco, com vínculo efetivo e maior tempo de serviço na instituição, e a questão com maior impacto na satisfação é a motivação dos trabalhadores para o trabalho no setor (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2009b).

Já o fator “integração setorial e interpessoal” que avalia o grau de cooperação e relacionamento existente entre os funcionários e os diversos departamentos da empresa mostra que os trabalhadores mais satisfeitos são os médicos e os trabalhadores de nível médio e fundamental, os que executam serviço de natureza administrativa, os da unidade Dom Bosco, os trabalhadores efetivos e os com maior tempo de serviço na instituição. Cabe ressaltar que os menos satisfeitos são os trabalhadores da equipe de enfermagem. A questão considerada mais sensível à mudança na satisfação dos trabalhadores é a colaboração e o respeito no setor (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2009b).

No que tange ao fator “salário, benefícios e desenvolvimento profissional” que analisa a existência de eventuais distorções entre os salários internos e eventuais descontentamentos em relação aos salários pagos por outras empresas, apura o grau de satisfação com relação aos diferentes benefícios oferecidos pela empresa e avalia as oportunidades de treinamento e as possibilidades de promoções e carreira que a empresa oferece, a pesquisa revelou que os trabalhadores que mostraram-se mais satisfeitos foram os médicos, os que prestam serviços na área de ensino, os da unidade Dom Bosco, os efetivos e os com maior tempo de serviço na instituição. Os trabalhadores que avaliaram pior o fator foram os da equipe de enfermagem (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2009b).

Em relação ao fator “estilo gerencial, processo decisório e orientação para resultados” que aponta o grau de satisfação do trabalhador com a sua chefia, analisando a qualidade de supervisão em termos de competência, feedback, organização, relacionamento, centralização das decisões e verifica até que ponto a empresa estimula ou exige que seus trabalhadores se responsabilizem efetivamente pela consecução de resultados, mostraram-se mais satisfeitos os trabalhadores efetivos e os com maior tempo de serviço na instituição e o atributo que mostrou-se mais importante para os trabalhadores foram o envolvimento deles na tomada de decisão e o reconhecimento da liderança pelo seu trabalho. Os trabalhadores que expressaram maior satisfação em relação ao fator foram os médicos, os da área administrativa, os da unidade Santa Catarina, os efetivos e os com maior tempo de serviço na instituição. Entretanto, os trabalhadores apontaram como atributos menos importantes a participação no Grupo Gestor e a o estímulo em participar das decisões, revelando que consideram importante participar das decisões, mas não se sentem estimulados a participar delas. Em relação a este fator a equipe de enfermagem foi a que mostrou-se menos satisfeita (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2009b).

Por fim, o fator “comunicação e imagem empresarial” que avalia o conhecimento que os trabalhadores têm sobre os fatos relevantes da empresa e seus canais de comunicação e o

sentimento das pessoas em relação à empresa revelou que, embora todos os trabalhadores tenham se mostrado satisfeitos, mostraram-se mais satisfeitos os médicos, os trabalhadores da área administrativa, os da Unidade Dom Bosco, os efetivos e os com mais tempo de serviço na instituição. Para eles, estar informado é a questão de maior impacto na satisfação em relação a este fator (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2009b).

O resultado da pesquisa de clima organizacional revelou que os trabalhadores que mostraram-se menos satisfeitos em diversos fatores analisados foram os do segmento da enfermagem. Pesquisas mais aprofundadas seriam necessárias para esclarecer melhor a questão, mas pode-se apontar como um caminho a ser explorado em estudos futuros a possibilidade de parte desta insatisfação dever-se ao desempenho pela equipe de enfermagem de funções que não são suas atribuições específicas, mas que são desenvolvidas por ela em razão de sua constante permanência no setor da qual decorre a responsabilidade de resolver os problemas de modo a manter o funcionamento do serviço e a assistência ao paciente. Estas atividades sobrecarregam a equipe de enfermagem e tomam um tempo que deveria ser destinado às funções de enfermagem, desmotivando o profissional pelo desvirtuamento da função para a qual se preparou.

4.1.3 Processos desenvolvidos

4.1.3.1 Processos finalísticos: assistência, ensino e pesquisa

O Hospital Universitário presta assistência de saúde a mais de um milhão de habitantes de 37 cidades da Zona da Mata Mineira, podendo este número chegar a quase dois milhões se considerados alguns serviços que são referência também para a região do Campo das Vertentes do estado (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2009a).

O Hospital Universitário está dividido em duas unidades de atendimento: a Unidade Dom Bosco e a Unidade Santa Catarina.

A Unidade Dom Bosco insere-se na rede hierarquizada de saúde com atendimento na atenção secundária, abrigando o complexo ambulatorial que conta com trinta e sete consultórios especializados distribuídos em vinte e duas clínicas básicas do adulto, quatro clínicas específicas infantis, e seis clínicas multidisciplinares, além de vinte e quatro

máquinas para hemodiálise, farmácia, fisioterapia, quatro salas para cirurgias ambulatoriais, doze leitos para internação dia e os serviços de apoio diagnóstico e terapia como endoscopia, métodos gráficos, imagem e laboratório de análises clínicas (SOUZA; CRUZ, 2009).

Esta unidade também abriga o Centro Viva Vida, uma parceria entre a Secretaria Estadual de saúde e o Hospital Universitário que objetiva oferecer acesso a serviços multiprofissionais de atenção secundária relacionados à saúde sexual e reprodutiva de homens e mulheres e à saúde da criança para redução da mortalidade materna e infantil e prevenção do câncer de próstata, mama e colo de útero, com acesso conforme o funcionamento da rede hierarquizada de saúde, ou seja, a partir da regulação municipal quando for constatada necessidade do encaminhamento na atenção primária à saúde (SOUZA; CRUZ, 2009).

Este módulo trouxe para a cidade e região uma estrutura moderna, com equipamentos terapêuticos e diagnósticos de última geração, alguns dos quais existem somente no Hospital Universitário em toda a rede pública da região, e a proposta de um diferencial no atendimento: o Acolhimento Integrado, um projeto pioneiro em toda a rede de assistência secundária do Brasil, realizado em quatro boxes localizados na recepção da unidade (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2009a).

O Acolhimento Integrado propõe que todos os usuários que chegarem à Unidade Dom Bosco para consulta, retorno, exames ou procedimentos seja recepcionado de forma diferenciada por uma equipe multidisciplinar com base na Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde. O projeto inclui o esclarecimento das dúvidas dos pacientes, encaminhamentos aos serviços competentes, sensibilização para adesão ao tratamento, orientação farmacológica, orientação de enfermagem, prestação de informações sobre direitos e benefícios sociais, entre outras ações e prevê expansão para atendimento também dos trabalhadores da instituição (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2009a). Entretanto, o projeto não dispõe de profissionais exclusivos para realização das atividades propostas e, por isto, não tem sido efetivamente implementado.

Esta unidade tem seus serviços ao usuário funcionando de segunda à sexta feira, entre sete e dezenove horas. Aos sábados funciona ainda a hemodiálise. A central de material esterilizado atende toda a demanda do hospital e funciona em tempo integral. A unidade conta com interpostos dos principais setores de apoio, funcionando entre sete e dezessete horas.

Pela análise dos indicadores de produtividade ambulatorial (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2012a) é possível afirmar que, habitualmente, o serviço que realiza o maior número de atendimentos por mês é a fisioterapia, seguido das especialidades ginecologia, pediatria, dermatologia, oftalmologia e ortopedia. Cabe observar

que os atendimentos realizados por estas especialidades com frequência superam o número de atendimentos estabelecidos na contratualização. Destaca-se o problema da ginecologia e da pediatria, que apresentam com frequência os mais elevados números de atendimento e não possuem consultas contratualizadas.

O perfil e a satisfação dos usuários do ambulatório do Hospital Universitário foram obtidos por meio da pesquisa de satisfação do usuário realizada através do Instrumento Padrão de Pesquisa de Satisfação (IPPS), um instrumento que investiga o nível de satisfação dos usuários de um serviço público, disponibilizado pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2012c).

Ao todo, foram aplicados de maneira aleatória 193 questionários em uma amostra da população calculada previamente. A aplicação dos questionários se deu entre os dias 22 de novembro e 17 de dezembro de 2011. Os resultados mostraram que 79,2% dos usuários são mulheres, que 52,2% dos usuários não completaram o segundo grau e destes 29,3% não tem o ensino fundamental completo, e que 63,1% dos usuários tem renda de até 1000 reais por mês, sendo que 41,9% destes tem renda de até 600 reais mensais (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2012c).

Para medir a satisfação dos usuários foi utilizada a taxa de satisfação relativa, que representa uma medida entre a avaliação das pessoas sobre um serviço e a expectativa que elas tinham. A média dos resultados dos setores avaliados mostrou um excedente de satisfação do usuário em relação ao atendimento, à execução do serviço, à conservação e limpeza e aos trabalhadores que o atenderam. Entretanto, os usuários avaliaram negativamente o item que tratava da facilidade para conseguir o serviço, expressando a dificuldade que encontraram para agendar o atendimento que buscavam (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2012c). Este resultado, porém, mais do que um déficit de qualidade da instituição avaliada, mostra uma dificuldade do sistema de saúde em contrabalançar a oferta adequada de serviços em uma área de atuação em que a demanda se revela ilimitada.

Na Unidade Santa Catarina permanecem as cirurgias de alta complexidade em quatro salas operatórias, as internações em cento e quarenta leitos distribuídos entre as clínicas médica, cirúrgica e pediátrica, transplante de medula óssea e nove leitos de unidade de terapia intensiva para adultos, além de laboratório de análises clínicas e patológicas, radiologia e agência transfusional (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2009a).

Esta unidade funciona em tempo integral e abriga todo o complexo gerencial-administrativo da instituição. Sendo assim, embora a Unidade Dom Bosco conte com alguns

setores de apoio, estes se configuram mais como postos de recebimento e distribuição e as chefias do serviço estão, de fato, estabelecidas na Unidade Santa Catarina.

O hospital é centro de referência para o tratamento de diversas doenças e para a realização de diversos procedimentos, destacando-se o Centro de Atendimento a Doenças Neurológicas Imunomediadas, Fibrose Cística, Centro de Referência aos portadores do vírus da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, Hepatologia, Reabilitação de Hanseníase e Transplante de Medula Óssea (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2009a).

As taxas de ocupação, média de permanência e taxa de mortalidade do Hospital Universitário nos anos de 2010, 2011 e primeiro semestre de 2012 revelam a dinâmica da instituição. Em relação à ocupação pode-se afirmar que habitualmente a unidade de tratamento intensivo é o setor com taxa mais elevada, quase sempre próxima dos cem por cento, sofrendo poucas variações ao longo do ano, ao passo que os demais setores apresentam uma discreta queda na taxa de ocupação durante os meses de dezembro, janeiro e julho. Este fato está relacionado ao período de férias do calendário da Universidade, quando os professores também estão de férias e diminuem as internações. O segundo setor a apresentar maior taxa de ocupação é a clínica médica e o que apresenta menor taxa de é a pediatria. Em relação à média de permanência, pode-se afirmar que a clínica médica é o setor que apresenta a maior média de permanência, seguida pela unidade de tratamento intensivo e a menor média de permanência é exibida pela pediatria. Este indicador, entretanto, mantém-se mais ou menos constante ao longo do ano. Em relação à taxa de mortalidade a unidade de tratamento intensivo apresenta os valores mais elevados, seguida da Clínica Médica, enquanto a pediatria apresenta as menores taxas. Em estreita relação com a taxa de ocupação, a taxa de mortalidade também exhibe resultados sazonais, decaindo nos períodos de férias, em que a taxa de ocupação é menor (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2012a).

O hospital forma recursos humanos em nível de graduação e pós-Graduação em cursos das ciências da saúde e humanas e realiza programas e projetos de extensão voltados para a comunidade e pesquisas científicas nas áreas correlatas (SOUZA; CRUZ, 2009).

Estão cadastrados trinta e sete programas de residência, sendo vinte e cinco residências médicas, nove de outras áreas da saúde, duas multiprofissionais e um programa pioneiro no país na área de economia e administração, totalizando 190 residentes em formação (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2009a).

O hospital conta com um Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos próprio, realiza eventos científicos, destacando-se a Semana Científica do Hospital Universitário, edita em meio eletrônico e impresso uma revista científica indexada em diversas bases de dados

(HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2009a) e, recentemente, iniciou a primeira turma do Curso de Especialização em Planejamento e Gerenciamento em Saúde com corpo docente formado por professores da Universidade Federal de Juiz de Fora e do próprio Hospital Universitário (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2011).

Além disto, integra a Rede Universitária de Telemedicina, uma iniciativa do Ministério da Ciência e Tecnologia com apoio da Associação Brasileira dos Hospitais Universitários e de Ensino e da Financiadora de Estudos e Projetos coordenada pela Rede Nacional de Ensino e Pesquisa com objetivo de conectar todos os hospitais universitários do Brasil para promover o compartilhamento de conhecimentos e experiências (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2009a).

Entretanto, a programação da rede não tem ampla divulgação. Este fato, aliado à sobrecarga de trabalho que inviabiliza a saída do trabalhador do seu posto de trabalho e à ausência da cultura de participação em eventos pelos trabalhadores, tem feito com que este importante recurso seja subutilizado.

4.1.3.2 Processos estratégicos e de apoio

Enquanto o setor de finanças disponibiliza informações econômico-financeiras que permitem o controle financeiro externo e interno, o setor de suprimentos é responsável por receber e gerenciar as requisições de compras do hospital. A confecção e análise dos contratos, bem como a elaboração dos termos de referência são de responsabilidade do setor de contratos (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2009a).

As compras são realizadas pelo setor de compras obedecendo à lei n. 8.666 (BRASIL, 1993) e decretos complementares, através de Pregão eletrônico – Sistema de Registro de Preços, sendo possível a realização de compras emergenciais, respeitado o teto para esta modalidade (SOUZA; CRUZ, 2009). O material adquirido é gerenciado pelo almoxarifado, enquanto os medicamentos são gerenciados pela farmácia, sendo estes serviços os responsáveis pela dispensação destes itens para os setores. Além da demanda ambulatorial e de internação, a farmácia realiza a dispensação de medicamentos e atenção farmacêutica para programas específicos (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2009a).

O hospital faz parte da Rede Sentinela da Agência Nacional de Vigilância Sanitária que subsidia a regularização de produtos de saúde pós comercialização através da notificação

de eventos adversos e queixas técnicas de produtos de saúde (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2006). Além do sistema de notificações, o projeto propõe a capacitação dos profissionais que atuam nos hospitais da rede através de estratégias como as videoconferências do programa Sentinelas em Ação que transmite palestras de temas relacionados com a vigilância em saúde (SOUZA; CRUZ, 2009).

A alimentação dos usuários, acompanhantes e trabalhadores do hospital fica a cargo do Serviço de Nutrição e Dietética. O serviço presta ainda assistência nutricional aos pacientes em nutrição enteral e parenteral, através da Equipe multidisciplinar de Terapia Nutricional Enteral e Parenteral (SOUZA; CRUZ, 2009).

O processo de lavagem das roupas hospitalares é realizado por empresa terceirizada. O controle das roupas enviadas e recebidas para a empresa terceirizada é feito por meio de pesagem (SOUZA; CRUZ, 2009). Este sistema tem se mostrado ineficiente e o hospital tem frequentemente despendido recursos na aquisição de enxoval em função de extravios.

O recebimento, a lavagem, o preparo, a esterilização, a estocagem e a distribuição dos materiais estéreis são realizados pela central de material esterilizado do próprio hospital que atende às duas unidades. A esterilização por óxido de etileno dos materiais que necessitam deste tipo de processo é realizada por empresa terceirizada (SOUZA; CRUZ, 2009).

A compilação da produção dos procedimentos/atendimentos realizados no hospital é realizada pelo setor de faturamento e os prontuários são arquivados no serviço de arquivo médico e estatística (SOUZA; CRUZ, 2009). Embora no serviço os prontuários sejam adequadamente tratados, aqueles que não cabem no espaço físico destinado a este fim são depositados em uma sala comercial alugada pelo hospital, sem organização ou controle que permitam seu rastreamento. Além disto, o serviço optou por manter sua estrutura na unidade Santa Catarina, subutilizando o sistema de arquivos deslizantes da Unidade Dom Bosco.

A unidade ambulatorial já dispõe de um prontuário eletrônico, que pode ser acessado pelo médico no consultório no momento da consulta (SOUZA; CRUZ, 2009). Entretanto, a experiência de utilização do prontuário eletrônico na unidade vem se configurando mais como um problema do que como um avanço, uma vez que foi suprimido o prontuário de papel na Unidade Dom Bosco, mas somente os profissionais que fazem atendimentos nos consultórios tem conseguido realizar registros no prontuário eletrônico, ficando os demais profissionais sem registrar, seja por falta de hábito, seja pelo treinamento ter contemplado somente o corpo clínico, seja por falta de recursos. Além disto, a Unidade Santa Catarina permanece somente com o prontuário em papel, o que ocasiona déficits na comunicação entre os profissionais, interfere na continuidade da assistência e expõe os profissionais às implicações legais.

O gerenciamento de softwares e hardwares da instituição fica a cargo do setor de tecnologia da informação (SOUZA; CRUZ, 2009) e está em fase de implantação o Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU). Trata-se de um projeto iniciado em 2009 a partir de um acordo entre o Ministério da Educação e o Hospital das Clínicas de Porto Alegre para desenvolvimento de um software de gestão hospitalar padronizado, cuja implantação dos primeiros módulos se deu em 2010 e progressivamente novos módulos estão sendo desenvolvidos e outros hospitais estão começando a utilizar o aplicativo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2012).

A manutenção predial preventiva, preditiva e corretiva é atribuição do serviço de manutenção predial (SOUZA; CRUZ, 2009). Entretanto, observa-se que este é um serviço que opera sem práticas gerenciais adequadas, com processos ineficientes e desarticulados, sofrendo constantes faltas de material e pessoal, comprometendo a atuação dos outros serviços. Atualmente não dispõe de uma clara escala de trabalho, processo definido, sistema de ordens de serviço eficiente e controlável, definição de critérios de atendimento por criticidade, manutenções preditivas e preventivas, entre outros requisitos desejáveis.

A qualidade da água é monitorada pela rede de abastecimento do município. A limpeza da caixa d'água e análise físico-químico e microbiológica da água é realizada periodicamente por uma empresa contratada que emite o laudo para o hospital. A água utilizada pelo serviço de hemodiálise é especialmente controlada (SOUZA; CRUZ, 2009).

O serviço de engenharia clínica é responsável pela manutenção e incorporação de novas tecnologias (SOUZA; CRUZ, 2009). Entretanto, observa-se que, embora o serviço venha enredando esforços para implementação de uma manutenção preditiva e preventiva, o faz de forma não sistemática e atua majoritariamente de maneira corretiva.

O serviço de limpeza é realizado por uma empresa terceirizada e o hospital conta com uma Comissão do Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2009a). Entretanto, a instituição não dispõe ainda de um Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde. Embora a necessidade de cumprimento das legislações que dispõem sobre a minimização do impacto ambiental seja inquestionável na instituição, o que observa-se é que não são destinados recursos para a implementação efetiva do plano, uma vez que esta necessidade é sempre postergada pelas demandas mais urgentes.

