

**Estado de Santa Catarina  
Universidade Federal de Santa Catarina  
Centro de Desenvolvimento em Recursos Humanos em Saúde  
Gerência de Projetos Especiais  
Curso de Especialização em Gestão Hospitalar**

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE QUALIDADE  
TOTAL NO HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO**

Cristhine Reis Medeiros

Prof. Alcides Milton da Silva  
Coordenador

Prof. Octácilio Schuler Sobrinho  
Orientador

Florianópolis/SC  
1998

**Estado de Santa Catarina  
Universidade Federal de Santa Catarina  
Centro de Desenvolvimento em Recursos Humanos em Saúde  
Gerência de Projetos Especiais  
Curso de Especialização em Gestão Hospitalar**

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE QUALIDADE  
TOTAL NO HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO**

Cristhine Reis Medeiros

Parecer:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Alcides Milton da Silva  
Coordenador

\_\_\_\_\_  
Octacilio Schuler Sobrinho  
Orientador

\_\_\_\_\_  
João Carlos Caetano  
Membro

Florianópolis/SC  
1998

*A mudança, contínua e inevitável, é o fator dominante na sociedade atual.  
Nenhuma decisão sensata pode mais ser tomada sem levar em conta não apenas  
o mundo como ele é, mas o mundo como ele será.*  
*Isaac Asimov, 1978*

## AGRADECIMENTOS

- Em especial, a Jucely, minha mãe, a quem dedico o presente trabalho.
- Ao Victor, pelo amor e compreensão.
- Aos meus irmãos que com carinho e dedicação me ajudaram a concluir o presente estudo.
- Ao Professor Octacilio pela orientação do presente trabalho e por ter repassado, nos momentos difíceis, sabedoria e tranquilidade.
- Ao Professor Júlio que valorizou o presente trabalho com sua contribuição
- Ao Luís Otávio pela sua contribuição teórica.
- Aos meus amigos Marcelo, Ivana F. e Ivana R. por compartilharem comigo momentos de incerteza, mas sempre acreditando que amanhã será um dia melhor.
- A todos os colegas do Curso de Especialização, em especial a Ana Maria, Dina, Geraldo e Luís Carlos.
- A Direção Geral do HIJG, que nos oportunizou o desenvolvimento do presente trabalho.
- A equipe do Desenvolvimento Organizacional pelo apoio.
- Aos membros do Escritório da Qualidade que acreditaram que era possível mudar o modelo de gestão. Em especial a Jaqueline e Eliane que sempre nos incentivaram com palavras de compreensão e carinho nos momentos difíceis.
- A Maria Luiza por experimentarmos juntos momentos de angústia, mas principalmente pela sua contribuição no desafio de implantar a Gestão da Qualidade Total nos hospitais.
- Uma homenagem aos atores sociais do HIJG, no qual acredito, que apesar das dificuldades vivenciadas, são capazes de superar os desafios que nos impõe a realidade atual.

# SUMÁRIO

	<b>Pág.</b>
1. Apresentação .....	06
2. Abstract .....	07
3. Base Monográfica .....	08
4. Introdução .....	09
<b>Capítulo I - A inserção da Gestão da Qualidade Total nas organizações públicas de saúde .....</b>	<b>11</b>
1.1 - As necessidades de mudanças do modelo de administração .....	11
1.2 - Caracterização das organizações públicas de saúde .....	17
1.3 - Qualidade em serviços de saúde .....	24
1.4 - Gestão da Qualidade Total – uma alternativa de gestão para as organizações de saúde .....	28
1.4.1 - Gerenciamento do crescimento do ser humano .....	36
1.4.2 - Gerenciamento da rotina .....	39
1.4.3 - Gerenciamento pelas diretrizes .....	40
1.4.4 - Sistema de implantação da GQT – Programa da Qualidade Total .....	44
<b>Capítulo II – A Gestão da Qualidade Total no serviço público do Estado de Santa Catarina .....</b>	<b>47</b>
2.1 - Estrutura de implantação do Programa de Qualidade Total no serviço público do Estado de Santa Catarina .....	47
2.2 - Estrutura de implantação do Programa de Qualidade Total na Secretaria de Estado da Saúde .....	49
2.3 - Caracterização institucional – Hospital Infantil Joana de Gusmão .....	52
<b>Capítulo III – Relato da experiência da implantação do Programa de Qualidade Total no Hospital Infantil Joana de Gusmão .....</b>	<b>54</b>
3.1 - Antecedentes da implantação da Gestão da Qualidade Total no Hospital Infantil Joana de Gusmão .....	54
3.2 - Levantamento sobre os processos do Hospital Infantil Joana de	