Ações de qualidade, conforto e segurança para todos os usuários da instituição cabem ao Serviço de Hotelaria e as ações de humanização da assistência e do trabalho cabem ao Serviço de Humanização (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2009a). A

pesquisa de satisfação do usuário realizada pela Humanização é feita através de instrumentos e métodos de coleta que não são estatisticamente confiáveis e, por iniciativa do próprio serviço, a função de condução desta pesquisa foi repassada à Gestão da Qualidade. A pesquisa das necessidades dos trabalhadores não ocorre efetivamente. Foi realizada a pesquisa de clima organizacional no ano de 2009 por iniciativa da Residência em Economia e Administração, mas esta também não teve uma continuação sistematizada.

O Serviço de Ouvidoria é um canal para sugestões, críticas e reclamações que pode ser acessado presencialmente, pela internet ou por email, contribuindo para a melhoria do hospital na medida em que repassa dados, opiniões de clientes e indicadores do atendimento (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2009a). Entretanto, a pesquisa de satisfação do usuário realizada na unidade ambulatorial em dezembro de 2011 revelou que 85,9% dos usuários não conhecem o serviço, 8,7% só ouviram falar, 2,7% conhecem mais ou menos e 2,7% conhecem bem, demonstrando a necessidade de uma divulgação mais ampla do serviço (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 2012c).

A escuta ao usuário é realizada também através dos projetos Ouvindo para Ajudar e Posso Ajudar que buscam, respectivamente, ouvir as necessidades dos pacientes e encaminhá-las ao Serviço de Hotelaria para providências e orientar os pacientes e familiares sobre o funcionamento do hospital e os canais de comunicação. Os dois projetos são realizados por bolsistas discentes dos cursos da saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2009a).

A Gestão da Qualidade é encarregada de perseguir uma assistência segura e humanizada aliada à qualidade de vida dos trabalhadores, segurança para o meio ambiente e bom desempenho da instituição através de estratégias de melhoria dos processos, inicialmente voltados para aplicação do método 5S, mas com vistas à Acreditação Hospitalar (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2009a).

A segurança pessoal e a vigilância patrimonial é realizada por uma empresa contratada pela Universidade Federal de Juiz de Fora (SOUZA; CRUZ, 2009) e a assessoria de comunicação é a responsável pela gestão das informações institucionais (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2009a).

Para garantir a competência organizacional a instituição se vale ainda de comissões formadas por trabalhadores do hospital como a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão de Óbitos, Comissão de Prontuários, Comissão de Eventos Adversos, Comissão de Farmácia e Terapêutica, Comissão de Nutrição Enteral e Parenteral, Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e tecidos para Transplantes e Comissão Interna de Prevenção

de Acidentes (SOUZA; CRUZ, 2009). Além destas, observa-se os trabalhos da Comissão de Eventos, Comissão do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde, Núcleo de Gestão da Qualidade, Núcleo de Humanização e Comissão de Gerenciamento de Riscos.

4.1.4 Fontes dos recursos financeiros e mecanismos de controle

Os recursos financeiros da instituição são oriundos do Ministério da Educação para pagamento de pessoal do Regime Jurídico Único, bolsas de residência médica e plano de apoio aos hospitais de ensino; Ministério da Saúde via convênio municipal para pagamento dos procedimentos contratualizados; Secretaria Estadual de saúde para pagamento dos atendimentos dos programas contratualizados e do cumprimento das metas do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais de Minas Gerais e Agência Nacional de Vigilância Sanitária para manutenção do Hospital Sentinela (SOUZA; CRUZ, 2009).

Além disto, observa-se que o hospital obtém recursos de sua Fundação de Apoio principalmente para pagamento dos trabalhadores contratados pela Consolidação das Leis do Trabalho, pois o Ministério da Educação arca com o custo da folha de pagamento do pessoal do Regime Jurídico Único, mas cabe ao hospital o pagamento dos trabalhadores que se viu compelido a contratar para garantir a prestação dos serviços e que atualmente representam quase metade da força de trabalho da instituição, o que onera substancialmente o hospital.

Em relação à contratualização, Souza e Cruz (2009) afirmam que, em função da defasagem dos valores da tabela do Sistema único de Saúde, o valor recebido por procedimento é insuficiente para a manutenção da unidade. Além disto, o que se observa é que são realizados mais procedimentos do que estão contratualizados, em função, em parte, das atividades de ensino e pesquisa da instituição, em parte de fragilidades da própria contratualização que prevê um percentual maior de novas consultas e menor de retornos, sem considerar que os usuários necessitarão retornar ao serviço para acompanhamento.

Também é preciso considerar que a produção assistencial de diversas instituições vem ultrapassando as metas físicas e os limites financeiros da pactuação porque a assunção de metas por parte de gestores municipais que não tinham capacidade real de oferta resultaram em parâmetros de cobertura assistenciais irrealistas que gerou a falta de referência para procedimentos de média complexidade ambulatorial, falta de investimentos em municípios

particularmente nas sedes de referência ambulatorial/hospitalar, dentre outros (PREFEITURA DE JUIZ DE FORA, 2010).

Mudanças na contratualização estão sendo propostas pelo Hospital Universitário a fim de minimizar a discrepância que há entre o volume de atendimentos pactuados e os efetivamente realizados. Em dezembro de 2008 foi realizado um aditivo à esta primeira contratualização e em 2010 foram retomadas as negociações para atualização do plano.

Desta maneira, observa-se que o Hospital Universitário sozinho, não gera receitas capazes de garantir sua sustentabilidade e tem contado com o auxílio da Fundação de Apoio ao Hospital Universitário, recursos emergencialmente disponibilizados pela Universidade Federal de Juiz de Fora, recursos extras disponibilizados pelo Ministério da Educação e recursos oriundos de programas e projetos para grupos específicos.

De acordo com Souza e Cruz (2009) como mecanismos de controle externos aos quais o hospital está submetido pode-se destacar a central de vagas, que realiza a regulação das internações; o controle e avaliação externa da Diretoria Municipal de Saúde, onde os laudos para emissão de autorização de internação hospitalar (AIH) são analisados; a Vigilância Sanitária, que realiza inspeções periódicas para verificar se as legislações sanitárias tem sido respeitadas; o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde do Ministério da Saúde, Supervisão e Auditoria Externa do Sistema Único de Saúde, onde os laudos suplementares de permanência maior, nova autorização de internação hospitalar, mudança de procedimentos, medicamentos especiais, órteses e próteses, entre outros, são analisados no setor de faturamento do hospital.

Além destes mecanismos de controle de rotina, o hospital está sujeito às visitas fiscalizadoras do Ministério da Educação e do Tribunal de Contas da União, entre outros órgãos governamentais.

Mecanismos internos de controle incluem as atividades das comissões regulatórias como Análises de Óbitos e Biópsias; Intra-hospitalar de transplante; Auditoria Transfusional; Material Médico Hospitalar; Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; Documentação Médica e Estatística; Residências; Ética Médica; Revisão de Prontuários; Farmácia e Terapêutica; Apropriação de Custos; Hospitalar de Transfusão Sangüínea; Supervisão Hospitalar; Núcleo Epidemiológico; Ética de Enfermagem (SOUZA; CRUZ, 2009).

Além destes, a Gestão da Qualidade e Comissão de Gerenciamento de Riscos vem implementando mecanismos de controle que incluem um programa de auditorias internas e sistemas de notificação de não conformidades e eventos adversos.

No momento, diversos atores sociais envolvidos com os Hospitais Universitários brasileiros se mobilizam e discutem a chegada da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. A direção do hospital afirma que o Ministério da Educação vem limitando recursos para os hospitais universitários enquanto não for feita a adesão à empresa e já se tem percebido a falta de materiais e medicamentos na instituição. Além disto, a mídia vem veiculando notícias denunciando o mau funcionamento dos hospitais universitários federais e apontando a empresa como estratégia para melhoria da qualidade dos mesmos.

Neste clima de discussões, alguns destes atores sociais apregoam que a chegada da empresa é inevitável, enquanto outros acreditam que o discurso da chegada inevitável da empresa é estratégico e objetiva, na verdade, obter a resignação de todos. Enquanto alguns acreditam que a empresa trará mais agilidade e eficiência para os hospitais, vindo com otimismo sua chegada, outros defendem que a empresa apresenta inconsistências e inconstitucionalidades que colocam em risco direitos constitucionais, princípios do Sistema Único de Saúde, autonomia universitária e conquistas trabalhistas. Uma das mobilizações contrárias à proposta é o movimento grevista dos trabalhadores técnico-administrativos em educação deflagrada em 11 de junho de 2012. Discussões a parte, o que se observa na prática é que a empresa já vem se mostrando presente no dia a dia das decisões institucionais.

4.2 A Gestão da Qualidade no Hospital Universitário de Juiz de Fora

4.2.1 Caminhos percorridos

Em atendimento à sexta diretriz do plano diretor vigente nos anos 2008 e 2009 que tratava da garantia da quantidade e qualidade da assistência, foi iniciado em 2008 um estudo por alguns integrantes do Grupo Gestor a respeito dos programas de qualidade adotados por hospitais da região (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2011a). Para nortear o início da sua caminhada em ações sistematizadas para a melhoria contínua da qualidade, o Hospital Universitário optou pela contratação de uma empresa de consultoria nessa área. A empresa fornece treinamentos técnico-motivacionais, estimula as discussões visando à qualidade na instituição e realiza auditorias com base no método 5S (SOUZA; CRUZ, 2009), método elaborado no Japão após a segunda guerra mundial que propõe a aplicação de cinco

princípios iniciados com a letra S em japonês e que em português foram traduzidos como sentidos de utilidade, organização, limpeza, saúde e autodisciplina (COSTA; GRECO, 2011).

A empresa realiza pré-auditorias, em que avalia os setores por amostragem, auditorias programadas e auditorias sem aviso e emite relatórios com as não conformidades pontuais para os setores avaliados e relatórios de não conformidades que requerem ações sistêmicas para a alta direção (MFC CONSULTORIA, 2010).

A empresa trabalha com dois níveis de avaliação. O nível 1 avalia a aplicação dos conceitos do método 5S, enquanto o nível 2 avalia a visão de futuro focalizada na estratégia, qualidade e responsabilidade social com a base estrutural nos conceitos do método 5S (MFC CONSULTORIA, 2010).

A partir de critérios próprios, a empresa de consultoria avalia e pontua as empresas contratantes. No nível 1, a empresa pontua o cumprimento da data agendada para a auditoria, a participação estratégica em que é considerada a porcentagem de participação dos trabalhadores nos treinamentos, a porcentagem de solução de não conformidades em relação à quantidade de trabalhadores da instituição, o comportamento e visão estratégica na pré-auditoria, a aplicação dos conceitos do método 5S na pré-auditoria, auditoria sem aviso e auditoria programada, a porcentagem de solução de não conformidades dos setores e do plano de ação, com perda de pontos quando as não conformidades são relançadas para a auditoria seguinte por não terem sido solucionadas (MFC CONSULTORIA, 2010).

A empresa oferece ainda bonificações em pontos quando constata a solução de todas as não conformidades apontadas no último relatório setorial, bem como no relatório da alta direção. Também fornece bonificações quando não encontra não conformidades na pré-auditoria, na auditoria sem aviso ou na auditoria programada, além de oferecer outros bônus quando a alta direção participa dos treinamentos (MFC CONSULTORIA, 2010).

Após o ciclo de treinamentos e auditorias a empresa realiza uma grande festa de premiação de todas as empresas participantes. As empresas não concorrem entre si, ou seja, alcançando a pontuação mínima podem ser contempladas com o troféu Top Quality nas categorias Bronze, Prata ou Ouro, caso concorram ao Nível 1 e atendam no mínimo a 63,15%, 74,65% e 87,72% das exigências do programa, respectivamente, ou com o Troféu Top Quality nas categorias Top Excelência, Top Diamante, Top Rubi, Top Rubi Special e Quality Master, caso concorram ao nível 2 e atendam a no mínimo 95%, 96%, 97%, 98% e 99% das exigências do programa (MFC CONSULTORIA, 2010).

Inicialmente a atuação da empresa deu-se por meio de um projeto-piloto em três setores da Unidade Ambulatorial: Centro cirúrgico, Endoscopia e Hospital Dia, que concorriam ao Nível 1.

Neste momento o trabalho era conduzido pela própria empresa contratada, com o apoio de um grupo que a empresa convencionou chamar “equipe interfixa”, composta por representantes dos setores envolvidos e coordenada pelo “representante da direção” que era o membro da equipe incumbido de intermediar as relações entre a empresa, a direção e os trabalhadores e não dispunha ainda de um estrutura para suas atividades.

Foi realizado um ciclo intensivo de treinamentos e auditorias nos dois primeiros meses de 2008, para que estes setores pudessem participar na premiação de março, referente aos trabalhos do ano de 2007. Neste primeiro ciclo de atividades os setores participantes foram premiados na categoria bronze. Esta primeira fase de implantação do programa foi custeada por verba destinada ao Hospital Sentinela que tinha a qualidade como meta de investimento para aquele ano (SOUZA; CRUZ, 2009).

Após a premiação, deu-se continuidade ao trabalho da empresa nesses mesmos setores. Entretanto, tratou-se de um período conturbado e desestimulante, pois em função de exigências do Ministério Público todos os trabalhadores com recebimento de honorários pró-labore, ou seja, que recebiam pelos dias trabalhados sem, contudo, ter direitos trabalhistas como férias, 13º salário e licença para tratamento de saúde, deveriam passar por seleção pública para contratação pela Consolidação das Leis do Trabalho e somente permaneceriam na instituição aqueles que fossem aprovados.

Estes trabalhadores correspondiam a quase metade dos recursos humanos do hospital e, muitos deles sem estudar há algum tempo, temiam que não fossem aprovados e tivessem que sair do hospital sem nenhuma garantia trabalhista. Cabe ressaltar que neste regime havia trabalhadores que dedicavam-se ao hospital havia mais de dez anos. Preocupados com o futuro e sentindo-se injustiçados, os trabalhadores não contribuíram neste período com o método 5S. Em outubro foi realizada a seleção pública e, de fato, a imensa maioria não foi aprovada no concurso, inclusive o responsável da direção na condução do programa.

Às vésperas da auditoria final do ciclo e com o desafio de treinar por conta própria os novos trabalhadores, um novo profissional foi convidado a coordenar as atividades da qualidade, apoiado pelo responsável técnico de enfermagem e pelos residentes de enfermagem. Após intenso trabalho de sensibilização, capacitação e organização, os setores foram contemplados no ciclo referente ao ano de 2008 com o prêmio na categoria ouro.

Em clima de euforia pela conquista inesperada e em função das melhorias apresentadas pelos setores do projeto-piloto, no ano seguinte o projeto foi expandido para todos os demais setores da instituição para participação no ciclo de atividades do ano de 2009 (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2011a).

Souza e Cruz (2009) refletem que, embora o programa tenha características basicamente operacionais, ele trouxe inovação na forma de condução dos processos de trabalho em que foi inicialmente implantado.

Por meio da portaria nº 022/2009 de 26 de junho de 2009 foi instituído o Núcleo de Gestão da Qualidade (NGQ) e nomeados seus membros. Este grupo é formado por uma equipe multidisciplinar que se reúne periodicamente para discussão do andamento das ações propostas e para traçar novas estratégias para a melhoria contínua (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2011a) e inclui representantes do Serviço de Gestão da Qualidade, Enfermagem, Suprimentos, Corpo clínico, Farmácia, Higiene e Limpeza, Arquitetura, Manutenção, Engenharia Clínica, Segurança do Trabalho, Hotelaria, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e Residência de Economia e Administração (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2009c).

Nesse mesmo ano o Programa de Melhoria e Fortalecimento da Qualidade dos Hospitais do Sistema Único de Saúde propôs-se a subsidiar o processo de Acreditação em 35 hospitais públicos de Minas Gerais, entre eles o Hospital Universitário de Juiz de Fora, vindo ao encontro das expectativas do nascente Núcleo de Gestão da Qualidade (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2011a).

Isto porque no ano anterior a Secretaria Estadual de Saúde, com o objetivo de avaliar o desempenho dos hospitais integrantes do Programa de Melhoria e Fortalecimento da Qualidade dos Hospitais do Sistema Único de Saúde, lançou um conjunto de medidas através do Plano de Gestão da Qualidade em Saúde que incluíam o Prêmio Célio de Castro, lançado pela Resolução SES-MG nº 1505/2008 (MINAS GERAIS, 2008) que avaliou as melhores práticas de gestão e premiou financeiramente os hospitais que se destacaram e levou a Secretaria Estadual de saúde a estabelecer a meta de viabilizar até 2010 a realização de oitenta diagnósticos organizacionais, sendo, por ordem de classificação na avaliação do Prêmio Célio de Castro, dez em 2008, trinta e cinco em 2009 e o restante em 2010 (RIBEIRO, 2011).

Sendo assim, foi realizado em setembro de 2009 um diagnóstico na instituição por uma empresa credenciada à Organização Nacional de Acreditação (ONA), a qual emitiu um relatório com a finalidade de nortear a busca pela adequação da Instituição aos padrões

mínimos de segurança exigidos pelo Sistema Brasileiro de Acreditação (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2011a).

O diagnóstico foi realizado em todos os setores do hospital em uma visita de dois dias realizada por quatro auditores do Instituto Qualisa de Gestão, acompanhados por trabalhadores do hospital e residentes de enfermagem e de economia e administração. O diagnóstico emitido revelou que apenas 5 dos 43 serviços avaliados evidenciavam política de gerenciamento de riscos, o que representa cerca de 12% do universo avaliado (INSTITUTO QUALISA DE GESTÃO, 2009).

O relatório apontou como pontos fortes a estrutura física do novo ambulatório de cardiologia, a estrutura física do setor de Fisioterapia, o Projeto Auto-cuidado, o Grupo de Humanização e o Programa de Residência Multiprofissional. Em contrapartida, apontou como pontos fracos a ausência de uma política de gerenciamento de riscos que contemplasse ações preventivas e corretivas, ausência de programa de manutenção preventiva e calibração de equipamentos, ausência de planejamento multiprofissional da assistência baseado em risco e gravidade, ausência de Plano de Aplicação Medicamentosa, ausência de metodologia segura para a guarda e movimentação de prontuário e ausência de atuação efetiva da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (INSTITUTO QUALISA DE GESTÃO, 2009).

No mês seguinte, foi estabelecida uma parceria com as Faculdades de Enfermagem e de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora através do Projeto de Extensão “Qualidade de Vida: desafios e possibilidades”, cujo acadêmico bolsista desenvolve atividades de consultoria, apoio, capacitação e auditorias nos setores, apoio às ações que estiverem sendo desenvolvidas pela Gestão da Qualidade no momento, além da elaboração de trabalhos acadêmicos na área (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2011a).

Ao final do ciclo de treinamentos e auditorias do ano de 2009, os setores-piloto foram contemplados com o prêmio na categoria prata e os demais setores do hospital com o prêmio na categoria bronze.

Entretanto, a atuação da empresa com metodologia demasiadamente genérica, sem foco na atenção hospitalar, com critérios de avaliação pouco claros, habituada a prestar serviços em entidades privadas com critérios de pontuação que não consideravam as peculiaridades do serviço público, além de uma abordagem muito incisiva sobre alguns trabalhadores mais resistentes, acabou desagradando a muitos trabalhadores e gerando descrédito e desestímulo ao programa.

Com a experiência adquirida durante a permanência da empresa de consultoria e com o conhecimento adquirido com capacitações e visitas técnicas a outras instituições de saúde, o

Núcleo de Gestão da Qualidade optou por não renovar a contratação da empresa de consultoria do programa 5S, poupando recursos para investimentos dentro da própria instituição (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2011a). Neste momento a filosofia do 5S já estava disseminada na instituição e os princípios sendo praticados, sendo necessário somente trabalhar sua completa assimilação e inserção na cultura institucional.

Com a suspensão do contrato com a empresa de consultoria em 5S, o Núcleo de Gestão da Qualidade pretendia que fosse contratada uma empresa que, extrapolando a questão do método 5S, auxiliasse na organização dos processos do hospital e foi autorizado pela direção a elaborar o termo de referência para o processo de contratação.

Para reavivar a cultura da qualidade na instituição, enquanto o termo de referência era elaborado, foi realizado um concurso de frases entre os trabalhadores sendo escolhida a frase “HU: crescendo com qualidade para você” de autoria do Gerente de Hotelaria (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2011a).

Neste momento, foi instituído o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) (BRASIL, 2010a) que, entre outros pontos, estaria incentivando a melhoria dos processos de gestão e a busca da Acreditação Hospitalar. Supondo que o Ministério da Educação daria subsídios para que os hospitais universitários federais atendessem a estes objetivos, a Direção Geral optou pela suspensão do processo de contratação da empresa. Entretanto, o hospital não recebeu os subsídios esperados e, já suspenso o processo de licitação, não contratou a empresa.

Em julho de 2010, a coordenação do Núcleo de Gestão da Qualidade foi liberada de suas demais atividades para dedicação exclusiva às atividades do Núcleo. Os demais membros continuam desempenhando outras atividades na Instituição, participando das atividades da Qualidade em caráter consultivo (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2011a). Desta maneira dá-se início ao Serviço de Gestão da Qualidade que realiza suas atividades com o apoio do Núcleo de Gestão da Qualidade.

A partir de então, foi elaborado pela Gestão da Qualidade um programa institucional de melhoria contínua denominado “Qualidade Nota 100” baseado em metas e avaliações contemplando critérios do método 5S e práticas de segurança a partir do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar e do diagnóstico realizado pela Instituição Acreditadora (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2011a).

O Programa prevê o estabelecimento de metas para os setores que devem ser cumpridas com o apoio técnico da qualidade (capacitações e orientações) e são verificadas através de avaliações periódicas pontuadas, estimulando de maneira lúdica e através de uma

competição saudável a melhoria contínua da Instituição, rumo à excelência no atendimento público ao usuário sem perder de vista a valorização dos trabalhadores, responsabilidade sócio-ambiental e sustentabilidade do hospital (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2011a).

O lançamento do programa se deu no dia 02 de agosto de 2010, dia destinado à Qualidade durante os eventos de comemoração do aniversário do Hospital. Neste dia também foi lançada a logomarca do programa desenvolvida por um acadêmico estagiário do Serviço de Arquitetura e escolhido o mascote do programa “Qualidade Nota 100” entre os desenhos elaborados por uma estagiária da Assessoria de Comunicação, ambos por solicitação do Núcleo de Gestão da Qualidade (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2011a).

A primeira versão do programa propunha como estratégia inicial uma reunião com as lideranças setoriais para apresentação dos objetivos, metodologia e cronograma da proposta. Os gerentes deveriam definir com suas equipes os trabalhadores que atuariam como multiplicadores. O multiplicador teria como função coordenar e motivar a equipe no atendimento dos requisitos do programa (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2010a).

A seguir, foi realizado pela Gestão da Qualidade um diagnóstico inicial, não pontuado, com avaliação a partir de dois instrumentos. O primeiro, destinado a avaliação do método 5S era composto de 5 planilhas, uma para cada S, com 20 itens valendo 1 ponto cada, totalizando 100 pontos para os 5S's. O setor avaliado só receberia o ponto se atendessem ao requisito, diminuindo a subjetividade da avaliação. As planilhas foram previamente conhecidas pelos setores. O outro instrumento era uma planilha aberta para registro das não conformidades que não estivessem incluídas nestas questões. Estas não conformidades receberiam um prazo para tratamento e seria avaliada sua porcentagem de solução, sendo esta considerada como o fim da não conformidade ou o encaminhamento ao setor/serviço responsável, a partir da apresentação de evidências objetivas. Após processados, os documentos foram encaminhados aos setores para providências em forma de relatórios (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2010a).

Foram realizados treinamentos em horários que contemplavam a todos os trabalhadores com abordagem do tema “Método 5S e Práticas de Segurança (Acreditação Hospitalar)”, com disponibilização de material didático para os participantes. A participação não foi considerada obrigatória, mas ressaltou-se sempre a sua extrema importância para o

sucesso do programa (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2010a). Apesar disto, apenas cerca de 5% dos trabalhadores participaram do treinamento.

A seguir foram realizadas visitas de acompanhamento em todos os setores para solução das dúvidas em relação ao programa, à aplicação do método 5S ou ao relatório recebido (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2010a).

Propunha-se que as avaliações fossem feitas pela equipe do Núcleo de Gestão da Qualidade e pelos multiplicadores (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2010a). Entretanto, os demais membros do Núcleo não puderam participar em função das demandas do serviço e os multiplicadores que tinham sido definidos não puderam se afastar de suas atividades. Cabe esclarecer que a maioria dos setores não indicaram um multiplicador. Sendo assim, as avaliações foram feitas pela coordenação e pelas bolsistas da Gestão da Qualidade.

A primeira avaliação foi pontuada a partir dos dois instrumentos de avaliação e em seguida a Gestão da Qualidade encaminhou o relatório para as gerências. Inicialmente propunha-se uma reunião com as gerências após cada avaliação (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2010a), mas em função do pouco tempo que havia para término deste ciclo que estava se realizando em apenas quatro meses, optou-se pela realização de uma única reunião ao final.

Também propunha-se que a classificação fosse divulgada na instituição após cada avaliação (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2010a), mas também esta proposta ficou apenas para a divulgação do resultado no final do ciclo.

Em seguida aconteceu uma avaliação surpresa onde foi avaliada a observância dos requisitos da planilha de avaliação dos 5S's. A segunda avaliação se deu do mesmo modo que a primeira. Desta maneira, a soma dos dois documentos em cada avaliação e do documento de avaliação na auditoria surpresa representavam a pontuação de cada setor (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2010a).

Ao fazer a classificação dos setores a Gestão da Qualidade observou que não era justo pontuar igualmente setores com processos de trabalho com complexidades diferentes e criou as categorias Administrativo, Apoio e Assistência, que englobavam cada uma setores com processos de trabalho semelhantes.

O programa encerrou seu ciclo de atividades do ano de 2010 com sucesso com a premiação dos setores que se destacaram nas categorias Administrativo, Apoio e Assistência com um troféu de reconhecimento nos níveis Bronze, Prata e Ouro de acordo com o cumprimento de, no mínimo, 70%, 81% e 91% da proposta do programa, respectivamente. A

premiação ocorreu no dia 11 de dezembro de 2010, durante a festa de confraternização da Instituição (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2011a).

Cabe ressaltar que, diferentemente da empresa de consultoria que oferecia uma premiação única para a instituição por utilizar a média dos setores sem prestigiar os setores que se destacavam, o que desestimulava alguns trabalhadores, o programa ofereceu prêmios de acordo com a classificação setorial, promovendo uma competição saudável na instituição.

Além disto, a adoção de um programa institucional apresentou como vantagens em relação à contratação de uma empresa externa a possibilidade de investimento na própria instituição dos recursos que anteriormente eram pagos à empresa de consultoria; fidedignidade dos resultados uma vez que não tem a finalidade comercial de manutenção do mercado; metodologia de trabalho personalizada às características da instituição ao invés de uma metodologia única para instituições de diferentes segmentos econômicos; possibilidade de ajustes das inconsistências percebidas no programa externo e aprimoramento constante dentro da realidade institucional; e a valorização da imagem da instituição perante aos seus trabalhadores, à sociedade, ao meio acadêmico, e às outras instituições pelo desenvolvimento de um programa próprio (COSTA, *et al.*, 2011).

Por outro lado, a instituição passa a ter de arcar com a estrutura mínima de recursos humanos e materiais para a manutenção do programa que até então estavam a cargo da empresa de consultoria; alguns trabalhadores não reconhecem a autoridade do programa da própria instituição e, uma vez contratada, a empresa externa realiza as atividades pactuadas independente da conjuntura institucional, o que, dependendo da política adotada na instituição, pode não ocorrer com o programa próprio (COSTA, *et al.*, 2011).

Além das atividades no programa, a Gestão da Qualidade esteve presente na Comissão de acompanhamento das atividades do serviço de Imagem e Comissão de elaboração do código de ética e conduta para professores, funcionários, residentes e alunos que desenvolvem suas atividades na instituição; participou de capacitações em gestão da qualidade fornecidas, em sua maioria, pela Secretaria Estadual de Saúde como parte das ações do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais de Minas Gerais (PROHOSP); forneceu, por sua vez, diversas palestras técnico-motivacionais na instituição, na universidade e em outras instituições e participou de eventos na instituição e fora dela com apresentação de trabalhos acadêmicos (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2011a). No ano de 2011 a Gestão da Qualidade continuou o desenvolvimento de suas atividades e deu início à outras (Quadro 2).

Quadro 2 – Atividades desenvolvidas pela Gestão da Qualidade no ano de 2011

Aperfeiçoamento do “Programa Qualidade Nota 100”
Atualização do macroprocesso da instituição
Realização de oficina para mapeamento de processos e riscos e definição de indicadores dos setores finalísticos
Criação e implementação da Comissão de gerenciamento de riscos
Auxílio na implantação dos protocolos clínicos
Elaboração de projeto para o Programa de treinamento profissional para inserção de um acadêmico bolsista com atividades a serem desenvolvidas dentro das ações da Gestão da Qualidade
Distribuição e capacitação in loco para uso das lixeiras para segregação de papel
Elaboração de projeto para concorrer a recursos de órgão de fomento (FAPEMIG) cujo objetivo é “Possibilitar o desenvolvimento e discussão de um sistema de gestão da qualidade focado em práticas alinhadas ao gerenciamento dos ricos institucionais com vistas à Acreditação Hospitalar”
Participação com palestra técnico-motivacional no acolhimento aos residentes do Programa de residência multiprofissional organizado pela Comissão de residência multiprofissional (COREMU), aos estagiários e alunos de prática organizado pela Direção de Gestão de Pessoas, visitas técnicas de alunos da Universidade Federal de Juiz de Fora e eventos institucionais
Realização do ciclo de auditorias internas do “Programa Qualidade Nota 100”
Realização de oficina para elaboração da Carta de Serviços ao Cidadão
Realização de treinamento para implantação da pesquisa de satisfação do usuário
Elaboração do planejamento estratégico do setor
Realização de visitas técnicas em outras instituições de saúde
Realização de reuniões periódicas com o Núcleo de Gestão da Qualidade para avaliação das atividades em curso e planejamento de novas atividades
Realização de reuniões periódicas com a Comissão de Gerenciamento de Riscos para avaliação das atividades em curso e planejamento de novas atividades
Parceria com a gerência de tecnologia da informação para desenvolvimento de um software institucional de notificação de não conformidades
Desenvolvimento de um sistema de notificação de eventos adversos
Planejamento da implementação de <i>bundles</i> de segurança do paciente (time de resposta rápida, prevenindo pneumonia associada à ventilação mecânica, prevenindo infecções em catéter venoso central)
Reestruturação do serviço de manutenção e engenharia clínica
Estudo para estabelecimento de um processo seguro na dispensação de amostras grátis de medicamentos
Desenvolvimento de instrumentos de registro de conferência de segurança para a enfermagem
Acompanhamento e apoio às atividades da Comissão de gerenciamento de resíduos
Intervenções para otimização da qualidade dos registros, organização e arquivamento dos prontuários clínicos
Apoio à implementação da sistematização da assistência de enfermagem
Criação de um canal de informação sobre o Núcleo de Gestão da Qualidade no site
Desenvolvimento da carta de serviços ao cidadão
Aplicação do instrumento padrão de pesquisa de satisfação

Fonte: Hospital Universitário de Juiz de Fora (2011a, p.3).

Em consonância com o planejamento estratégico institucional em vigência cuja quinta diretriz trata da garantia da eficácia da gestão, para a qual uma das estratégias delimitadas foi

a adequação às agências reguladoras e normatizadoras, se insere o planejamento estratégico da Gestão da Qualidade, com a missão de perseguir a excelência nos processos estratégicos, de apoio e finalísticos do Hospital Universitário de Juiz de Fora, visão Auxiliar o HU/UFJF a ser reconhecido nacionalmente como Hospital Acreditado até 2014 e os valores foco no cidadão usuário do serviço; respeito aos trabalhadores da instituição; responsabilidade socioambiental; sustentabilidade da instituição; afirmação do sistema público de saúde como direito de cidadania e compromisso com a formação de recursos humanos (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2011b).

Foram estabelecidos como fatores críticos de sucesso a política institucional em consonância com diretrizes governamentais; metas em consonância com o Planejamento estratégico institucional; recursos materiais e humanos adequados para o exercício da gestão da qualidade; lideranças capacitada para a gestão da qualidade; recursos materiais adequados ao desenvolvimento dos processos; recursos humanos em número adequado no desenvolvimento dos processos e recursos humanos engajados na melhoria contínua (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2011b).

Foram reconhecidos como pontos fortes do serviço o apoio da Alta Direção da instituição; ações em consonância com o planejamento estratégico da instituição; legitimidade do Núcleo de Gestão da Qualidade; existência da coordenação de Gestão da Qualidade. Em contrapartida foram reconhecidos como pontos fracos a cultura organizacional desacostumada de práticas de gestão, lideranças setoriais com pouca capacitação para a gestão; setores operando de maneira desarticulada; alta rotatividade de recursos humanos; alta rotatividade e baixa experiência de alunos e residentes; ausência de infraestrutura adequada para a gestão da qualidade; déficit de recursos humanos no desenvolvimento das ações da gestão da qualidade (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2011b).

As oportunidades percebidas foram a Gestão da Qualidade como tendência no ramo da saúde; políticas governamentais; parceria com a universidade e atividades de ensino e pesquisa, enquanto configuraram-se como ameaças a escassez de recursos materiais e humanos; convivência de dois regimes trabalhistas e dependência da política governamental (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2011b).

Sendo o primeiro ciclo de atividades do programa Qualidade Nota 100 experimental com uma proposta de revisão permanente e melhoria contínua, algumas modificações foram feitas no ciclo 2011.

A participação nos treinamentos passou a ser obrigatória correspondendo a 3% dos pontos possíveis, sendo os outros 97% referentes às avaliações.

O instrumento fechado com critérios do método 5S mostrou-se insuficiente para dar conta de maneira justa de todos os setores da instituição e, por isto foi substituído por questões norteadoras, passando os avaliadores a contar com o relatório da última avaliação para verificação da solução das não conformidades e com estas questões norteadoras para formulação de novas não conformidades.

Em função da demanda que geram as auditorias somada à escassez de recursos humanos para sua realização frente a todas as outras demandas da Gestão da Qualidade, o serviço optou suprimir momentaneamente a avaliação surpresa. Também foi suprimida a figura do multiplicador, uma vez que a estratégia não teve o resultado que se esperava.

Na segunda auditoria do ciclo os membros do Núcleo de Gestão da Qualidade representantes dos serviços de enfermagem, farmácia, gestão de resíduos, higiene e limpeza, hotelaria e segurança do trabalho participaram das auditorias realizando avaliações com instrumentos que contemplavam critérios de suas áreas de atuação (OLIVEIRA, 2012).

Por entender que a Festa de Confraternização do hospital é um momento de descontração, a Gestão da Qualidade optou por fazer a premiação dos setores que se destacaram neste ciclo em um evento separado, no auditório da própria unidade, no dia 29 de maio de 2012. Outra inovação foram os prêmios deste ciclo. Ao invés de troféus, a Gestão da Qualidade emitiu certificados de Qualidade e, subsidiada pela Direção de Gestão de Pessoas, ofereceu aos setores prêmios selecionados por eles com o critério de que fossem escolhidos objetos que pudessem ser utilizados no ambiente laboral de modo a melhorar a qualidade de vida no trabalho (OLIVEIRA, 2012).

Neste evento a Gestão da Qualidade institucionalizou o Dia da Qualidade, programado para a segunda quinta feira do mês de novembro, quando é comemorado o Dia Mundial da Qualidade. Neste dia a Gestão da Qualidade pretende realizar a premiação do ciclo do ano em curso, além de promover eventos com palestras, debates e apresentação de trabalhos científicos em torno do tema (OLIVEIRA, 2012).

Além disto, apresentou as propostas de modificações no Programa Qualidade Nota 100 para este ciclo que incluem alterações nas categorias Administrativo, Apoio e Assistência que passam a considerar não mais o tipo de processo de trabalho realizado, mas a complexidade, tamanho e número de trabalhadores do setor e o atendimento ou não de pacientes no local. O programa agora também passa a contar com medalhas, uma estratégia que visa estimular a prática de alguns pontos deficitários no hospital, correspondendo a 20% da pontuação disponível divididos entre cinco medalhas: Desempenho Nota 100, para o setor que atingir pelo menos 70% das metas do Programa de Avaliação do Desempenho

(PROADES); Compromisso Com a Qualidade, para o setor que enviar pelo menos um representante em alguma capacitação da qualidade que for anunciada; Compromisso com o HU, para o setor que enviar pelo menos um representante para treinamento ou atividade de outro setor do hospital; Agilidade 100%, para o setor que encaminhar até a auditoria seguinte cem por cento das suas pendências; e Na Hora Certa, para o setor que encaminhar dentro do prazo algum documento solicitado (OLIVEIRA, 2012).

4.2.2 Explorando o ponto atual do caminho

Recentemente a Gestão da Qualidade recebeu uma sala para o desenvolvimento de suas atividades, foi criado oficialmente o Serviço de Gestão da Qualidade e nomeada a sua chefia (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2012b), e combinado com a Direção Administrativa a presença permanente de um residente de administração do segundo ano de residência junto ao serviço para apoiar suas atividades.

Além disto, conta com um acadêmico de administração, enfermagem ou psicologia bolsista do Programa de Treinamento Profissional que visa apoiar a Gestão da Qualidade no desenvolvimento do programa de melhoria contínua Qualidade Nota 100 e incrementar a produção científica institucional na área da qualidade e com um acadêmico de enfermagem bolsista do Projeto de Extensão “Qualidade de Vida: desafios e possibilidades”, uma parceria entre as Faculdades de Enfermagem e Medicina. Estes acadêmicos vem desenvolvendo atividades de apoio às ações da Gestão da Qualidade na instituição (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA, 2011a).

Conta ainda com dois acadêmicos de enfermagem para desenvolvimento do projeto “Registros de enfermagem em um Hospital Universitário”, uma parceria com professores da Disciplina de Administração em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem que objetiva a melhoria da qualidade dos registros de enfermagem na instituição por meio de capacitações nos setores com verificação da eficácia por meio de auditorias nos registros realizados nos prontuários após a intervenção.

Durante o ano de 2012 a Gestão da Qualidade tem como diretriz aperfeiçoar o Sistema de Gestão da Qualidade conforme o planejamento estratégico do serviço (Quadro 3).