Gusmão .....	55
3.3 - Projeto de implantação do Programa de Qualidade Total .....	56
3.4 - Reuniões promovidas pela Coordenadoria da Qualidade da Secretaria de Saúde e pela Secretaria Extraordinária da Qualidade e Produtividade no Serviço Público Estadual .....	61
3.5 - Grupo de estudo sobre qualidade no serviço público .....	65
3.6 - Planejamento estratégico . .....	65
3.7 - Promoção de cursos e diagnóstico institucional realizado pela Fundação CERTI .....	69
3.8 - Implantação do Gerenciamento da Rotina na Subgerência do Psicossocial .....	70
3.9 - Constituição do Escritório da Qualidade .....	72
3.10 - Promoção de cursos de Gestão da Qualidade Total .....	73
3.11 - Implantação do Gerenciamento da Rotina na Emergência Externa .....	74
a) Estudo de processos .....	74
b) Pesquisa da clientela externa .....	75
Objetivos .....	75
Metodologia .....	76
Desenvolvimento da pesquisa .....	76
c) Levantamento sobre a satisfação dos funcionários da Emergência Externa .....	77
<b>Capítulo IV – A avaliação do processo de implantação do Programa de Qualidade Total no Hospital Infantil Joana de Gusmão .....</b>	<b>79</b>
4.1 - Resultados Alcançados .....	79
4.2 - Avaliação.....	84
4.3 - Proposta de continuidade do Programa da Qualidade Total no Hospital Infantil Joana de Gusmão .....	93
Considerações finais .....	99
Bibliografia .....	103
Anexo .....	112



## APRESENTAÇÃO

Este trabalho foi estruturado objetivando-se a conclusão do Curso de Especialização em Gestão Hospitalar, desenvolvido através do convênio Universidade Federal de Santa Catarina/Secretaria de Estado de Saúde, sendo realizado no período entre março e novembro de 1998.

O presente estudo versa sobre a avaliação do processo de implantação da GQT – uma experiência vivenciada no Hospital Infantil Joana de Gusmão, órgão da administração pública do Estado de Santa Catarina, no período de outubro de 1996 à outubro de 1998, considerando-se seus antecedentes iniciados nos meados de 1995, tendo como objetivo central desenvolver-se uma análise crítica do processo de implantação dessa proposta de gestão, buscando-se subsídios teóricos e práticos para superar as dificuldades vivenciadas.

A orientação teórico-metodológica está pautada em estudos teóricos, pesquisa em documentos no campo das ações desenvolvidas e através da observação participante, por meio da interpretação dos fatos e dados coletados.

Metodologicamente foi construída a partir de considerações sobre as necessidades de mudanças do modelo de administração pública, as particularidades das organizações públicas de saúde, em particular, os hospitais, a Gestão da Qualidade Total – GQT como alternativa de gestão, frente aos desafios apresentados no âmbito estrutural e conjuntural, a caracterização institucional, o relato da experiência, e avaliação, na qual apresentam-se os resultados, a análise crítica e a proposta de desenvolvimento de melhorias no processo de implantação desse modelo de gestão.



## **ABSTRACT**

This work has been planned to describe the development of a course on Specialization in Hospital Management, carried out through an agreement between Universidade Federal de Santa Catarina and the State Secretariat for Health, from March through November, 1998.

The study focus on the evaluation of the implantation of Total Quality Management as carried out in Hospital Infantil Joana de Gusmão, a public children hospital in Florianópolis, the capital city of Santa Catarina, Brazil. The process itself has taken place from October 1996 through October 1998, and has taken into consideration previous attempts started in middle 1995, whose central goal had been the development of a critical analysis of the implantation process of such management proposals, trying to extract from them theoretical and practical information in order to overcome the difficulties met with.