Quadro 3 – Planejamento estratégico da Gestão da Qualidade

Diretriz	Estratégias	Medidas de ação
Aperfeiçoar o Sistema de Gestão da Qualidade	A- Otimizar os processos de trabalho institucionais	A1- Capacitar as lideranças setoriais na gestão; A2- Realizar palestra técnico-motivacional para os trabalhadores recém-contratados em parceria com a Direção de Gestão de Pessoas; A3- Estabelecer indicadores de desempenho e qualidade nos setores; A4- Prestar atividades de consultoria aos setores; A5- Padronizar, centralizar e controlar os documentos institucionais; A6- Criar um sistema virtual de gestão dos documentos institucionais.
	B- Conquistar o engajamento dos trabalhadores no programa	B1- Intensificar as sensibilizações sobre a necessidade do programa de qualidade; B2- Fornecer bonificações de acordo com o cumprimento das metas; B3- Oferecer premiações que captem o interesse do trabalhador em participar do programa.
	C- Otimizar a comunicação entre os setores	C1- Realizar o mapeamento e interação dos processos; C2- Desenvolver e implementar o sistema de notificação de não conformidades.
	D- Promover a segurança dos processos institucionais	D1- Realizar o mapeamento dos riscos junto aos setores; D2- Desenvolver/implementar o sistema de notificação de eventos adversos; D3- Desenvolver e implementar o “Programa de prevenção de acidentes com materiais perfuro-cortantes em serviços de saúde”; D4- Auxiliar os setores na elaboração de planos de contingência para situações de risco; D5- Garantir o funcionamento da Comissão de Gerenciamento de Riscos.
	E- Aprimorar o programa “Qualidade Nota 100”	E1- Agregar permanentemente à equipe de auditoria interna a atuação do serviço de enfermagem, farmácia, hotelaria, Programa de gerenciamento de resíduos de saúde, Serviço de controle de infecção hospitalar e Serviço de segurança do trabalho; E2- Desenvolver instrumentos de avaliação para cada setor conforme as legislações específicas; E3- Centralizar o acompanhamento de todas as auditorias externas; E4- Desenvolver o software do programa “Qualidade Nota 100”.
	F- Aumentar a eficácia do sistema de gestão da qualidade	F1- Elaborar o planejamento estratégico do serviço; F2- Intervir diretamente nos pontos críticos; F3- Monitorar os indicadores de desempenho e qualidade dos setores; F4- Elaborar o Manual da Qualidade; F5- Acompanhar o andamento das não conformidades.
	G- Implantar a avaliação da eficácia do sistema de gestão da qualidade	G1- Concluir a elaboração da carta de serviços ao usuário; G2- Empoderar a comunidade no exercício do controle social através de atividades de divulgação dos serviços em salas de espera. G3- Implementar a pesquisa de satisfação do usuário; G4- Acompanhar os indicadores setoriais; G5- Realizar reuniões de análise crítica.
	H- Promover a capacitação e atualização dos membros do Núcleo	H1- Buscar a participação em cursos e eventos da área; H2- Realizar visitas técnicas a outras instituições; H3- Promover grupos de estudo e pesquisa na área.
	I- Atuar em consonância com as atividades de ensino e pesquisa	I1- Desenvolver projetos acadêmicos em parceria com a UFJF e órgãos de fomento; I2- Garantir espaço para atividades de estagiários e residentes nas ações da Qualidade; I3- Realizar palestras para a comunidade acadêmica; I4- Incentivar a produção científica na área.
	J- Auxiliar a Alta Direção	J1- Atender às demandas da Alta Direção.
L- Promover o Núcleo de Gestão da Qualidade	L1- Ampliar o canal de informações sobre a Qualidade no site do HU; L2- Desenvolver atividades técnicas e acadêmicas que projetem o serviço fora da instituição.	

Fonte: Hospital Universitário de Juiz de Fora (2011b, p.3).

Entretanto, embora a implantação efetiva de um sistema de gestão da qualidade seja um item desejável na instituição e faça parte recorrentemente dos discursos da direção, o que observa-se na prática é que este sistema não é considerado prioridade frente às demandas emergenciais da instituição, à escassez de recursos e às questões políticas internas e externas de privilégios a alguns setores/indivíduos/ações e programas específicos.

Desta maneira, a política de compras é desvinculada dos diagnósticos da Gestão da Qualidade, atendendo por demanda, sem critérios e, por vezes, obedecendo aos imperativos políticos internos e externos e a Gestão da Qualidade, não tendo orçamento próprio, vê-se muitas vezes em descrédito no seu papel de intermediadora entre os serviços e o nível estratégico.

Além disto, estando os membros do Núcleo de Gestão da Qualidade comprometidos com suas demandas diárias, o Núcleo não atua executando as ações da Gestão da Qualidade, operando apenas em caráter consultivo e, mesmo assim, sem assimilar toda a essência do processo, uma vez que, durante as reuniões que são periódicas, não é possível discutir todos os problemas, embates, soluções e oportunidades do período. Isto gera enorme demanda para a execução das ações que é atribuída à coordenação do Núcleo que acumula a função de coordenação da Comissão de Gerenciamento de Riscos e, mais recentemente, para o residente de administração, que, por sua vez, acumula ainda a função de atender às demandas frequentes da Direção Administrativa. Estes são auxiliados por bolsistas que, entretanto, naturalmente não dispõem de conhecimentos e habilidades suficientes e atuam em carga horária semanal reduzida e permanecem por poucos meses na instituição, sem também conseguirem assimilar todo o processo do serviço, prestando-se mais às atividades pontuais e operacionais.

Neste sentido, Kern e Lima (2011) afirmam que, a despeito da clara definição da função do gestor da qualidade, muitas organizações não conseguiram alcançar ainda um nível de maturidade adequada para seu efetivo desempenho, sendo uma das principais dificuldades deste profissional a falta de autoridade em relação ao excesso de responsabilidades.

Além da falta de apoio efetivo do nível estratégico, a Gestão da Qualidade enfrenta problemas na condução de seus trabalhos junto ao nível tático e operacional. Muitas das chefias dos serviços tem dificuldade em relação à competência gerencial, e com um discurso de priorização da assistência justificam a impossibilidade de aprender e colocar em prática uma gestão eficaz e eficiente, o que muitas vezes culmina em uma arraigada cultura institucional de livrar-se do problema sem, contudo, se comprometer com a solução. Os trabalhadores, por sua vez, alegam não adotar as práticas recomendadas por diversos programas

institucionais, entre eles o da qualidade, por desconhecê-los, mas não participam das atividades de sensibilização, divulgação e capacitação realizada por estes programas e colocam-se resistentes ao programa por não compreender seu impacto na assistência e em suas condições de trabalho, muitas vezes acreditando que o programa restringe-se ao método 5S, talvez pelo foco excessivo neste método no início da história da qualidade na instituição.

Em relação à resistência à mudança, Hernandez e Caldas (2001) esclarecem que as organizações necessitam mudar em atendimento à crescente competitividade, às novas leis e regulamentações, às novas tecnologias e aos interesses dos clientes e atribuem a Kurt Lewin o início das discussões sobre a resistência à mudança.

Para Lewin (1947) as organizações são formadas por um conjunto de forças opostas, mas de mesma intensidade constituindo um sistema em equilíbrio e as mudanças ocorrem quando uma destas forças supera a outra em intensidade, sendo a resistência à mudança o resultado da mobilização de um indivíduo ou grupo para se opor às forças sociais que objetivam alterar o estado de equilíbrio.

Lewin (1947) esclarece ainda que, embora os indivíduos possam apresentar comportamentos diferentes dos do grupo, o grupo tende a exigir a uniformidade no comportamento dos indivíduos que o compõe, sob o risco de o indivíduo ser ridicularizado ou excluído do grupo caso não se adeque ao padrão.

Hernandez e Caldas (2001) informam que desde as primeiras discussões de Lewin, diversos autores vem apontando a resistência à mudança com uma das maiores barreiras aos processos de transformação nas organizações e enfatizam que as mudanças malsucedidas geram perda de tempo, energia, dinheiro, desmotivação dos trabalhadores, dentre outros problemas.

Os autores prosseguem esclarecendo que, reconhecido o problema, diversos estudiosos vem discutindo sua possível solução e propondo uma série de estratégias genéricas para lidar com a resistência, sem, contudo, obter sucesso expressivo em superá-la. Para eles, isto vem ocorrendo porque estes estudiosos tem se baseado em teorias elaboradas na década de 40 e foram pouco testadas desde então e em alguns pressupostos que deveriam ser revistos com cautela.

Os autores defendem que, na realidade, não se conhece tanto quanto se pensa conhecer sobre a resistência às mudanças. Como proposta para reflexão, estabelecem contrapressupostos aos principais pressupostos que sustentam as teorias atuais e, baseados nestes pressupostos e na Psicologia da Percepção, apresentam um modelo denominado Modelo de Resistência Individual à Mudança que utiliza o indivíduo com unidade de análise e

propõe a abordagem individual em vez da abordagem em massa, considerando quem poderia resistir à mudança e por quais motivos.

4.3 Análise dos questionários

4.3.1 Conhecendo os caminhantes: caracterização dos sujeitos da pesquisa

No bloco de questões sobre dados pessoais, os sujeitos foram convidados a responder perguntas relacionadas à data de nascimento, gênero, escolaridade, ano em que se formaram na última escolaridade, número de empregos no momento, se atualmente estudam, função que exercem na instituição, ano em que começaram a trabalhar na instituição, área que atuam, turno de trabalho e tipo de vínculo empregatício (APÊNDICE A). A tabela 1 apresenta a caracterização dos sujeitos da pesquisa em relação à faixa etária e gênero:

Tabela 1 - Caracterização dos sujeitos da pesquisa em relação à faixa etária e gênero – Juiz de Fora (MG) - 2012.

Característica	Frequência	Percentual Válido
<i>Faixa etária</i>		
24 a 29 anos	14	17,3%
30 a 39 anos	28	34,6%
40 a 49 anos	23	28,4%
50 a 60 anos	16	19,7%
Total	81	100,0%
<i>Gênero</i>		
Feminino	64	78%
Masculino	18	22%
Total	82	100,0%

Fonte: dados da pesquisa

A análise da questão sobre a data de nascimento revelou que a maior parte da amostra encontra-se nas faixas etárias medianas (63% do percentual válido).

Em relação ao gênero observa-se a predominância de mulheres e, embora Passos (1996) afirme que a enfermagem historicamente é uma profissão majoritariamente constituída por trabalhadoras do gênero feminino, Bohomol (2002) recorda que é desejável que a equipe de nível médio seja composta por um número equivalente de homens e mulheres, uma vez

que os pacientes demonstram preferência em serem atendidos por profissionais do seu mesmo gênero.

A tabela 2 apresenta a caracterização dos sujeitos da pesquisa em relação à maior escolaridade completa, anos de formado e estudo no momento:

Tabela 2 - Caracterização dos sujeitos da pesquisa em relação à maior escolaridade completa, anos de formado e estudo no momento - Juiz de Fora (MG) - 2012.

Característica	Frequência	Percentual Válido
<i>Maior escolaridade completa</i>		
Curso profissionalizante	45	54,9%
Graduação	7	8,5%
Especialização	25	30,5%
Mestrado	5	6,1%
Doutorado	0	0%
Pós doutorado	0	0%
Total	82	100,0%
<i>Anos de formado</i>		
Até 5 anos	34	46,5%
6 a 10 anos	19	26%
Mais de 11 anos	20	27,5%
Total	73	100,0%
<i>Estuda no momento</i>		
Sim	20	24,3%
Não	59	74,7%
Total	79	100,0%

Fonte: dados da pesquisa

Em relação à maior escolaridade completa, o resultado de 45,1% de sujeitos com graduação, especialização ou mestrado em uma amostra composta por 80,5% de profissionais que atuam em funções de nível médio demonstra que muitos destes profissionais tem continuado seus estudos. Na cidade de Juiz de Fora este fato adquiriu maior amplitude nos últimos anos quando ocorreu a abertura de diversas entidades privadas de graduação em enfermagem, viabilizando o estudo de um segmento da população que não conseguia aprovação na universidade pública ou que não poderia ingressar nesta universidade em função de o curso ser diurno e eles necessitarem trabalhar. Além disto, nota-se um expressivo percentual de profissionais com pós-graduação (36,6%), revelando a qualificação da equipe da instituição. Contribui para este resultado a possibilidade que os técnico-administrativos em educação tem de frequentarem gratuitamente os cursos de especialização da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Além disto, o resultado revela que um percentual expressivo dos trabalhadores de enfermagem da instituição concluíram sua última formação há menos de 5 anos. Por outro lado, a maior dos respondentes informou que não está estudando no momento.

A tabela 3 apresenta a caracterização dos sujeitos em relação ao número de empregos, função, anos de trabalho na instituição, área de atuação, turno e tipo de vínculo empregatício:

Tabela 3 - Caracterização dos sujeitos da pesquisa em relação ao número de empregos, função, anos de trabalho na instituição, área de atuação, turno e tipo de vínculo empregatício - Juiz de Fora (MG) - 2012.

Característica	Frequência	Percentual Válido
<i>Número de empregos</i>		
1	56	68,3%
2	25	30,5%
3	1	1,2%
Total	82	100,0%
<i>Função</i>		
Auxiliar de enfermagem	11	13,4%
Técnico de enfermagem	55	67,1%
Enfermeiro	16	19,5%
Total	82	100,0%
<i>Anos de trabalho na instituição</i>		
Até 5 anos	35	45,4%
6 a 10 anos	23	29,9%
Mais de 11 anos	19	24,7%
Total	77	100,0%
<i>Área de atuação</i>		
Centro cirúrgico	12	14,7%
Consultas ambulatoriais	6	7,3%
Hemodiálise	7	8,6%
Internação cirúrgica	11	13,4%
Clínica médica	13	15,9%
Internação de curta permanência	2	2,4%
Internação pediátrica	10	12,2%
Serviços auxiliares de diagnóstico e terapia	2	2,4%
Serviços de apoio	11	13,4%
Transplante de medula óssea	1	1,2%
Unidade de tratamento intensivo	6	7,3%
Transporte de pacientes	1	1,2%
Total	82	100,0%
<i>Turno de trabalho</i>		
Diurno	59	72%
Noturno	23	28%
Total	82	100,0%
<i>Tipo de vínculo empregatício</i>		
Contrato temporário	37	45,1%
Efetivo	45	54,9%
Total	82	100,0%

Fonte: dados da pesquisa

Em relação ao número de empregos no momento, observa-se que o percentual de trabalhadores que possuem mais de um emprego (31,7%) assemelha-se aos achados de Ferreira *et al.* (2012) em um estudo que realizaram em três hospitais públicos do Rio de Janeiro em que 29,9% dos trabalhadores de enfermagem pesquisados afirmaram ter 2 ou mais empregos.

Em relação à função, a distribuição dos sujeitos segue a proporção estipulada no cálculo da amostra.

Observa-se que o resultado acompanha a tendência do Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais em que a maioria das inscrições ativas são de técnicos de enfermagem (53,30%), seguida pelas de enfermeiros (23,85%) e pelas de auxiliares de enfermagem (22,85%). Porém, nota-se na instituição uma proporção maior de técnicos e menor de auxiliares do que os parâmetros do Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. Este fato pode ser explicado pela seleção pública de 2008 que substituiu cerca de 40% dos recursos humanos e que privilegiou a contratação de técnicos de enfermagem em relação à contratação de auxiliares de enfermagem.

Quanto aos anos de trabalho na instituição, pode-se explicar que a concentração do ingresso entre 1 e 5 anos, seguida pelo ingresso entre 6 e 10 anos, se dá em função da grande seleção pública ocorrida em 2008 e da última admissão de servidores por concurso público ocorrida em 2006, ao passo que a aposentadoria dos profissionais com mais tempo de casa explicam o declínio do número de trabalhadores com mais de 11 anos de serviço na instituição.

Em relação à área de atuação, a distribuição aleatória garantiu a participação de sujeitos de todas as áreas.

A distribuição por turno de trabalho demonstra a opção da instituição em trabalhar com um número menor de profissionais no turno da noite em função dos cuidados de rotina, bem como a maior movimentação de alunos e professores dar-se no turno diurno, atribuindo maior demanda à equipe de enfermagem deste período.

A questão que avalia o tipo de vínculo empregatício revelou que o número dos profissionais de enfermagem contratados pela consolidação das leis do trabalho supera um pouco o padrão dos demais trabalhadores da instituição, cuja mão de obra é constituída por aproximadamente 60% de trabalhadores efetivos e 40% de trabalhadores contratados.

4.3.2 A opinião dos caminhantes sobre as veredas da qualidade no Hospital Universitário

Os resultados da questão Q12 que avaliava a percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre o seu contato com as ações propostas pelo programa de qualidade do hospital (APÊNDICE A) estão expressos na tabela abaixo:

Tabela 4 - Distribuição das respostas da percepção dos trabalhadores sobre seu contato com as ações propostas pelo programa de qualidade - Juiz de Fora (MG) - 2012.

Percepção	Frequência	Percentual Válido
Não tem contato	15	19,8%
Somente executam as orientações	59	77,6%
Participam do gerenciamento das ações	2	2,6%
Total	76	100,0%

Fonte: dados da pesquisa

Estes números demonstram que vários trabalhadores desconhecem a existência do programa ou desconhecem que o programa tenha ações que interferem no processo de trabalho de toda a instituição, revelando um número bastante expressivo para um programa com dois anos de funcionamento na organização. Isto mostra a necessidade da Gestão da Qualidade pensar ainda em outras estratégias de envolvimento dos trabalhadores.

Além disto, confrontando este resultado com os 19,5% dos enfermeiros que constituíram esta amostra e que são ocupantes de cargos de chefia imediata, observa-se que poucos expressaram sentir-se parte deste gerenciamento, a despeito de todas as ações para envolvimento dos trabalhadores com cargo de chefia no gerenciamento das ações da qualidade, revelando uma incapacidade dos profissionais de assimilarem seu papel no programa ou uma fragilidade do programa em expor as funções de cada trabalhador.