The theoretical-methodological orientation has followed theoretical studies, research work in papers on the field of the actions undertaken, as well as participating observation through interpretation of the collected data.

As far as the employed methodology is concerned, it has been constructed upon awareness of necessary changes in models of the public administration; of the peculiarities of public health organizations – especially, hospitals – and, of Total Quality Management as a viable alternative to other forms of management, due to the challenges existing both in structural and situational levels, in their institutional typifying, as well as description of experienced processes and their evaluation. In the latter, results have been checked on; a critical analysis has been made, and suggestions for development of improvements in the implantation process of this management model have been forwarded.

## **BASE MONOGRÁFICA**

Avaliação da implantação do Programa de Qualidade Total no Hospital Infantil Joana de Gusmão é o presente estudo monográfico, que objetivou uma avaliação após flexionar vinte e quatro meses de experiência voltada ao modelo previsto pela prática implementada nos diversos órgãos do Estado de Santa Catarina, por exigência atribuída pela produtividade pela e qualidade, no serviço público, decorrentes dos macro processos de globalização, que envolvem a sociedade internacional, neste final de século.

Após, o desenvolvido o estudo monográfico, sinteticamente, conclui-se que os aspectos determinantes, são singulares ao momento e a conjuntura; estes determinantes impulsionam no Ocidente uma reestruturação na qual a competitividade assume foros de reordenamento; que houve esgotamento modelo de desenvolvimento decorrentes de políticas adotadas desde a época do Estado; que as organizações de saúde, em particular, os hospitais, encontram-se em estado de deterioração, agravado pela falta de novos investimentos, fracasso dos resultados esperados e utilização inadequada dos escassos recursos existentes; que os modelos tradicionais de gestão não são capazes de resolver os maiores desafios que impõe a atualidade, que a implantação do GQT é viável no serviço público e na organização hospitalar desde que se tenha firmeza, comprometimento com a satisfação de todos os envolvidos, respaldado sempre na ética, confiança, coerência e equidade das relações de trabalho.

# INTRODUÇÃO

Este trabalho procura trazer à tona a experiência vivenciada pelo Hospital Infantil Joana de Gusmão – HIJG, ao iniciar a implantação da Gestão da Qualidade Total – GQT, em outubro de 1996.

O objetivo, em relatar a presente experiência, é avaliá-la, para buscar subsídios teóricos e práticos que subsidiem o aperfeiçoamento deste processo, propiciando uma reflexão crítica sobre os desafios que se apresentam ao HIJG, quanto à mudança de gestão.

Salientamos, que este trabalho passou a ser construído a partir do momento em que experimentamos desenvolver no HIJG, enquanto Coordenadora da Qualidade, um novo modelo de gestão.

O HIJG é um órgão da administração pública do Estado de Santa Catarina, sendo assim, inserido no Sistema Único de Saúde – SUS, situado em Florianópolis/SC, atendendo crianças e adolescentes de 0 à 14 anos.

A GQT é um sistema administrativo baseado na participação de todos os setores da organização e de todos os empregados no estudo e condução de controle de qualidade, buscando atender às necessidades dos clientes, a custos baixos, através da utilização de instrumentos mais eficazes para o gerenciamento. É um sistema permanente e de longo prazo, que busca a melhoria contínua da qualidade dos serviços e produtos gerados pela organização.

Desta forma, o presente trabalho está organizado em quatro capítulos: o primeiro trata da inserção da GQT nas organizações públicas de saúde; o segundo versa sobre a GQT no serviço público no Estado de Santa Catarina; o terceiro relata a experiência da implantação do PQT no HIJG e o último capítulo avalia o processo de implantação desse modelo de gestão.

A partir desse momento iremos identificar de forma mais apropriada como estes capítulos foram elaborados. Inicialmente, trazemos à tona o debate sobre as necessidades de mudança na administração pública, bem como as particularidades das organizações de saúde, sendo os hospitais o locus do presente estudo. Ainda discorreremos sobre diversas abordagens teóricas sobre a GQT, entendida aqui como alternativa de gestão para os hospitais enfrentarem os desafios que nos impõe o novo século.

O segundo capítulo situa a GQT no serviço público no Estado de Santa Catarina, identificando a estrutura do processo de implantação desse modelo nos diversos níveis da administração pública e seu desdobramento até o HIJG, onde consta a caracterização institucional.

O terceiro capítulo relata a experiência da implantação do PQT no HIJG, no período de outubro de 1996 a outubro de 1998, considerando--se seus antecedentes, bem como descrevendo estudos sobre os processos da organização hospitalar em questão; o

projeto de implantação do PQT; as reuniões com órgão da qualidade da SES e do governo do Estado; a organização de grupo de estudos sobre qualidade no serviço público; o desenvolvimento do planejamento estratégico; a promoção de cursos e diagnóstico realizado pela Fundação Cerni; a tentativa de implantação do Gerenciamento da rotina realizada na Subgerência do Psicossocial e na Emergência Externa e a constituição do Escritório da Qualidade.

O quarto capítulo trata da avaliação da implantação do PQT no HIJG, no qual identificamos os resultados alcançados das atividades realizadas do período de março de 1997 à outubro de 1998, comparando dados com base nas metas propostas, realizamos uma análise crítica da experiência, bem como desenvolvemos propostas que superem, a princípio, algumas questões limitadoras apresentadas ou aperfeiçoar aquelas que obtiveram êxito.

Ao final, nas considerações finais, retomaram-se as idéias centrais do trabalho e teceram-se algumas considerações.

É importante salientarmos que, pelo fato de realizarmos um estudo inicial, reconhecemos suas limitações, mas, esperamos que este trabalho possa servir como base para futuras experiências no HIJG, bem como possa ser somado a outros trabalhos, ampliando o avanço no debate sobre o tema em questão, resultando numa ação que melhore os processos de implantação da GQT, em especial, na área de saúde.

# CAPÍTULO I

## A INSERÇÃO DA GESTÃO DA QUALIDADE TOTAL NAS ORGANIZAÇÕES PÚBLICAS DE SAÚDE

O presente capítulo pretende trazer à tona o debate sobre as necessidades de mudança na administração pública, bem como as particularidades das organizações<sup>1</sup> de saúde, sendo os hospitais o locus de nosso estudo, identificando-se a Gestão da Qualidade Total – GQT, como uma alternativa de gestão. Contextualizando, assim, o processo de implantação do Programa de Qualidade Total – PQT no Hospital Infantil Joana de Gusmão – HIJG frente aos desafios que nos impõe o novo século.

Neste sentido, optamos por discutir inicialmente as necessidades de mudanças do modelo de administração pública no Brasil, buscando referências para a compreensão desse processo de mudanças que se impõe no campo nível organizacional, nos enfoques estrutural, histórico e conjuntural.

### **1.1 - As necessidades de mudanças do modelo da administração pública**

A modernização da gestão pública brasileira é um desafio que nos impõe a atual realidade.

Neste sentido, o presente trabalho recorre a estudos que identificam fatores macro-determinantes desse processo, uma vez que esta necessidade de mudança não se dá de forma isolada no Brasil, mas em quase todos os países do mundo.

A princípio, a intervenção estatal como se conhece hoje, foi necessária porque o desenvolvimento industrial provocou poderosos conglomerados e criou sindicatos de ação nacional, o que levou as classes dominantes a projetar um Estado regulador e mediador da atividade econômica, a fim de se contrapor ao poder dos grupos emergentes.

Após a II Guerra Mundial, a centralização do Estado cresceu em função de um maior compromisso com o bem estar social.

Dessa forma, podemos identificar um modelo de Estado vigente até a década de 70, no Ocidente, principalmente na Europa, que pode ser representado pela criação do

---

<sup>1</sup> Entendemos organização ... como um fenômeno complexo, ambíguo e paradoxal (Morgan, 1991), que para ser apreendido, não na sua totalidade de fato, mas na totalidade possível, requer a utilização de múltiplas percepções da realidade. É uma perspectiva que busca integrar as diferentes possibilidades de compreensão da organização e de seus objetivos. (Lima, 1994:44)

chamado “Estado de bem-estar fordista”<sup>2</sup>. Sendo que as relações salariais de gestão “fordistas” no interior do processo de trabalho se estendem do final dos anos 40 até a primeira metade dos anos 70.