A análise fatorial das afirmações da questão Q13 que avaliava o quanto os trabalhadores concordavam com as afirmações propostas (APÊNDICE A) permitiu o agrupamento das variáveis em 6 fatores que podem ser descritos conforme o quadro abaixo (Quadro 4):

Quadro 4 – Descrição dos fatores encontrados na análise fatorial

Fator	Descrição	Cargas fatoriais	Variáveis que compõem o fator
Fator 1: Condições de trabalho	Avalia o quanto o trabalhador acredita que o programa de qualidade interfere em suas condições de desenvolvimento do trabalho	0,579	O meu empenho em atender às demandas do programa de qualidade é reconhecido pelo hospital
		0,837	O programa de qualidade contribui para que o hospital me dê orientações e recursos necessários à execução do meu trabalho
		0,524	As orientações da qualidade facilitam o meu trabalho
		0,571	A qualidade me dá segurança no desempenho das minhas tarefas
		0,663	A qualidade promove maior qualidade de vida no trabalho
		0,717	O programa de qualidade faz com que o hospital se preocupe com a minha saúde e o meu bem estar
		0,587	O programa de qualidade torna o meu trabalho motivante
Fator 2: Anuência	Averigua a concordância e aprovação do programa de qualidade pelo trabalhador	0,483	Com a qualidade posso me aproximar mais do cuidado ao paciente
		0,508	Conheço a trajetória da qualidade no hospital
		0,732	As orientações da qualidade são claras e fáceis de entender
		0,716	As orientações da qualidade são possíveis de serem seguidas
		0,605	Estou de acordo com a condução do programa de qualidade
		0,677	As exigências que o hospital me faz no programa de qualidade são adequadas em relação aos benefícios que me oferece
Fator 3: Pertencimento	Quantifica o sentimento de pertencimento do trabalhador em relação ao programa de qualidade	0,550	O hospital me oferece os recursos necessários para atender às demandas do programa de qualidade
		0,799	Me interesso pelos rumos da qualidade do hospital
		0,797	Sinto que faço realmente parte das conquistas deste hospital
		0,780	Me sinto responsável pela qualidade deste hospital
		0,628	Considero-me envolvido com o programa de qualidade
Fator 4: Tranquilidade no trabalho	Mensura quanta tranquilidade o trabalhador acredita dispor para desenvolver suas atividades	0,758	Considerando somente o nível de exigência do programa de qualidade, eu aconselharia um amigo a vir trabalhar neste hospital
		0,773	Executar as ações da qualidade não é um fator de desgaste
		0,538	As orientações da qualidade já fazem parte da minha rotina, faço naturalmente sem me sentir pressionado(a)
		0,512	A qualidade me estimula a pensar em soluções criativas
Fator 5: Relações interpessoais no trabalho	Verifica a percepção do trabalhador sobre a interferência da qualidade nas relações interpessoais no trabalho	0,854	O programa de qualidade promove uma melhor interação com os meus colegas de trabalho e chefia
Fator 6: Vida pessoal	Investiga a percepção do trabalhador sobre a interferência da qualidade em sua vida pessoal	0,893	Nos momentos de lazer e descanso sou capaz de me esquecer das demandas do programa de qualidade

Fonte: dados da pesquisa

A distribuição das respostas dos trabalhadores sobre sua opinião em relação a cada fator avaliado está apresentada na Tabela 5:

Tabela 5 - Distribuição de respostas dos trabalhadores sobre sua opinião em relação a cada fator avaliado - Juiz de Fora (MG) - 2012.

Fatores	Concorda totalmente		Concorda parcialmente		Não tem opinião a respeito		Discorda parcialmente		Discorda totalmente		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Fator 1: Condições de trabalho	17	23,6	23	32,0	15	20,8	9	12,5	8	11,1	72	100,0
Fator 2: Anuência	10	13,9	21	29,1	28	38,9	11	15,3	2	2,8	72	100,0
Fator 3: Pertencimento	5	6,9	18	25,0	22	30,6	7	9,7	20	27,8	72	100,0
Fator 4: Tranquilidade no trabalho	1	1,4	21	29,2	24	33,3	18	25,00	8	11,1	72	100,0
Fator 5: Relações interpessoais no trabalho	30	41,7	7	9,7	1	1,4	11	15,3	23	31,9	72	100,0
Fator 6: Vida pessoal	20	27,8	18	25,0	16	22,2	6	8,3	12	16,7	72	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Cabe notar que o programa estatístico ao realizar a análise fatorial excluiu os casos que não responderam a alguma das afirmações e, ao mesclá-las, considerou apenas 72 respostas válidas para todos os fatores. Sendo assim, toda a análise desta questão está baseada nestas respostas e as porcentagens em discussão estão considerando o percentual válido.

Pode-se observar em relação ao fator 1 que avalia o quanto o trabalhador acredita que o programa de qualidade interfere em suas condições de desenvolvimento do trabalho, que a maior parte dos respondentes (55,6%) concorda que o programa de qualidade interfere positivamente, embora um percentual expressivo (20,8%) tenha afirmado não ter opinião a respeito. Este foi o fator que mais concentrou opiniões positivas.

Diversos autores concordam que não é possível pensar a melhoria da qualidade dos serviços sem oferecer adequadas condições de produção destes serviços pelos trabalhadores. Rechziegel e Vanalle (1998), a partir do Modelo de Walton, apontam que estas condições incluem compensação justa e adequada (renda adequada e equidade interna e externa); condições de trabalho (jornada adequada e ambiente saudável); uso e desenvolvimento de capacidades (autonomia, significado e identidade da tarefa, variedade da habilidade e retroinformação); chances de crescimento e segurança (possibilidade de carreira, crescimento profissional e segurança de emprego); integração social na empresa (igualdade de oportunidades, relacionamento e senso comunitário); constitucionalismo (respeitos aos direitos trabalhistas, privacidade pessoal, liberdade de expressão, normas e rotinas); trabalho e

espaço total de vida (espaço balanceado de trabalho) e relevância social da vida no trabalho (imagem da empresa, responsabilidade social pelos serviços, produtos e empregados). Todas estas são questões que tendem a serem incentivadas programas de qualidade. Embora a proposta pareça muito pretensiosa para compatibilizar-se com a gestão empresarial atual, sem dúvida pode ser considerada um ideal a ser perseguido.

Um estudo qualitativo desenvolvido por Lima e Dutra (2011) no Hospital Universitário de Juiz de Fora sobre a percepção dos enfermeiros da instituição em relação aos programas de qualidade e ao programa de qualidade da instituição mostrou que, questionados em relação aos resultados para o serviço de enfermagem, os enfermeiros afirmaram que a implantação do programa de qualidade organiza o serviço e favorece a atuação segura da equipe. Além disto, acreditam que, na medida em que o programa se propõe a otimizar processos, terão mais tempo para a Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Embora não esteja diretamente incluída nas condições de trabalho, nota-se que parte da necessidade do trabalhador de ter adequadas condições de trabalho advém da preocupação com o resultado da assistência decorrente do seu processo de trabalho. Neste sentido, Rocha e Trevizan (2009) constataram mudanças positivas em diversas instituições de saúde que implementaram programas de qualidade, tais como maior empenho da equipe em evitar erros, estabelecimento de novo padrão de relacionamentos, de registros, verificação e checagem, bem como a diminuição da média de mortalidade e de permanência dos pacientes.

Entretanto, Rechziegel e Vanalle (1998) refletem que a gestão da qualidade aumenta a responsabilidade dos trabalhadores pela produção, mas, para a empresa aumentar sua produtividade, competitividade e lucratividade, propõe ajustes que reduzem o quadro de trabalhadores da instituição, ocasionando uma contradição nesta parceria em que a empresa é beneficiada sem fornecer a adequada contrapartida ao trabalhador.

A gestão da qualidade necessita ser entendida como um processo de transformação cultural onde a empresa deve concentrar esforços na conscientização das pessoas sobre a necessidade de mudança envolvendo todos os membros da organização no processo, indo além das questões de melhoria no ambiente físico, engenharia de segurança, aspectos ergonômicos e de saúde física e psicológica dos trabalhadores para tratar da participação dos trabalhadores na tomada de decisão, alargando os espaços democráticos e valorizando o trabalhador como sujeito capaz de produzir ideias (MONACO; GUIMARÃES, 2000).

Quanto ao fator 2 que averigua a concordância e aprovação do programa de qualidade pelo trabalhador, o percentual de respostas mais expressivo (38,9%) mostrou que os trabalhadores não tem opinião a respeito, revelando o desconhecimento do programa de

qualidade da instituição, enquanto 43,0% avaliaram positivamente o fator e 18,1% o avaliaram negativamente. Além disto, este foi entre todos os fatores o que teve o percentual mais expressivo na resposta de não ter opinião a respeito.

A anuência dos trabalhadores é importante para que eles se sintam motivados a aderirem às ações do programa e Pertence e Melleiro (2010) afirmam que é fundamental a participação de todos para a efetivação da qualidade, pois esta depende de esforços individuais e coletivos. Lima e Dutra (2009) verificaram que, embora poucos profissionais do Hospital Universitário de Juiz de Fora compreendam efetivamente o significado de gestão da qualidade, eles acreditam que trata-se de uma ferramenta capaz de intervir no processo de trabalho da enfermagem e proporcionar uma assistência mais segura ao paciente.

Entretanto, embora a maioria dos entrevistados tenha afirmado ter alguma relação com o processo, Lima e Dutra (2009) constataram que diversos enfermeiros não conhecem e não participam do programa, muitos demonstrando a crença de que o serviço da qualidade é de responsabilidade do setor de qualidade, não se percebendo como efetivadores da política da qualidade. Outros demonstram aguardar uma grande e repentina mudança advinda da instauração de um programa da qualidade na instituição sem entenderem o processo como uma construção diária. Além disto, estas autoras observaram que os enfermeiros do turno da noite e os de setores fechados expressam maior falta de informações sobre o programa.

Para Rocha e Trevizan (2009), embora seja consenso que todos devem se empenhar em fazer o melhor que podem, há que se pensar que todos devem também saber o que fazer, o que leva à reflexão de que não é esperado que alguém se envolva, concorde e consinta com aquilo que não compreende. Embora a história da implantação do programa de qualidade da instituição revele que a Gestão da Qualidade tenha se empenhado em diversas capacitações sem que houvesse participação efetiva dos trabalhadores, é preciso pensar em outras estratégias de informá-los, capacitá-los e envolvê-los.

O fator 3 que quantifica o sentimento de pertencimento do trabalhador em relação ao programa de qualidade revelou que a resposta com percentual mais expressivo (30,6%) é não ter opinião a respeito, mas concentra as demais respostas revelando a tendência dos trabalhadores avaliarem negativamente o fator (37,5%), tendo sido este, após o fator 5 que dividiu opiniões, o fator com o maior percentual de respostas muito negativas (27,8%).

De acordo com Olivieri e Ribeiro (2012) tanto a qualidade do trabalho como a qualidade de vida no trabalho dependem de questões relacionadas à rotina do trabalhador e às relações familiares e sociais que incluem, entre outros fatores, o sentimento de pertencimento.

O resultado obtido no fator 3 pode ser explicado pelo do fator 2, uma vez que ao não compreender, conhecer e se envolver com o programa, o trabalhador não se sente parte dele.

O estudo de Lima e Dutra (2011) revelou que parte dos entrevistados reconhecia a importância da participação no programa, mas assumiam que não estavam participando.

Da mesma maneira, no fator 4 que mensura quanta tranquilidade o trabalhador acredita dispor para desenvolver suas atividades, o número mais expressivo foi o que tratava de não ter opinião a respeito (33,3) e também este fator concentra as demais respostas revelando a tendência dos trabalhadores avaliá-lo de maneira negativa (36,1%).

Stacciarini e Troccoli (2001), ao avaliarem o estresse na atividade ocupacional do enfermeiro verificaram que para os profissionais não existe uma clareza sobre o conceito de estresse, mas os trabalhadores consideram vivenciar estressores relacionados aos fatores intrínsecos ao trabalho, às relações no trabalho, aos papéis estressores e à estrutura organizacional. Os programas de qualidade, ao proporem maior controle dos processos de trabalho, podem atuar como estressores em todas estas dimensões.

Entretanto, Lima e Dutra (2011) verificaram ao tratar das dificuldades percebidas pelos enfermeiros na implantação do programa de qualidade que eles se referiam aos problemas que encontravam no desenvolvimento de suas próprias atividades em função, principalmente, de terem que assumir demandas que não são de sua competência por falta de outro trabalhador que o faça e a falta de estrutura dos serviços de apoio existentes, cuja deficiência no serviço se reflete na prática assistencial. O estudo de Lima e Dutra (2011) mostra que os trabalhadores de enfermagem sentem-se mais pressionados em função das dificuldades encontradas no exercício da profissão em decorrência de problemas institucionais do que por conta do controle do programa de qualidade. Talvez isto se explique pela percepção dos trabalhadores de que a atuação do programa é baixa.

Em relação ao fator 5 que verifica a percepção do trabalhador sobre a interferência da qualidade nas relações interpessoais no trabalho, observa-se que a opinião dos trabalhadores divide-se entre os extremos: 51,4% dos trabalhadores avaliam de forma positiva o fator, sendo que destes, 41,7% o avaliam de forma muito positiva, enquanto 47,2% dos trabalhadores avaliam negativamente o fator e, destes, 31,9% o avaliam de forma muito negativa. Desta maneira, este é o fator que apresenta o maior número de respostas muito positivas e de respostas muito negativas. Também é o fator que mais concentrou opiniões negativas.

Souza e Leite (1995) afirmam que os programas de qualidade melhoram o ambiente de trabalho, tornando-o dinâmico e cooperativo, incentivador da criatividade e do trabalho em equipe e favorecedor da autonomia dos trabalhadores. A afirmação destes autores parece

coincidir com o pensamento dos trabalhadores que avaliaram bem o fator. Por outro lado, Lima (1994) acredita que, embora o movimento da Qualidade Total pretenda ser superior à Organização Científica do Trabalho proposta por Taylor se autoqualificando humanista, democrática e participativa a partir do que teria herdado da Escola das Relações Humanas, assemelha-se à primeira em diversos pontos tais como a divisão social do trabalho, o disfarce do jogo de interesses através da alegação de que o cliente é o maior beneficiado, o método cartesiano baseado em fatos e dados, a ênfase na educação como solução para o mundo do trabalho e a pretensa aplicabilidade universal, mas utiliza-se da segunda em seu caráter de manipulação refinada da força de trabalho.

Neste sentido, Scopinho (2000) afirma que nas relações de produção há adaptação técnica e comportamental do trabalhador ao capital onde as estratégias de gestão são instrumentos de adequação e controle do trabalho de acordo com as exigências de produção, sendo que a política da qualidade, apesar de apresentar um ideário humanista e participativo, na realidade perpetua os tradicionais métodos de gestão do trabalho e, para os trabalhadores, não representa melhor qualidade de vida e ainda dificulta o processo organizativo deles.

Ainda que talvez sem compreender totalmente o alcance das afirmações destes autores, os trabalhadores que avaliaram negativamente o fator demonstram que não concordam que o programa de qualidade possa melhorar as relações interpessoais, expressando a crença na incapacidade e/ou estratégia do programa de fazê-lo.

Por fim, o resultado da avaliação do fator 6 que investiga a percepção do trabalhador sobre a interferência da qualidade em sua vida pessoal mostra que, embora 22,2% dos trabalhadores tenham dito não ter opinião a respeito, a maioria (52,8%) o avaliaram positivamente, tendo sido este, após o fator 5 que dividiu opiniões, o fator com o maior percentual de respostas muito positivas (27,8%). Este resultado corrobora a reflexão sobre o achado do fator 4 em que, embora parte significativa dos trabalhadores tenha revelado que se sentem pressionados, esta pressão não parece estar associada ao programa de qualidade.

Com exceção do fator 5, observa-se um percentual de respostas que revelam que os trabalhadores não tem opinião a respeito, demonstrando, como já discutido no fator 2 em que este evento foi observado de maneira mais significativa, que os trabalhadores não conhecem as implicações de um programa de qualidade, nem o programa de qualidade da instituição. Observa-se ainda que 4 entre os 6 fatores tiveram predominância de respostas positivas.

O Coeficiente de Correlação de Pearson, através da força de correlação das variáveis, permitiu verificar o impacto de cada variável na opinião do sujeito em relação ao fator a que ela está ligada, o que significa dizer que as pessoas que avaliaram bem determinada variável,

tenderam a avaliar bem as demais variáveis do fator. Por extensão, se o programa de qualidade, de posse destes dados, implementar ações que promovam a melhoria da opinião das pessoas sobre esta variável, poderá melhorar a opinião sobre as demais variáveis e contribuir na adesão destes trabalhadores ao programa. Por outro lado, as variáveis cujo teste demonstraram fraca correlação com o fator interferem pouco na opinião dos trabalhadores sobre o fator em questão e, portanto, em uma escala de prioridades de ações para promover a adesão dos trabalhadores ao programa, representariam pontos de menor importância.

Com base nos achados deste teste, foi elaborado um quadro que sugere uma escala de priorização de ações em que quanto maior o impacto da variável no fator, maior a prioridade da ação em relação a ela, com vistas a melhorar a opinião dos trabalhadores em relação ao fator, favorecendo sua opinião sobre o programa como um todo (Quadro 5).

Quadro 5 – Escala de priorização de ações com base nos achados da Correlação de Pearson

Fator	Coefficiente de Correlação de Pearson	Prioridade de atuação	Variáveis
Fator 1: Condições de trabalho	0,837	1	Crença de que o programa qualidade contribui para que o hospital forneça orientações e recursos necessários à execução do trabalho
	0,717	2	Crença de que o hospital se preocupa com a sua saúde e bem estar
	0,663	3	Crença de que o programa de qualidade promove maior qualidade de vida no trabalho
	0,587	4	Crença de que o programa de qualidade torna o trabalho motivante
	0,579	5	Crença de que o empenho em atender às demandas do programa de qualidade é reconhecido pelo hospital
	0,571	6	Crença de que o programa de qualidade contribui para a segurança no desempenho das tarefas
	0,524	7	Crença de que o programa de qualidade facilite o trabalho
	0,483	8	Percepção de que o programa de qualidade aproxima do cuidado
Fator 2: Anuência	0,732	1	Compreensão das orientações do programa de qualidade
	0,716	2	Possibilidade de execução das orientações da qualidade
	0,677	3	Adequação das exigências que o hospital faz no programa de qualidade em relação aos benefícios que oferece
	0,605	4	Concordância com a condução do programa de qualidade
	0,550	5	Crença de que o hospital oferece os recursos necessários para atender às demandas do programa de qualidade
	0,508	6	Conhecimento da trajetória da qualidade na instituição
Fator 3: Pertencimento	0,799	1	Interesse pelos rumos da qualidade do hospital
	0,797	2	Sentimento de que faz realmente parte das conquistas do hospital
	0,780	3	Sentimento de responsabilidade pela qualidade do hospital
	0,628	4	Considerar-se envolvido com o programa de qualidade
Fator 4: Tranquilidade no trabalho	0,773	1	Não sentir-se desgastado em função do programa de qualidade
	0,758	2	Considerar que poderia aconselhar um amigo a vir trabalhar no hospital
	0,538	3	Naturalidade na realização das orientações do programa de qualidade
	0,512	4	Estímulo à criatividade

Fonte: dados da pesquisa

O fator 5 (relações interpessoais no trabalho) e o fator 6 (vida pessoal), sendo constituídos por apenas uma variável não foram submetidos ao teste de Correlação de Pearson, uma vez que, correlacionada a variável com ela mesma, exibirá a máxima força de correlação. Em relação a estes dois fatores, a Gestão da Qualidade deve promover ações que melhorem a opinião dos trabalhadores sobre as únicas variáveis de cada fator (promoção de melhor interação com os colegas de trabalho e chefia e capacidade de se esquecer das demandas do programa de qualidade nos momentos de lazer e descanso, respectivamente).

Considerando o conceito de partes interessadas, a questão Q14 procurava identificar a opinião dos trabalhadores sobre quanto a imagem do hospital, o meio ambiente, o governo, os familiares do paciente, os trabalhadores, o paciente, a sociedade, o sistema de saúde, as instituições certificadoras, os diretores do hospital, a equipe de enfermagem, a equipe médica, os alunos e professores e o ensino e a pesquisa são beneficiados pela adoção de um programa de qualidade na instituição (APÊNDICE A). O resultado desta questão está apresentado na tabela 6:

Tabela 6 - Distribuição das respostas dos trabalhadores sobre sua percepção de quanto cada elemento é beneficiado pela adoção de um programa de qualidade na instituição - Juiz de Fora (MG) - 2012.

Elementos	Extrema-mente		Muito		Mais ou menos		Pouco		Nada		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Imagem do hospital	35	43,2	32	39,5	13	16,1	1	1,2	0	0	81	100,0
Meio ambiente	27	33,7	29	36,3	20	25,0	4	5,0	0	0	80	100,0
Governo	17	21,8	26	33,3	26	33,3	7	9,0	2	2,6	78	100,0
Familiares do paciente	28	34,6	37	45,7	14	17,3	2	2,4	0	0	81	100,0
Trabalhadores	26	32,9	31	39,2	15	19,0	6	7,6	1	1,3	79	100,0
Paciente	37	46,3	30	37,5	10	12,5	2	2,5	1	1,2	80	100,0
Sociedade	26	32,5	36	45,0	16	20,0	2	2,5	0	0	80	100,0
Sistema de saúde	28	35,4	28	35,4	22	27,9	1	1,3	0	0	79	100,0
Instituições certificadoras	28	35,0	32	40,0	17	21,3	3	3,7	0	0	80	100,0
Diretores do hospital	31	40,3	29	37,8	14	18,2	2	2,6	0	0	77	100,0
Equipe de enfermagem	25	31,2	32	40,0	16	20,0	7	8,8	0	0	80	100,0
Equipe médica	28	35,0	28	35,0	21	26,3	3	3,7	0	0	80	100,0
Alunos e professores	32	40,0	27	33,7	14	17,5	7	8,8	0	0	80	100,0
Ensino e a pesquisa	39	49,4	22	27,8	15	19,0	2	2,5	1	1,3	79	100,0

Fonte: dados da pesquisa

A distribuição das respostas dos trabalhadores mostra que, embora um expressivo percentual dos respondentes tenha demonstrado a tendência de expressarem sua opinião

apontado que as partes elencadas são mais ou menos beneficiadas pela adoção do programa de qualidade na instituição, a maior parte das repostas concentrou-se nas opções que expressam a crença de que as partes interessadas são beneficiadas pelo programa.

Considerando o percentual válido, as partes consideradas mais beneficiadas na adoção do programa de qualidade foram o ensino e a pesquisa (49,4%), seguido do paciente (46,3%) e da imagem do hospital (43,2%). Por sua vez, as partes que acumularam o maior percentual de respostas positivas foram o paciente (83,8%), a imagem do hospital (82,7%) e os familiares do paciente (80,3%).

Dada à escassez de literatura que trate da opinião dos trabalhadores de serviços de saúde que adotem programas de qualidade acerca da relação destes programas com o ensino e a pesquisa, mais estudos seriam necessários para esta discussão, mas pode-se esboçar algumas considerações. O resultado que aponta para o ensino e a pesquisa como extremamente beneficiados pelos programas de qualidade talvez seja explicado pelo senso comum de que sistemas de gestão da qualidade buscam atender às normas e legislações específicas, aproximando as instituições das condições ideais de operação, caracterizando-as como adequadas para o ensino de como as coisas deveriam ser. Além disto, sistemas de gestão da qualidade geram indicadores que podem ser vastamente trabalhados em pesquisas. É possível também que o resultado reflita a crença de que a gestão da qualidade fundamenta-se mais em teorias acadêmicas do que em práticas exequíveis.

Os achados em relação à imagem do hospital e aos pacientes aproximam-se dos resultados do trabalho de Manzo (2009) ao estudar a perspectiva dos profissionais de saúde sobre o processo de Acreditação Hospitalar baseado em um sistema de gestão da qualidade. A autora verificou que os entrevistados reconheceram o hospital e os pacientes como beneficiários do processo. Entre estes, grande parte expressou a crença de que somente o hospital é beneficiado com a gestão da qualidade, obtendo *status*, referência e lucro. Outros entrevistados, entretanto, expressaram a crença de que os pacientes são beneficiados com mais segurança na assistência, embora os profissionais acreditem que em alguns momentos o sistema distancia o cuidador do paciente.

No presente trabalho, por outro lado, as partes reconhecidas como nada beneficiadas na adoção do programa de qualidade foram o governo (2,6%), seguido pelos trabalhadores e ensino e pesquisa (1,3%) e pelo paciente (1,2%) e o percentual acumulado de respostas negativas revelou que os trabalhadores consideram que são pouco ou nada beneficiados pela qualidade o governo (11,6%), os trabalhadores (8,9%), a equipe de enfermagem (8,8%) e os alunos e professores (8,8%).

Este resultado revela uma divergência entre os trabalhadores, já que alguns consideram o ensino e a pesquisa e o paciente como grandes beneficiários do programa de qualidade e outros não. Da mesma maneira, Manzo (2009) verificou que não há consenso entre os profissionais, o que interfere na adesão e manutenção do sistema de gestão da qualidade.

Além disto, a autora constatou que, embora os profissionais compreendam o processo de Acreditação Hospitalar, poucos percebem os aspectos subjetivos como valores individuais e coletivos de todos os envolvidos neste contexto, com destaque para a humanização do cuidado.

Ainda no estudo de Manzo (2009) fica evidenciado que muitos profissionais não conseguem visualizar, além do paciente e do hospital, os trabalhadores como beneficiários no sistema de gestão da qualidade. No trabalho desta autora, alguns entrevistados afirmaram que o processo beneficia os trabalhadores principalmente através do crescimento pessoal e do aprendizado adquirido, mas outros afirmaram que a pressão e a cobrança do sistema aliadas à falta de valorização dos que se empenham no processo são os maiores motivos para não acreditarem nos benefícios do sistema para os trabalhadores.

Maziero e Spiri (2009) analisando o significado da Acreditação para os enfermeiros de um hospital estadual, também verificaram que os profissionais entrevistados que veem benefícios do processo para os trabalhadores, acreditam que estes benefícios advêm da promoção do desenvolvimento profissional do enfermeiro pela exploração de novos conhecimentos e atualização de seus saberes. Além destes benefícios, o estudo destas autoras aponta como fator de motivação destes profissionais a crença de reconhecimento do seu trabalho por fazerem parte de uma instituição com certificado de qualidade.

Para Manzo (2009) seu estudo demonstra que, no geral, os profissionais não conseguiram incorporar todos os princípios trabalhados pelo sistema de gestão da qualidade e, por isto, tem uma ideia fragmentada do processo. Concordando com esta observação Maziero e Spiri (2009) afirmam que muitos profissionais de saúde não conhecem o processo. As autoras refletem que não tem sido dada importância adequada ao tema em muitos cursos de graduação.

Observa-se ainda que, reconhecendo o governo como nada ou pouco beneficiado pelo programa de qualidade, muitos trabalhadores não conseguem perceber a presença Estatal como mantenedora das atividades da instituição interessada em bons resultados a baixo custo.

Contrastados estes resultados, fica evidente a necessidade de divulgação do real alcance dos sistemas e programas de qualidade para captar a adesão dos trabalhadores.



Conclusões

5 CONCLUSÕES

A pesquisa documental e a observação revelaram uma instituição pública de saúde, de referência na macrorregião em que está inserida, voltada para o ensino, que, embora ofereça recursos pouco comuns na região e preste relevante trabalho à população, contrasta, em parte, estrutura e equipamentos de ponta e profissionais altamente qualificados com deficiências primárias nos processos assistenciais, amparados por ineficientes serviços de apoio e desarticulação dos processos institucionais.

Buscando superar as deficiências dos métodos gerenciais, a instituição optou por implementar um sistema de gestão da qualidade que, embora se empenhe sinceramente em sua missão, por sua vez, encontra dificuldades de operação que incluem a baixa prioridade das questões da qualidade frente às demandas emergenciais da instituição, à escassez de recursos e às questões políticas internas e externas de privilégios a alguns setores/indivíduos/ações e programas específicos; baixa autonomia tanto em questões econômicas quanto de definição de políticas institucionais específicas, o que se reflete em descrédito no seu papel de intermediadora entre os serviços e o nível estratégico; carência de possibilidades de qualificação, recursos humanos qualificados e estrutura de trabalho; dificuldades de compartilhamento das responsabilidades do sistema com chefias muitas vezes limitadas em relação à competência gerencial; dificuldade de obter o envolvimento dos trabalhadores; atuação em um contexto conturbado por instabilidades políticas, e por fim, questões relacionadas à própria resistência à mudança frente à nova proposta.

A principal estratégia da Gestão da Qualidade do Hospital Universitário de Juiz de Fora e, provavelmente, a mais nitidamente percebida pelos atores dos processos operacionais, é o programa de melhoria contínua adotado. Sendo assim, o levantamento da opinião dos trabalhadores de enfermagem baseado nas ações da qualidade passíveis de serem percebidas através do programa permitem algumas outras conclusões.

Pode-se observar que vários trabalhadores desconhecem a existência do programa ou desconhecem que o programa tenha ações que interferem no processo de trabalho de toda a instituição e que poucos dos trabalhadores do estudo expressaram sentir-se parte do gerenciamento da qualidade, revelando uma incapacidade de assimilarem seu papel no programa ou uma fragilidade do programa em expor as funções de cada trabalhador.

Os resultados mostraram que, embora um expressivo percentual dos respondentes tenha expressado não ter opinião a respeito das questões propostas revelando que não

conhecem as implicações de um programa de qualidade, nem do programa de qualidade em questão, a maioria dos trabalhadores acredita que o programa interfere positivamente em suas condições de desenvolvimento do trabalho; dá anuência ao programa, mas não se sente parte dele; não sente tranquilidade no desenvolvimento de suas atividades, embora esta falta de tranquilidade pareça estar mais relacionada às questões de sua prática laboral do que às cobranças do programa; acredita que o programa interfere positivamente nas relações interpessoais no trabalho, embora esta seja a questão mais divergente entre as apresentadas; e não vê interferência do programa de qualidade em sua vida pessoal.

O estudo apontou as variáveis que mais impactam na opinião do trabalhador em cada fator analisado, e, de posse desta informação, é possível traçar estratégias de atuação sobre estas variáveis com o intuito de melhorar a opinião dos trabalhadores sobre o programa e favorecer sua adesão. Entretanto, o trabalho não aponta as estratégias que a Gestão da Qualidade poderia traçar para intervir nestas variáveis por não configurar seu objetivo, mas, certamente, trata-se de uma possibilidade em novos estudos.

Em relação à opinião dos trabalhadores sobre os beneficiados no programa, embora um expressivo percentual dos respondentes tenha demonstrado a tendência de expressarem sua opinião apontado que as partes elencadas são mais ou menos beneficiadas pela adoção do programa de qualidade na instituição, a maior parte das respostas concentrou-se nas opções que expressam a crença de que as partes interessadas são beneficiadas pelo programa, sendo consideradas pela maioria dos trabalhadores como as partes mais beneficiadas o paciente, a imagem do hospital e os familiares do paciente e as partes menos beneficiadas o governo, os trabalhadores, a equipe de enfermagem e os alunos e professores.

Quanto à contribuição do trabalho para a instituição estudada, os resultados evidenciam a necessidade de se investir em estratégias capazes de informar aos trabalhadores o real alcance do programa de forma a obter sua adesão e viabilizar a operacionalização da política da qualidade. Além disto, pode ser adotada a mensuração contínua da perspectiva dos trabalhadores sobre a condução do programa de qualidade, retroalimentando constantemente o processo de melhoria.

Em relação às contribuições que o estudo tem a dar à Enfermagem e às outras instituições de saúde, cabe expressar que, em respeito à história de lutas pelo direito social de acesso universal a um sistema de saúde de qualidade, acredita-se que a discussão de qualquer forma de gestão da saúde deve ir além dos indicadores institucionais. Sendo assim, fica evidente a necessidade de se incentivar a implementação de programas de qualidade que se pautem pela melhoria da qualidade do serviço ao cidadão que o utiliza com correspondente

valorização do trabalhador que a produz e pela responsabilidade sócio-ambiental, beneficiando, de fato, a todas as partes interessadas.

Cumprir apontar como limitação deste estudo que, embora o instrumento de coleta de dados oferecesse a possibilidade de cruzamento de diversas variáveis permitindo a avaliação por segmentos da população estudada, os testes mostraram que, para que os resultados dos cruzamentos pudessem ser generalizados para a população, seria necessária uma amostra maior. Sendo assim, em função da dificuldade de coleta em campo em relação ao prazo para entrega do trabalho, optou-se pela análise dos dados de maneira geral de modo a fazer uma análise mais completa, embora em menor nível de profundidade. Entretanto, esta é uma lacuna que pode ser preenchida em estudos futuros.

Além disto, estudos de natureza qualitativa com esta mesma população podem ser empreendidos de modo a captar o sentido da temática para os trabalhadores, significado este que transcende os números escapando à abordagem quantitativa.



Referências

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA DE COOPERAÇÃO INTERMUNICIPAL EM SAÚDE PÉ DA SERRA - ACISPES. Disponível em: <<http://www.acispes.com.br/?pagina=quem>>. Acesso em: 15 mar. 2012.
- ALMEIDA, A. M. *et al.* Pesquisa em enfermagem e o positivismo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 30, n. 1, p.25-32, 1996.
- ALMEIDA, M. C. P. O materialismo histórico na pesquisa em enfermagem. In: **Anais do 4º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem**, p. 83-89, 1985.
- ALMEIDA, G. S. *et al.* Identificando stakeholders para formulação de estratégias organizacionais. In: **24º encontro anual da Associação Nacional dos Programas de Pós-graduação em Administração**, Florianópolis, 2000.
- ALMEIDA, H. M. S. Programa de Qualidade do Governo Federal Aplicado à Saúde. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 3, n. 12, p. 5-10, 2001.
- ANDRADE, A. C. A enfermagem não é mais uma profissão submissa. **Revista brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.60, n.1, p. 96-98, jan.-fev. 2007.
- ANDRADE, T. A. Métodos estatísticos e econométricos aplicados à análise regional. In: Haddad, P. R. (Org.). **Economia Regional: teorias e métodos de análise**. Fortaleza: BNB, ETENE, 1989.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR ISO 9000**: Sistemas de gestão da qualidade - Fundamentos e vocabulário informação e documentação. Rio de Janeiro, 2005.
- BARDANACHVILI, E. O SUS para o Mundo. **Radis**, n° 107, p. 18-23, jul. 2011.
- BERARDINELLI, L. M. M., **Gestos de Cuidado em Enfermagem: Estudo Interdisciplinar através de imagens**. (Tese) Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.
- BOHOMOL, E. **Erros de medicação: causas e fatores desencadeantes sob a ótica da equipe de enfermagem**. (Tese) Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2002.
- _____. Ferramentas de Qualidade e sua utilização no gerenciamento dos serviços de saúde e de enfermagem. In: D’Innocenzo M. (Org.). **Indicadores, auditorias, certificações. Ferramentas de qualidade para gestão em saúde**. 1ª ed. São Paulo: Martinari, 2006a, v. 1, p. 37-55.
- _____. Padrões para avaliação da qualidade da assistência de enfermagem. In: D’Innocenzo M. (Org.). **Indicadores, auditorias, certificações. Ferramentas de qualidade para gestão em saúde**. 1ª ed. São Paulo: Martinari, 2006b, v. 1, p. 71-86.

BOHOMOL, E. Erro de Medicação: um indicador de qualidade. In: D'Innocenzo M. (Org.). **Indicadores, auditorias, certificações. Ferramentas de qualidade para gestão em saúde.** 1ª ed. São Paulo: Martinari, 2006c, v. 1, p. 167-176.

BRAVO, M. I. S. Frente nacional contra a privatização e sua luta em defesa da saúde pública estatal. **Serviço social & sociedade**, São Paulo, n. 105, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n105/12.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional da Saúde. **Relatório Final.** 1986. Brasília, de 17 a 21 mar. 1986.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Presidência da República, Casa Civil, 1988.

_____. Lei nº 8080 de 19 de Setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, de 20 de setembro de 1990a.

_____. Lei nº 8142 de 28 de Dezembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, de 31 de dezembro de 1990b.

_____. Lei nº 8.666 de 21 de junho de 1993. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 jun. 1993. Seção 1, p. 8269.

_____. **Plano Diretor da Reforma do Aperelho do Estado.** Brasília, 1995. 68 p.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 out. 1996a.

_____. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, de 05 de novembro de 1996. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 06 nov. 1996b. Seção 1, p. 22932.

_____. Medida provisória nº 1591-1, de 09 de outubro de 1997. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 out. 1997. Seção 1, p. 22835.

_____. Lei nº 9637, de 15 de maio de 1998. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 mai. 1998. Seção 1, p. 8.

_____. Lei nº 9790 de 23 de março de 1999. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 mar. 1999. Seção 1, p. 1.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 538 de 17 de abril de 2001, **Diário Oficial da União**. Brasília, Poder Executivo, de 19 de abril de 2001.

_____. Norma Operacional da Assistência à Saúde, de 27 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 fev. 2002a. Seção 1, p. 52.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução/RE nº 921 de 29 de maio de 2002, **Diário Oficial da União**, Brasília, Poder Executivo, de 03 de maio de 2002b.

BRASIL. Decreto nº 4.327, de 8 de agosto de 2002, **Diário Oficial da União**, Brasília, Poder Executivo, de 9 de agosto de 2002c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002d.

_____. Portaria Interministerial nº 50, de 3 de janeiro de 2005a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-50.htm>>. Acesso em: 14 mar. 2012.

_____. Lei nº 11091, 12 de janeiro de 2005. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jan. 2005b.

_____. **Decreto nº 5378**, de 23 de fevereiro de 2005. Brasília: Presidência da República, Casa Civil, 2005c.

_____. Projeto de lei complementar nº 92 de 04 de junho de 2007. **Câmara dos Deputados**, Brasília, DF, 2007a.

_____. Portaria Interministerial nº 2400, de 2 de outubro de 2007. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 out. 2007b.

_____. Ministério da Saúde. **Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Carta de Serviços ao Cidadão**. 4ª ed. Brasília: MPOG, Seges, 2009a.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão. **Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização - Instrumento para avaliação da Gestão pública: 250 e 500 pontos**. Brasília: Ministério do Planejamento, 2009b.

_____. Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010, **Diário Oficial da União**, Brasília, Poder Executivo, de 27 de janeiro de 2010a.

_____. Medida provisória nº 520, de 31 de dezembro de 2010. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 2010b. Seção 1, p. 4.

_____. Decreto nº 7508, 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. 2011a.

_____. Lei nº 12550, de 15 de dezembro de 2011. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 dez. 2011b. Seção 1, p. 2.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**, 2012. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 27 de março de 2012.

BRESSER-PEREIRA, L.C. As Organizações Sociais. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 22 mai.1995.

BUSS, P. M. A saúde no Brasil: avanços, impasses e retrocessos. **RADIS**, nº 86, Súmula, p. 1-8, 2002.

CARRERA, M. B. M. **Parceria público-privada na saúde no Brasil: estudo de caso do Hospital do Subúrbio de Salvador - Bahia**. 2012. 106 f. Dissertação (Administração de empresas) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo. 2012.

CHIOCHETTA, J. C.; KOVALESKI, J. L.; BOARETTO, N.; SANZOVO, N. Processos de Gestão: descomplicando a questão da qualidade. **Revista eletrônica de ciência administrativa**, v. 2, n. 2, 2003.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. **Os agravantes e o recrudescimento das Doenças Re (Emergenciais) no Brasil**. Conselho Regional de Enfermagem, Programa de Proficiência, 2011 (Apostila de curso).