*O estabelecimento do pacto fordista (Harvey, 1992) criou condições adequadas para o crescimento econômico e a estabilidade política do pós-guerra. Ele pode ser considerado como um complemento do pacto Keynesiano entre proprietários e trabalhadores. A base estrutural do pacto eram a produção, o consumo de massa e o crescimento econômico contínuo combinados. Suas forças dinamizadoras eram a economia de escala e a integração de mercados regionais. Essa composição possibilitou a paz entre capital e trabalho e deu à coexistência da democracia com o capitalismo*<sup>3</sup>.

Segundo Martins Filho<sup>4</sup>, na década de 70, vários fatores encadeados começaram a inviabilizar o arranjo vigente. Havia nas economias desenvolvidas uma grande quantidade de recursos aplicados em processos tecnológicos obsoletos que necessitavam ser amortizados.

Além disso, novas tecnologias surgiram em grande escala, alterando a relação existente entre capital e trabalho, porque mudaram a natureza e o caráter dos processos de trabalho e de produção. A base das novas tecnologias estava associada ao desenvolvimento da microeletrônica, da automação flexível e da robotização.

A queda da produtividade era outro fator que tinha relação direta com uso de tecnologias obsoletas, ainda dominantes no processo de produção.

A crise do petróleo, no início dos anos 70, o aumento dos preços da matéria-prima aliado ao grau de protecionismo adotado de forma geral, trouxe recessão econômica. Esta aumentou a ociosidade dos fatores de produção e provocou uma crise fiscal generalizada nos estados ocidentais. Esta crise foi causada pela combinação da queda de arrecadação com o aumento de gastos, que, por sua vez, foi provocado pela diminuição da atividade econômica, enquanto que o aumento dos gastos foi ocasionado pela maior demanda por programas sociais, devido ao desemprego.

Essa situação inviabilizou o paradigma fordista de organização de produção, levando a necessidades de mudanças econômicas e sociais.

---

<sup>2</sup> Segundo MARTINS FILHO (1996:95), este pacto foi a resposta encontrada pelo ocidente para o conflito entre a autonomia dos agentes privados – essencial para o conflito entre autonomia dos agentes privados – essencial para a eficiência microeconômica -, os objetivos mais gerais do Estado e interesses dos trabalhadores, o que ele chamou de pacto implícito entre Estado, capital e trabalho. Sendo citado em estudos de Boyer, 1989; Harvey, 1992; Aglietta, 1979. O “Estado fordista”, apoiado em governos de cunho social-democrata, de cunho universalista que integravam os trabalhadores. Dentro desse contexto o Estado assumia, na maior parte dos casos, a responsabilidade pelos grandes investimentos em infra-estrutura e gera diretamente grande parte dos serviços públicos a eles associados.

O termo fordismo deriva da filosofia de gestão utilizada por Henry Ford na administração de suas indústrias. Ford introduziu inovações administrativas como : adoção de benefícios aos empregados, pagamento de salários mais altos, relativa estabilidade de emprego e gestão mais participativa.

<sup>3</sup> Revista de Administração Pública, Vol. 30, N° 6 – novembro/dezembro/1996, cit. p. 95

<sup>4</sup> Ibid., p. 95

Além disso, o descontentamento crescente da população favoreceu as políticas influenciadas pelo liberalismo<sup>5</sup>.

Em estudos realizados por Martins Filho<sup>6</sup> esses processos estão relacionados a um novo modelo de acumulação chamado “modo de regulação flexível”. Essa flexibilização, desencadeia um reordenamento no processo produtivo no tocante ao capital e à integração dos trabalhadores a padrões de consumo.

Neste sentido, o capital mudou sua lógica de atuação, sendo que a globalização surge como alternativa para dinamizar o mercado frente a crise enfrentada.

*... A lógica adotada ditava que deveria surgir em cada país um mercado nacional dinâmico, fortemente competitivo, composto de unidades de pequeno e médio portes e integrados aos grandes conglomerados. Essa integração se daria através de processos de terceirização e montagem de redes de fornecedores. Como corolário surgiram a maximização da produtividade e a capacidade global. Tal cenário pode ser entendido como o embrião do atual conceito de globalização<sup>7</sup>.*

Em relação ao componente trabalho, neste processo, houve separação de interesses dos trabalhadores. De um lado, continuou a estabilidade para alguns trabalhadores e, de outro, o trabalho temporário e informal. Neste contexto, as organizações sindicais que eram oposição ao capital foram subvertidas, uma vez que houve um aumento no número de pequenos empresários e profissionais autônomos, resultante da generalização dos processos de produção<sup>8</sup>.