CONILL, E. M. Sistemas Comparados de Saúde. In: Campos, G. W. S. *et al.* (Org.). **Tratado em Saúde Coletiva**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

COSTA, F. M.; GRECO, R. M. Gerenciando Riscos em um Hospital Universitário: desafios e possibilidades a partir de uma experiência setorial. **HU Revista**, v. 37, n.2, p. 217-224, 2011.

COSTA, F. M. *et al.* Processo de implantação de um programa de melhoria contínua da qualidade em um Hospital Universitário. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E DE ENSINO, 4, 2011, Brasília. Anais eletrônicos... Brasília: ABRAHUE, 2011. Disponível em: <http://www.abrahue.org.br/images/stories/pdf/Anais_IVcongresso_final.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2012.

DE LAVOR, A. *et al.* 14ª Conferência nacional de saúde. **RADIS**, Rio de Janeiro, n. 115, p. 10-33, mar. 2012.

DAIN, S. Os vários mundos do financiamento da saúde no Brasil: uma tentativa de integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, sup, 1851-1864, 2007.

DALLARI, D. A. Fundações estatais: proposta polêmica. **Revista de sereito sanitário**, São Paulo, v. 10, n. 1, mar./jul. 2009. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rdisan/v10n1/05.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2012.

DE LAVOR, A.; DOMINGUEZ, B.; MACHADO, K. O SUS Que não se vê. **Radis**, nº 104, p. 9-17, abr. 2011.

DONABEDIAN, A. La investigación sobre la calidad de la atención médica. **Salud Publica de México**, Cuernavaca, v. 28, n. 3, p. 324-327, 1986.

DONATO, M. Governo entrega veículos para transporte de pacientes. Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, Belo Horizonte, 14 jan. 2008. Disponível em:

http://www.saude.mg.gov.br/noticias_e_eventos/governo-entrega-veiculos-para-transporte-de-pacientes/?searchterm=acispes. Acesso em: 25 abr. 2012.

ESCOREL, S; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: Lima NT, Gerschman S., Edler F.C., Suárez J.M., (org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/OMS/OPS; 2006.

FELDMAN, L. B. O enfermeiro analista de risco institucional. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 6, p. 742-745, 2004.

FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 213-219, 2005.

FERREIRA, R.C. *et al.* Abordagem multifatorial do absenteísmo por doença em trabalhadores de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, v.46, n.2, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102012000200008&script=sci_arttext>. Acesso em: 16 ago. 2012.

FIGUEIREDO, A. M. Iniciação à pesquisa social: uma estratégia de ensino. In: **Anais do V Congresso de ciências humanas, letras e artes**; Ouro Preto: Universidade Federal de Ouro Preto, 2001.

FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE. **Critérios de excelência**: avaliação e diagnóstico da gestão organizacional. São Paulo: Fundação Nacional da Qualidade, 2008.

GAARDER, J. **O mundo de Sofia**. Trad. João Azenha Jr. São Paulo: Cia. das Letras, 2002.

GALLIAN, D. M. C. **Visão histórica da pesquisa científica**. Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, 2002 (apostila de curso).

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1995.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2009.

GEOVANINI, T. Uma abordagem dialética da Enfermagem. In: GEOVANINI, T. MOREIRA, A. DORNELLES, S. MACHADO, W. C. A. **História da Enfermagem: versões, e interpretações**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

GUIMARÃES, M. A. M. B. Modelo de Gestão: Estruturação e Hierarquização da Assistência. Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Economia e Administração, 2007 (apostila de curso).

GONÇALVES, L. *et al.* Em Busca de Argumentos Possíveis para uma Ciência ou Filosofia de Enfermagem. In: Creutzberg M, Funck L, Kruse MHL, Mancia JR, (org.) Livro-Temas do 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem; **Enfermagem hoje: coragem de experimentar muitos modos de ser**. Brasília: Editora ABEn, 2005.

GUIMARÃES, E. M. P.; BASTOS, M. A. R. **Desarrollo de Recursos Humanos em Enfermeria**. Maestria em Administración de Servicios em Enfermeria. Rosario: Universidad Nacional de Rosario. BH: UFMG, 2000.

GURGEL JÚNIOR, G. D.; VIEIRA, M. M. F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n. 2, p. 325-334, 2002.

HERNANDEZ, J. M .C; CALDAS, M. P. Resistência à mudança: uma revisão crítica. **Revista de Administração de Empresas** . São Paulo, v. 41, n. 2, Abr./Jun. 2001. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rae/v41n2/v41n2a04.pdf> >. Acesso em: 25 jun. 2012.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA. **Regimento Geral Hospital Universitário**.1978. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/hu/institucional/regimentos-do-hospital/regimento-geral/>>. Acesso em: 15 mar. 2012.

_____. **Plano operativo anual**: 2005. Juiz de Fora, 2005. 25 p.

_____. **Relatório de Gestão**: 1994/2006. Juiz de Fora, 2006. 19 p.

_____. **Relatório de Gestão**: 2007/2009. Juiz de Fora, 2009a. 94 p.

_____. **Pesquisa de clima organizacional**. Juiz de Fora, 2009b. 22 p.

_____. **Portaria nº22/2009**. 2009c. Disponível em: <http://www.ufjf.br/hu/files/2009/07/2009_portaria022.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2012.

_____. **Organograma**. 2009d. Disponível em: <http://www.ufjf.br/hu/files/2009/07/Visio-Organograma_HU.pdf>. Acesso em; 15 mar. 2012.

_____. **Manual do programa Qualidade Nota 100**. Juiz de Fora, 2010a. 15 p.

_____. **Plano Diretor do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora**:2010b. Disponível em: <http://www.ufjf.br/hu/files/2009/10/plano_diretor_2010.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2012.

_____. **Relatório do serviço de Gestão da Qualidade**: 2010. Juiz de Fora, 2011a. 3 p.

_____. **Planejamento estratégico do serviço de Gestão da Qualidade**. Juiz de Fora, 2011b. 4 p.

_____. **Indicadores**. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/hu/indicadores/>>. Acesso em: 15 mar. 2012a.

_____. **Portaria nº23/2012**. Disponível em: <http://www.ufjf.br/hu/files/2012/01/Portaria-023_2012-Nomear-chefias-servi%C3%A7os_setores.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2012b.

_____. **Pesquisa de satisfação do usuário**. Juiz de Fora, 2012c. 70 p.

IBAÑEZ, N. *et al.* Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. In: *Ciência & Saúde coletiva*, São Paulo, v. 6, n. 2, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7010.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2012.

INSTITUTO QUALISA DE GESTÃO. **Diagnóstico**. São Paulo: IQG, 2009.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System. **Harvard Business Review**, v. 74, n. 1, jan./fev. 1996.

KERN, A. E.; LIMA, A. P. F. O gestor da área de qualidade. In: Alves, V. L. S; Feldman L. B. (Org.). **Gestores da saúde no âmbito da qualidade**. 1ª ed. São Paulo: Martinari, 2011, p. 31-49.

KOHN, L. T; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. **To err is human: building a safer health system**. Washington: National Academy Press, 2003, 312p.

KUHN, T. **A estrutura das revoluções científicas** - Debates São Paulo: Editora Perspectiva, 2006.

LANDEROS-OLVERA, E. *et al.* La influencia del positivismo en la investigación y práctica de enfermería. **Index Enferm**, Granada, v. 18, n. 4, dez. 2009.

LEWIN, K. Frontiers in group dynamics: Concept, Method and Reality in Social Science; Social Equilibria and Social Change **Human Relations**, New York, v. 1, n. 1, p. 5-41, 1947. Disponível em: < <http://hum.sagepub.com/content/1/1/5.full.pdf+html> >. Acesso em: 20 jul. 2012.

LIMA, F. P. A. Medida e Desmedida: Padronização do Trabalho ou Livre Organização do Trabalho Vivo? **Produção**, São Paulo, v. 4, esp., p. 3-17, 1994.

LIMA, N. G.; DUTRA, H. S. **O papel do enfermeiro em programas de qualidade em serviços de saúde**. 2011. 37 f. Trabalho de conclusão de curso (graduação) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2011.

LIMA, N. T. *et al.* A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: Lima NT, Gerschman S., Edler F.C., Suárez J.M., (org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/OMS/OPS; 2006.

MALACHIAS, I. *et al.* **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo: Série Saúde & Cidadania, v. 3, 1998.

MANZO, B. **O processo de Acreditação Hospitalar na perspectiva de profissionais de saúde**. (Dissertação) Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

- MARCH, C. A empresa brasileira de serviços hospitalares, universidades públicas e autonomia: ampliação da subordinação à lógica do capital. **Universidade e sociedade**, Brasília, n. 49, jan. 2012. <<http://portal.andes.org.br/imprensa/publicacoes/imp-pub-1142951595.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2012.
- MARGOTTO, P. R. **Estatística computacional: uso do SPSS**. Escola Superior de Ciências da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde, 2010 (apostila de curso).
- MARX, K. **Contribuição à crítica da economia política**. 3ª Ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.
- MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. 9ª Ed. São Paulo: Hucitec, 1993.
- MASSON, G. Materialismo histórico e dialético: uma discussão sobre as categorias centrais. **Rev. Práxis Educativa**, Ponta Grossa, PR, v. 2, n° 2, p. 105-114, jul-dez 2007.
- MAZIERO, V. G.; SPIRI, W. C. O Significado do processo de Acreditação Hospitalar para Enfermeiros de um hospital Estadual: uma abordagem Fenomenológica. In: Congresso da Iniciação Científica da Unesp, 22. 2009, São Paulo. **Anais eletrônicos...** São Paulo: Unesp, 2009. Disponível em: <http://prope.unesp.br/xxi_cic/27_31941987850.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2012.
- MCEWEN, M.; WILLS E. M. **Bases Teóricas para Enfermagem**. 2ª ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2009.
- MELO A. O.; PARRÉ, J. L. Determinantes do desenvolvimento rural dos municípios da região sudeste paranaense. *Revista Faz Ciência*, v. 8, n. 1, p. 11-34, 2006.
- MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n.2, p. 2297-2305, 2010.
- MENEZES, D. H. L. a política de saúde brasileira: os impactos da década de 90 aos dias atuais. In: JORNADA INTERNACIONAL POLÍTICAS PÚBLICAS, 5, 2011, São Luis, **Anais...**, 2011.
- MERHY, E. E. Em busca de ferramentas analisadoras das Tecnologias em Saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy E. E., Onoko, R., (org). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, P. 113-150, 2002.
- MEZOMO, J. C. O modelo industrial de melhoria da qualidade aplicado aos serviços de saúde. **Rev. Hospital – Administração e saúde**. São Paulo, v. 18, n° 3, p. 155-160, mai.-jun. 1994.
- MFC CONSULTORIA. **Manual do Regulamento do Projeto SGQ:5S - Sistema de Gestão da Qualidade com base no programa 5S**. Juiz de Fora: MFC Consultoria, 2010. 1 CD-ROM.
- MINAS GERAIS. Resolução SES-MG n° 0082, de 16 de maio de 2003. Institui o Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais - PRO-HOSP e fixa suas diretrizes.

Belo Horizonte, 2003. 4 p. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/resolucoes/2003/RESOLUCaO%20SES%200082.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2012.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Manual do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (PRO - HOSP)**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde e Fundação João Pinheiro, 2007.

_____. Resolução SES-MG nº 1.505, de 18 de junho de 2008. Institui o Edital do 1º Prêmio Célio de Castro. Belo Horizonte, 2008. 6 p. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/resolucoes/2008/resolucao_1505.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2010.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; NETO, O. C.; GOMES, R. **Pesquisa Social - Teoria, método e criatividade**. 3ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1994.

MODESTO, P. E. G. Reforma administrativa e marco legal das organizações sociais no Brasil: as dúvidas dos juristas sobre o modelo das organizações sociais. In: **Revista do serviço público**, Brasília, n. 1, jan./abr. 1997. Disponível em: <http://www.enap.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=2745>. Acesso em: 19 jun. 2012.

MONACO, F. F.; GUIMARÃES, V. N. Gestão da Qualidade Total e Qualidade de Vida no Trabalho: o Caso da Gerência de Administração dos Correios. **RAC**, v. 4, nº 3, p. 67-88, Set.-Dez. 2000.

MOREIRA, M. C. N. A Fundação Rockefeller e a construção da identidade profissional de enfermagem no Brasil na Primeira República. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**. v.3, p. 621-645, 1999.

NEVES, M. A. Modernização industrial no Brasil: o surgimento de novos paradigmas na organização do trabalho. **Educação & Sociedade**, nº 45, ago. 1993.

NOGUEIRA, L. C. L. **Gerenciando pela qualidade total na saúde**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais - Fundação Christiano Ottoni, 1996.

OLIVEIRA JUNIOR, L. B. **Planejamento Estratégico**. Universidade Federal de Juiz de fora, Faculdade de Economia e Administração, 2010 (apostila de curso).

OLIVIERI, G. M. R.; RIBEIRO, H. S. Organizações em mudança e o trabalhador. In: Simpósio de jornalismo e Direito, 2012, Barra do Garças. **Anais eletrônicos...** Barra do Garças: Universidade Federal de Mato Grosso, 2012. Disponível em: <<http://www.anormal-anm.com/sistema/trabalhos/files/1649.pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2012.

OLIVEIRA, W. Qualidade premia os melhores e anuncia novo programa. Hospital Universitário UFJF, Juiz de Fora, 30 mai. 2012. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/hu/2012/05/30/qualidade-premia-os-melhores-e-anuncia-novo-programa/>>. Acesso em: 02 jun. 2012.

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – OMS, Ginebra. **Evaluación de los programas de salud: normas fundamentales para su aplicación en el proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud.** Ginebra: OMS, 1985.
- PADILHA, M. I. C. S.; BORENSTEIN, M. S. **O método de pesquisa histórica na enfermagem.** *Texto contexto - enferm.* [online]. 2005, vol.14, n.4, pp. 575-584.
- PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica** (tese). Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2007.
- _____. Planejamento em saúde para não especialistas. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* **Tratado de saúde coletiva.** Rio de Janeiro: Hucitec, 2006. p. 767.
- PAIVA, S. M. A. *et al.* Teorias administrativas na saúde: a lógica capitalista que subordina as teorias administrativas. In: **Seminário Internacional Sobre o Trabalho em Enfermagem,** Brasília: ABEn, 2008.
- PASSOS, E. S. **De anjos a mulheres: ideologias e valores na formação de enfermeiras.** Salvador: Empresa Gráfica da Bahia, 1996.
- PEDREIRA, M. L. G. Enfermagem para a segurança do paciente. **Acta Paulista de Enfermagem,** v. 22, n° 4, Editorial, 2009.
- PERTENCE, P.P.; MELLEIRO, M.M. Implantação de ferramenta de gestão de qualidade em Hospital Universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP,** São Paulo, v. 44, n.4, 2010. <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/24.pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2012.
- PORTELA, M. C. *et al.* Caracterização assistencial de hospitais filantrópicos no Brasil. **Revista de Saúde Pública,** v. 38, n° 6, p. 811-818, 2004.
- PORTER, M.; TEISBERG, E. O. **Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos.** Porto Alegre: Bookman, 2007.
- PREFEITURA DE JUIZ DE FORA. **Plano de Saúde: 2010/2013,** Juiz de Fora, 2010. 259 p.
- PUCCINI, P. T. **As Organizações Sociais e o Direito à Saúde.** Disponível em: <http://www.idisa.org.br/img/File/SUS%20OS%20Paulo%20Puccini%20Fim%206_4_2011.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2012.
- RECHZIEGEL, W. ; VANALLE, R. M. . Qualidade de vida no trabalho e a gestão da qualidade total. In: XVIII ENEGEP e IV International Congress of Industrial Engineering, 1998, Niterói. **Anais eletrônicos...**, 1998. Disponível em: <http://www.abepro.org.br/biblioteca /ENEGEP1998_ ART348.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2012.
- RAMOS, G. S. A universidade e autonomia universitária: notas para a contribuição ao debate sobre as parcerias público-privadas. In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO DE POLÍTICA E ADMINISTRAÇÃO DA EDUCAÇÃO, 25, 2011, São Paulo, **Anais...**, Ed. Anpae, 2011.

REASON, J. Human error: Models and Management. **WJM**, v. 172, n° 6, P. 393-396, jun. 2000

REZENDE, C. O modelo de gestão do SUS e as ameaças do projeto neoliberal. In: BRAVO, M. *et al.* (Org.). **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, 2007. p. 27-42.

REZENDE, M. L. *et al.* A utilização da análise fatorial para determinar o potencial de crescimento econômico em uma região do sudeste do Brasil. **Revista Economia e Desenvolvimento**, Santa Maria, n. 19, 2007. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/eed/article/view/3480/pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2012.

RIBEIRO, H.C.T.C. **Estudo de Não Conformidades no Trabalho de Enfermagem: evidências que interferem na qualidade de hospitais em Minas Gerais**. (Dissertação) Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

ROCHA, E. S. B.; TREVIZAN, M. A. Gerenciamento da qualidade em um serviço de enfermagem hospitalar. **Revista latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 17, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/PT_16.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2012.

RODRIGUES, E. A. A. **Uma revisão da Acreditação Hospitalar como método de avaliação de qualidade e da experiência brasileira**. (Dissertação). Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

STRACCIARINI, J. M. R; TRÓCCOLI, B. O Estresse na Atividade Ocupacional do Enfermeiro. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, n. 9, p. 17-25, mar. 2001.

SANO, H.; ABRUCIO, F. L. Promessas e resultados da nova gestão pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. In: **Revista de administração de empresas**, São Paulo, 2008, v. 48, n. 3, jul./set. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v48n3/a07v48n3.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2012.

SANTOS, L. Da reforma do Estado à reforma da gestão hospitalar federal: algumas considerações. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 29, set./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.cebes.org.br/media/File/Da%20Reforma%20do%20Estado%20%E0%20Reforma%20da%20Gest%20o%20Hospitalar%20Federal%20algumas%20considera%E7%F5es.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2012.

SANTOS, T. C. F. *et al.* Resistência à liderança norte-americana na formação da enfermeira brasileira (1934-1938). **Rev Latino-am Enfermagem**, 2008, v. 16, n° 1.

SCLIAR, M. **Do mágico ao social: a trajetória da saúde pública**. Porto Alegre: L&PM, 1997.

SCOPINHO, R. A. Qualidade Total, Saúde e Trabalho: Uma Análise em Empresas Sucroalcooleiras Paulistas. **RAC**, v. 4, n° 1, Jan.-Abr. 2000: 93-112

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n° 1, p. 187-192, 2000.

- SILVA, A. M. S. *et al* Implicações fático-jurídicas da MP 520 : a precariedade dos vínculos empregatícios nos Hospitais Universitários e o comprometimento de suas funções. **Revista Eletrônica do Curso de Direito da UFSM**, Santa Maria, RS, v. 6, n. 2, dez. 2011. <<http://www.ufsm.br/revistadireito/eds/v6n2/A1.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2012.
- SILVA, M. J. P. Valor da comunicação para o sucesso dos processos de qualidade. In: MELLO, J. B.; CAMARGO, M. D. **Qualidade na saúde. Práticas e conceitos. Normas ISO nas áreas médico-hospitalar e laboratorial**. São Paulo: Best Seller, p. 69-76, 1998.
- SILVA, A. C. S. S. *et al*. Limites da reforma psiquiátrica. **Jornal do Conselho Regional de Psicologia**, ano 2, n° 10, p. 3-11, 2006.
- SOARES JÚNIOR, C. *et al*. **Manual da Residência Médica em Cirurgia Geral HU-UFJF**. 2011. Disponível em:<<http://www.ufjf.br/hu/files/2011/03/Manual-Cirurgia-Geral-HU-UFJF.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2012.
- SOUZA, R.C.S; CRUZ, H.O. **Plano Diretor do Hospital Universitário da UFJF**. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em gestão hospitalar para micro e microrregiões do Estado de Minas Gerais) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2009.
- SOUZA, M. A. W.; LEITE, M. A. M. P. **Qualidade total em instituição privada de saúde**. (Monografia) Curso de especialização em serviço social, UFJF. Juiz de Fora, 1995.
- SPINOLA, A. W. P. **Metodologia de Pesquisa: questionário e formulário**. 1ª ed. São Paulo: Ed. Resenhas Tributária Ltda, 1973, v. 1.
- TEIXEIRA, A. F. **Saúde: Uma Viagem pela Linha do Tempo e pela Filosofia**. (Monografia) Departamento NATES, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2009.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. Pró-Reitoria de Pós-Graduação. **edital_pós_HU.pdf**, Juiz de Fora, 2011.
- _____. Pró-Reitoria de Recursos Humanos. **Manual Avaliação de Desempenho dos Servidores Técnico-Administrativos em Educação**, Juiz de Fora, 2007.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **folder-aghu.pdf**. Disponível em: <<http://www.hcpa.ufrgs.br/downloads/AGHU3/Documentacao/folder-aghu.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2012.
- VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O sistema único de saúde. In: CAMPOS, G. W. S. *et al*. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2006. p. 531.
- WALDOW, V. R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.
- WEICK, K. E.; SUTCLIFFE, K. M.. **Managing the Unexpected: assuring high performance in na age of complexity**. San Francisco: Jossey-Bass, 2001.
- WEICHERT, M. A. Fundação estatal no serviço público de saúde: inconsistências e inconstitucionalidades. **Revista de direito sanitário**. São Paulo, v. 10, n. 1, mar./jul. 2009.

Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rdisan/v10n1/06.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2012.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos**. 2. ed, Porto Alegre: Bookman, 2001. 205 p.



APÊNDICE A – Instrumento de Coleta dos dados



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO – MESTRADO EM ENFERMAGEM



QUESTIONÁRIO Nº _____

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada "Programa de melhoria contínua da qualidade: o que pensam os funcionários dos serviços de saúde" que tem como objetivo analisar a perspectiva do trabalhador de enfermagem sobre os programas de melhoria contínua da qualidade.

Participar desta pesquisa irá contribuir para a reflexão sobre os caminhos que vem sendo trilhados na adoção destes programas e para apontar na direção da melhoria da qualidade do serviço com correspondente valorização do trabalhador que a produz.

Para maior aproveitamento do seu questionário nesta pesquisa, por favor siga as **instruções** abaixo:

- Não deixe questões em branco;
- Nas questões fechadas, marque com um X a alternativa que melhor se aplica ao seu caso;
- Marque apenas uma alternativa por questão.

Vamos começar com dados gerais:

Q1	Em que dia/mês/ano o(a) senhor(a) nasceu? ____/____/____
Q2	Assinale com um X a alternativa que corresponde ao seu gênero: 1- <input type="checkbox"/> Masculino 2- <input type="checkbox"/> Feminino
Q3	Assinale com um X a alternativa que corresponde à sua maior escolaridade completa: 1- <input type="checkbox"/> Curso profissionalizante 2- <input type="checkbox"/> Graduação 3- <input type="checkbox"/> Especialização 4- <input type="checkbox"/> Mestrado 5- <input type="checkbox"/> Doutorado 6- <input type="checkbox"/> Pós Doutorado
Q4	Em que ano o(a) senhor(a) se formou em sua última escolaridade? _____
Q5	Quantos empregos o(a) senhor(a) tem atualmente? _____
Q6	Além de trabalhar, o(a) senhor(a) atualmente estuda? 1- <input type="checkbox"/> Não 2- <input type="checkbox"/> Sim (Curso: _____)
Q7	Assinale com um X a função que o (a) senhor (a) desempenha neste hospital: 1- <input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermagem 2- <input type="checkbox"/> Técnico de enfermagem 3- <input type="checkbox"/> Enfermeiro
Q8	Em que ano o(a) senhor(a) começou a trabalhar neste hospital? _____
Q9	Em qual área o(a) senhor(a) trabalha atualmente neste hospital? 1- <input type="checkbox"/> Centro cirúrgico 7- <input type="checkbox"/> Internação Pediátrica 10- <input type="checkbox"/> Supervisão/Gerência 2- <input type="checkbox"/> Consultas ambulatoriais 8- <input type="checkbox"/> Serviços auxiliares de diagnóstico e terapia (Endoscopia, Imagem, Métodos Gráficos) 11- <input type="checkbox"/> Transplante de Medula Óssea 3- <input type="checkbox"/> Hemodiálise 9- <input type="checkbox"/> Serviços de apoio (Agência transfusional, Central de material esterilizado, Comissão de controle de infecção hospitalar, Educação permanente, Ouvidoria, Transporte, Vacinação) 12- <input type="checkbox"/> Unidade de Tratamento Intensivo 4- <input type="checkbox"/> Internação cirúrgica 13- <input type="checkbox"/> Outra (especificar): _____ 5- <input type="checkbox"/> Internação clínica médica 6- <input type="checkbox"/> Internação de curta permanência
Q10	Em qual turno o(a) senhor(a) trabalha neste hospital? 1- <input type="checkbox"/> Diurno 2- <input type="checkbox"/> Noturno
Q11	Qual o seu vínculo empregatício neste hospital? 1- <input type="checkbox"/> Efetivo 2- <input type="checkbox"/> Contrato temporário

Agora vamos propor algumas questões sobre o objetivo do estudo:

Q12	Qual o seu contato com as ações propostas pelo programa de qualidade deste hospital? 1- <input type="checkbox"/> Não tenho contato com o programa 2- <input type="checkbox"/> Executo as orientações da qualidade 3- <input type="checkbox"/> Participo do gerenciamento das ações
-----	---

Q13- Assinale com um X a coluna ao lado que melhor expressa o quanto o(a) senhor(a) concorda com cada uma das afirmações em relação ao programa de qualidade adotado NESTE HOSPITAL:	Concordo totalmente (5)	Concordo parcialmente (4)	Não tenho opinião a respeito (3)	Discordo parcialmente (2)	Discordo totalmente (1)
1- Conheço a trajetória da qualidade no hospital					
2- Me interesso pelos rumos da qualidade do hospital					
3- Sinto que faço realmente parte das conquistas deste hospital					
4- Me sinto responsável pela qualidade deste hospital					
5- Considero-me envolvido com o programa de qualidade					

Continuação	Concordo totalmente (5)	Concordo parcialmente (4)	Não tenho opinião a respeito (3)	Discordo parcialmente (2)	Discordo totalmente (1)
6- As orientações da qualidade são claras e fáceis de entender					
7- As orientações da qualidade são possíveis de serem seguidas					
8- Estou de acordo com a condução do programa de qualidade					
9- O meu empenho em atender às demandas do programa de qualidade é reconhecido pelo hospital					
10- Considerando somente o nível de exigência do programa de qualidade, eu aconselharia um amigo a vir trabalhar neste hospital					
11- O hospital me oferece os recursos necessários para atender às demandas do programa de qualidade					
12- As exigências que o hospital me faz no programa de qualidade são adequadas em relação aos benefícios que me oferece					
13- O programa de qualidade contribui para que o hospital me dê orientações e recursos necessários à execução do meu trabalho					
14- O programa de qualidade faz com que o hospital se preocupe com a minha saúde e o meu bem estar					
15- O programa de qualidade torna o meu trabalho motivante					
16- O programa de qualidade promove uma melhor interação com os meus colegas de trabalho e chefia					
17- Executar as ações da qualidade não é um fator de desgaste					
18- Nos momentos de lazer e descanso sou capaz de me esquecer das demandas do programa de qualidade					
19- As orientações da qualidade já fazem parte da minha rotina, faço naturalmente sem me sentir pressionado(a)					
20- A qualidade me estimula a pensar em soluções criativas					
21- As orientações da qualidade facilitam o meu trabalho					
22- A qualidade me dá segurança no desempenho das minhas tarefas					
23- A qualidade promove maior qualidade de vida no trabalho					
24- Com a qualidade posso me aproximar mais do cuidado ao paciente					

Q14- Assinale com um X a coluna ao lado que melhor expressa o quanto cada um dos elementos abaixo é beneficiado pela adoção do programa de qualidade NESTE HOSPITAL:	Extremamente (5)	Muito (4)	Mais ou menos (3)	Pouco (2)	Nada (1)
1- A imagem do hospital					
2- O meio ambiente					
3- O governo					
4- Os familiares do paciente					
5- Os trabalhadores					
6- O paciente					
7- A sociedade					
8- O sistema de saúde					
9- As instituições certificadoras					
10- Os diretores do hospital					
11- A equipe de enfermagem					
12- A equipe médica					
13- Os alunos e professores					
14- O ensino e a pesquisa					

Muito obrigada pela sua participação!



ANEXO A – Parecer e adendos do Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRO-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

Parecer nº «262/2010»

Protocolo CEP-UFJF: «2179.239.2010» **ER:** «368258» **CAAE:** «0171.0.180.00-10»

Projeto de Pesquisa: «Programa de melhoria contínua da qualidade: o que pensam os funcionários de uma Unidade de Pronto Atendimento»

Versão do Protocolo e Data: «1ª 01/09/10»

Área Temática: «Grupo III»

Pesquisador Responsável: «Fernanda Mazzoni da Costa»

TCLE: «1ª 30/08/10»

Pesquisadores Participantes: «Rosângela Maria Greco»

Instituição: «Faculdade de Enfermagem»

Sumário/comentários do protocolo:

Justificativa: O estudo busca contribuir na melhoria da qualidade da unidade em que se insere, encontrar estratégias para o envolvimento dos funcionários na construção de uma cultura comprometida com a melhoria contínua, e fornecer subsídios para as reflexões acerca de estratégias que se apliquem também a outras instituições de saúde.

Comentário: Os argumentos apresentados justificam a realização do estudo.

Objetivos: Avaliar o conhecimento e a compreensão dos funcionários de uma UPA quanto à finalidade e importância de um programa de melhoria contínua da qualidade.

Comentário: Os objetivos são coerentes com a justificativa.

Metodologia: Propõe-se uma pesquisa descritiva, na modalidade de levantamento, com a interrogação direta de todos os funcionários da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do bairro São Pedro que expressarem a concordância em participar da pesquisa pela assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido através de um questionário autoaplicável semiestruturado que será fornecido em 2 momentos: antes do início da implantação de um programa de melhoria contínua que será implementado na instituição e logo após o primeiro ciclo de atividades deste programa. Este material ficará sob a guarda da pesquisadora por 5 anos e depois será destruído. Os dados serão analisados quanti-qualitativamente.

Comentário: A metodologia é adequada para responder a pergunta do estudo.

Revisão e referências: Devidamente citadas no texto, atualizadas e adequadas

Orçamento: Claro e adequado

Fonte de custeio: Pesquisadores

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, bem elaborado, claro e preciso.

Qualificação do(a) pesquisador(a). Satisfatória

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela **aprovação** do protocolo de pesquisa proposto.

Situação: Projeto Aprovado
Juiz de Fora, 17 de setembro de 2010

Profa. Dr^a Ieda Maria Vargas Dias
Coordenadora – CEP/UFJF

RECEBI
DATA: 13/10/2010
ASS:



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRO-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

Adendo ao Parecer nº «262/2010»

Protocolo CEP-UFJF: «2179.239.2010» **FR:** «368258» **CAAE:** «0171.0.180.00-10»

Projeto de Pesquisa: «Programa de melhoria contínua da qualidade: o que pensam os funcionários de uma Unidade de Pronto Atendimento »

Area Temática: «Grupo III»

Pesquisador Responsável: «Fernanda Mazzoni da Costa»

Pesquisadores Participantes: «Rosângela Maria Greco»

Instituição: «Faculdade de Enfermagem»

Sumário/comentários:

A pesquisadora solicitou ao CEP diversas modificações na pesquisa supracitada.

O Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela **não aprovação** das modificações solicitadas, visto que todo o projeto foi modificado, incluindo metodologia, objetivo, local do estudo, título, instrumento de coleta de dados, etc.

Solicitamos, portanto, que um novo projeto seja apresentado.

Juiz de Fora, 01 de março de 2012.


Prof. Dra. Edelvais Keller
Coordenadora – CEP/UFJF

RECEBI

DATA: ____/____/2012

ASS: _____



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
 PRO-REITORIA DE PESQUISA
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
 36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

Adendo ao Parecer nº «262/2010»

Protocolo CEP-UFJF: «2179.239.2010» **FR:** «368258» **CAAE:** «0171.0.180.00-10»
Título Anterior: «Programa de melhoria contínua da qualidade: o que pensam os funcionários de uma Unidade de Pronto Atendimento»
Título Atual: «Programa de melhoria contínua da qualidade: o que pensam os funcionários dos serviços de saúde»
Area Temática: «Grupo III»
Pesquisador Responsável: «Fernanda Mazzoni da Costa»
Pesquisadores Participantes: «Rosângela Maria Greco»
Instituição: «UFJF - Faculdade de Enfermagem»

Sumário/comentários:

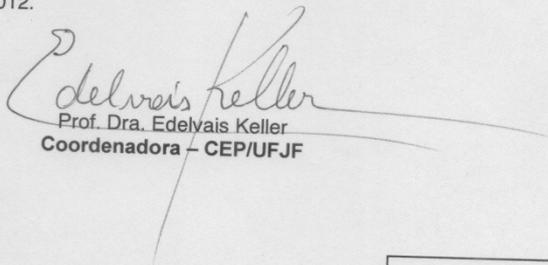
A pesquisadora solicitou ao CEP a inclusão do Hospital Universitário da UFJF como novo campo para coleta de dados da pesquisa supracitada. A autorização da instituição foi devidamente apresentada.

Como o objetivo anterior fazia referência somente à Unidade de Pronto Atendimento, devido à inclusão de mais um campo, o objetivo passou a ser: «Avaliar o conhecimento e a compreensão dos funcionários de serviços de saúde quanto à finalidade e importância de um programa de melhoria contínua da qualidade.»

O título também será alterado, passando a ser: «Programa de melhoria contínua da qualidade: o que pensam os funcionários dos serviços de saúde»

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação das modificações.

Situação: Aprovado
 Juiz de Fora, 02 de maio de 2012.


 Prof. Dra. Edelvais Keller
 Coordenadora – CEP/UFJF

RECEBI
DATA: ___/___/2012
ASS: _____

ANEXO B - Autorizações da instituição para a pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
RUA CATULO BREVIGLIERE, S/Nº
36036-110 – JUIZ DE FORA – MG – BRASIL

DECLARAÇÃO

O Diretor Geral do Hospital Universitário da UFJF, Prof. Dr. Dimas Augusto Carvalho de Araújo autoriza a pesquisadora Fernanda Mazzone da Costa a realizar sua pesquisa no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF), intitulada: "Programa de melhoria contínua da qualidade: o que pensam os funcionários dos serviços de saúde" e declara que a Instituição dispõe de infraestrutura necessária para a realização da pesquisa. Trata-se de uma pesquisa que tem como objetivo avaliar o conhecimento e a compreensão dos funcionários dos serviços de saúde quanto à finalidade e importância de um programa de melhoria contínua da qualidade.

A pesquisadora responsável se compromete a resguardar a confidencialidade, o sigilo, a privacidade, a proteção de imagem, a não estigmatização dos sujeitos garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas, inclusive em termos de auto-estima de prestígio econômico ou financeiro.

Juiz de Fora, 21 de março de 2012.

Dr. Dimas Augusto Carvalho de Araújo



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
 MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
 RUA CATULO BREVIGLIERE, S/Nº
 36036-110 - JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

DECLARAÇÃO

A Diretora de Enfermagem do Hospital Universitário da UFJF, Maria Inês Alves Cabral autoriza a pesquisadora Fernanda Mazzoni da Costa a realizar sua pesquisa no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF), intitulada: "Programa de melhoria contínua da qualidade: o que pensam os funcionários dos serviços de saúde" e declara que a Instituição dispõe de infraestrutura necessária para a realização da pesquisa. Trata-se de uma pesquisa que tem como objetivo avaliar o conhecimento e a compreensão dos funcionários dos serviços de saúde quanto à finalidade e importância de um programa de melhoria contínua da qualidade.

A pesquisadora responsável se compromete a resguardar a confidencialidade, o sigilo, a privacidade, a proteção de imagem, a não estigmatização dos sujeitos garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas, inclusive em termos de auto-estima de prestígio econômico ou financeiro.

Juiz de Fora, 21 de março de 2012.

Maria Inês Alves Cabral
 DIRETORA ENFERMAGEM
 COREN MG 19834

M. Inês Cabral 19634

Maria Inês Alves Cabral

ANEXO C – Termo de consentimento livre e esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO – MESTRADO EM ENFERMAGEM



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “Programa de melhoria contínua da qualidade: o que pensam os funcionários dos serviços de saúde”. Neste estudo pretendemos analisar a perspectiva do trabalhador de enfermagem sobre os programas de melhoria contínua da qualidade.

O motivo que nos leva a estudar esse assunto é a possibilidade de gerar uma reflexão sobre os caminhos que vem sendo trilhados na adoção destes programas e para apontar na direção da melhoria da qualidade do serviço com correspondente valorização do trabalhador que a produz.

Para este estudo adotaremos o(s) seguinte(s) procedimento(s): aplicação de um questionário fornecido pela pesquisadora aos trabalhadores de enfermagem selecionados por amostragem. O material será posteriormente analisado e estudado a partir da literatura de referência no assunto.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido(a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pela pesquisadora. A pesquisadora irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pela pesquisadora responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do(a) participante

Assinatura da pesquisadora

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

CEP- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - UFJF
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA / CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF
JUIZ DE FORA (MG) - CEP: 36036-900
FONE: (32) 2102-3788 / E-MAIL: cep.propesq@ufjf.edu.br

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: FERNANDA MAZZONI DA COSTA
E-MAIL: fernanda.mazzoni@ufjf.edu.br



Bibliografia consultada

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Normas de Apresentação tabular**. Rio de Janeiro, 1993.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 10520**: informação e documentação: citações em documentos: apresentação. Rio de Janeiro, 2002.

_____. **NBR 6023**: Informação e documentação: Referências: Elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

_____. **NBR 6027**: Informação e documentação: Sumário: Apresentação. Rio de Janeiro, 2003.

_____. **NBR 6028**: Informação e documentação: Resumo: Apresentação. Rio de Janeiro, 2003.

_____. **NBR 15287**: Informação e documentação: Projeto de Pesquisa: Apresentação. Rio de Janeiro, 2005.

_____. **NBR 14724**: Informação e documentação: Trabalhos acadêmicos: Apresentação. Rio de Janeiro, 2011.