O fato da produção ser segmentada refletiu nos padrões de consumo, tornando-o cada vez mais diferenciados.

Neste contexto, começou a ser feita a substituição do cidadão/trabalhador pelo cliente/cidadão<sup>9</sup>. A intensificação de um mundo cada vez mais competitivo, a globalização dos mercados ocorridos na última década fizeram com que a ação estatal mudasse. Em função dessa nova conjuntura internacional, o modelo de administração pública no Ocidente vem sendo reestruturado, levando o Brasil a conduzir mudanças na atuação estatal.

Nesta perspectiva, o Brasil optou por reformar o Estado através da diminuição de suas funções, privatizando as empresas estatais, alegando que isso se fazia necessário para permitir que sua preocupação se voltasse para área social, de saúde e educação, bem como, também argumentando que o sistema privado é mais eficiente e menos corporativo que o público, não tratando da relação intrínseca com as questões sociais e culturais que

---

<sup>5</sup> O liberalismo tem como proposta central a retirada do Estado das áreas estratégicas de produção econômica e até mesmo da prestação de serviços públicos.

<sup>6</sup> *Ibidi*, p. 96

<sup>7</sup> *Ibidii* p. 96

<sup>8</sup> *Ibidiii*, p. 97

<sup>9</sup> Segundo *Ibidiiii*(1996:97), o cidadão/trabalhador encara o Estado apenas como um mecanismo de intermediação para obtenção de benefícios compensatórios do capital e ganhos sociais de salários, através de impostos ou processos de intermediação e o cliente/cidadão entende o Estado como um prestador de serviços comprometidos com critérios de qualidade e atendimento associados aos serviços que presta.

pressupõe esta tomada de decisão e, mais do que isto, não possibilitando a real discussão sobre a essência do problema, afastando, assim, uma discussão profunda sobre a necessidade de mudanças estratégicas neste processo. Afirmar, que o problema é causado apenas pela má administração dos serviços públicos é reducionista e não nos leva a um real diagnóstico da situação .

Contudo , é preciso analisar a realidade sob diversos ângulos , possibilitando uma melhor compreensão dos acontecimentos, o que pressupõe necessidade de mudanças na organização pública, em particular, de saúde.

Segundo Martins Filho<sup>10</sup> é preciso considerar-se que a crise econômica do país deve ser analisada sob dois aspectos. O primeiro, abordado pelo lado da teoria da regulamentação, segundo a qual num contexto globalizado, a crise brasileira é consequência da crise do pacto-fordista. O segundo, complementar o primeiro, afirma o resultado do esgotamento das possibilidades de um modelo de desenvolvimento , tornando-o ultrapassado para atualidade. Enquanto que no primeiro ângulo, a abordagem é globalizada, no segundo, são focalizadas as peculiaridades decorrentes das políticas adotadas desde a época do Estado Novo no Brasil.

É importante salientarmos que não existe, no Brasil, um modelo de regulamentação definida de forma clara, como nos outros países ocidentais<sup>11</sup>.

No Brasil, as estruturas institucionais que têm como função estabilizar o regime de acumulação não se estabeleceram, uma vez que os pressupostos do pacto fordista estabelecidos foram deturpados. Essa deturpação deu-se, de um lado, pela inserção tardia do Brasil no contexto internacional, e, de outro lado, pela exclusão de diversos atores sociais, nas relações de poder. Como consequência de sua inserção tardia, esse projeto sofre pressões internas geradas pela rigidez burocrática, pelo forte corporativismo, pelas persistentes crise fiscal e pressões de origem externa provenientes do discurso político da modernidade<sup>12</sup>.

Acresce que, no Brasil, convivemos com dois tipos de estrutura de produção: um tipicamente fordista , com produção em massa e penetração no mercado nacional e internacional, e outra, composta por organizações arcaicas.

Em termos de padrões de consumo, a realidade brasileira é bastante ambígua, pois *...existe uma legião de excluídos, cujo padrão de renda corresponde ao nível de subsistência, convivendo com uma minoria que detém quase toda a renda disponível para o consumo. Esse quadro inviabiliza o surgimento de um forte mercado consumidor, base da lógica do regime de acumulação fordista*<sup>13</sup>.

Além disso, segundo os estudos do mesmo autor, as estruturas formais de organização das relações de poder político são constituídas de forma ambígua, ou seja, os sindicatos patronais são segmentados de forma setorial e regional, baseados na

---

<sup>10</sup> Ibidiiii, p. 98

<sup>11</sup> SOUZA e SILVA apud Ibidiiii p. 98

<sup>12</sup> Ibidiiiiii , p. 98-99



heterogeneidade de sua composição e os sindicatos dos trabalhadores, ainda são caracterizados pelo clentelismo e peleguismo, estando divididos, atualmente entre o sindicalismo de resultados e o sindicalismo ativista típico. Quanto aos partidos políticos, primam eles pela ambiguidade correspondente às estruturas que representam, com algumas excessões.

É neste contexto que se pretendeu integrar as estruturas desatualizadas para se estabelecer o chamado “pacto fordista à brasileira”.

Neste cenário, a política que apoiava essa tentativa de construção fordista era extremamente contraditória, nela podíamos presenciar, de um lado, características de um Estado autóritário, baseado no clientelismo arcaico, a qual a proposta pretendia superar e, por outro lado, havia uma estrutura sindical que sempre se opôs à estrutura vigente, uma vez que não via contemplados seus interesses .

A crise do Estado Brasileiro, tanto em termos fiscais quanto estruturais, ficou mais transparente com o processo democrático, inaugurado nos anos 80. A Constituição de 1988, deu um novo formato ao Estado, no que diz respeito à universalização das políticas sociais, à descentralização das estruturas institucionais e dos recursos fins, e às novas formas de controle social, com maior participação da população. Assim, a crise se enfiçou-se num nível maior de complexidade, pelas pressões de competitividade internacional e pela dívida pública e social interna. (grifos nosso)

Assim, o modelo da administração pública, como foi concebido e implantado no Brasil a partir de 1930 vem entrando em definitivo colapso nos últimos anos. O aparelho público vem se deteriorando e sendo sucateado em todas as de áreas de atuação direta ou indireta do Estado, resultado de uma diversidade de causas e conseqüências , que se confundem, como já pudemos observar anteriormente.

Porém, acrescentamos alguns elementos sobre o processo de deterioração do setor público em nosso País, para subsidiar a presente discussão.

A expansão do setor público no, Brasil, teve início durante o chamado Estado Novo, em 1930. Segundo Martins Filho<sup>14</sup>, este também pode ser considerado o início do Estado em sua forma contemporânea. Essa expansão se desenvolveu em diversas frentes , ou seja, no aumento da capacidade do Estado para arrecadar recursos da sociedade; no campo de regulamentação, quando passou a regular amplos setores da economia e fornecer serviços sociais básicos, como, educação e saúde, aumento da intervenção no setor produtivo, sendo que este processo foi aumentado no regime militar.

Fatores como a crise de petróleo, por deixar claro a precariedade da estrutura fiscal do Estado, a crescente disfuncionalidade dos modelos de desenvolvimentos autárquico e autoritário num mundo em processo de rápida internacionalização, a desregulação da economia, a presença de um processo inflacionário crescente e o aumento considerável do

---

<sup>13</sup> Ibidiiiiiiii p. 99

<sup>14</sup> Ibidiiiiiiii, p. 90

desequilíbrio orçamentário desgastaram gradativamente a capacidade do Estado de prestar serviços<sup>15</sup>.

As estruturas institucionais brasileiras ainda se caracterizam por uma série de distorções como: a dificuldade de explicitar objetivos, cartorialismos dos controles<sup>16</sup>, centralização administrava nas três esferas do governo, um imenso distanciamento entre planejador e executor das ações, corporativismo, clientelismo, favoritismo, corrupção.

*... O clientelismo inchou de maneira desordenada os quadros humanos do Estado; o corporativismo criou privilégios injustificáveis para alguns estratos de funcionários das estatais à custa do contribuinte,...); o populismo aposentou precocemente milhões de pessoas graças (...) à simples ausência de controles previdenciários; e a corrupção disseminada em todos os níveis gerou uma relação espúria entre o Estado contratador e comprador, de um lado, e seus fornecedores e empreiteiros de obra, de outro. A soma dessas patologias encareceu brutalmente o custeio estatal sem contribuir para ampliação dos serviços essenciais<sup>17</sup>.*

Somada a esta situação, as tentativas de acabar com o processo inflacionário levaram os Poderes Executivo e Legislativo a buscar alternativas para resolver tal situação, porém, as mesmas sempre foram baseadas na recessão e altos juros.

*Os juros anuais pagos pelos papéis públicos no Brasil são atualmente 10 a 15% ao ano não maiores que os de outros países do mesmo nível de desenvolvimento, e, uma vez que os governos são os maiores devedores da economia, o setor público acaba sendo fortemente penalizado por eles, além de gerar um enorme efeito sobre os níveis de juros praticados pela economia privada (...). Como resultado (...), o Estado deixou de investir em educação, saúde, segurança, serviços urbanos e justiça, porque os recursos necessários para tal sendo comprometidos na (...) manutenção estática da máquina estatal ou no pagamento dos encargos da dívida pública. Inversamente, uma redução de 5% nas taxas reais de juros pagas pelo governo corresponderia a liberar US\$4 bilhões para reforçar a ação social do Estado...<sup>18</sup>.*

Além disso, a falta de capacidade dos legisladores e de habilidade gerencial levaram as organizações públicas a não se modernizarem, conforme a realidade exigia. As experiências para resolver tal situação careceram de responsabilidade política e competência administrativa para repensar de forma mais profunda a atuação e a estrutura

---

<sup>15</sup> Segundo CASTOR (1996:101) O Estado brasileiro para fazer frente aos gastos com conta de petróleo ao invés de realizar um ajuste estrutural, recorreu ao endividamento externo, então barato e abundante. O desequilíbrio perpetuou-se na década de 70 e no início dos anos 80, foi exaurida a capacidade de financiamento por créditos externos, desencadeando a crise do petróleo.

<sup>16</sup> Segundo MALIK e VECINA (s.d.:4) ... *Toda a área meio da administração pública brasileira está eivada do vício do cartorialismo. O rito da peça orçamentaria rígida que nada tem a ver com os programas; o rito das licitações, para as quais não interessa o “que” e “por quanto” comprou-se (...). Aqui, devido ao império do rito sobre os objetivos da organização, gera-se uma inversão. O objetivo passa a ser o poder sobre o rito, ou seja, excercer o controle sobre o rito na obtenção dos fatores de produções é que gera reconhecimento na organização (...). Nessa ciranda perversa, os objetivos das instituições são colocados de lado e o cliente (a razão de ser da mesma) é esquecido.*

<sup>17</sup> Revista da Administração Pública, Vol. 28, N° 3 – julho/setembro/1994, cit. pp.156-57

<sup>18</sup> Ibid., p. 157

da administração pública , levando a insucesso os esforços de melhorar o desempenho das máquinas estatais.

Os fatores macro-determinantes criam condições objetivas e fortaleceram a opção liberal do Estado mínimo, pelo qual o atual governo federal está pautado para buscar as mudanças que se fazem necessárias na administração pública.

Para enfrentar os desafios que se colocam para o Brasil é necessário produzir com qualidade, aumentar a produtividade da economia geral e assimilar o surgimento da competitividade internacional, bem como repensar o papel do Estado.

Neste sentido, iremos nos reportar às organizações públicas de saúde para identificar os fatores micro-determinantes em que está inserida as necessidades de mudanças, avaliando assim de forma mais adequada a posposta de mudanças da GQT nestas organizações frente a esse contexto.

## **1.2 - Caracterização das organizações públicas de saúde**

As organizações de saúde , em particular os hospitais, são consideradas como sendo uma das organizações de maior complexidade, tendo-se em vista a singularidade de seu processo de trabalho e o ambiente onde se realiza a prática cotidiana dos profissionais.

Essa complexidade se amplia em todos os níveis, no campo da administração pública, por pertencerem a um quadro mais amplo de responsabilidade de Estado em gerir serviços públicos<sup>19</sup>, garantindo acesso da população aos serviços sociais básicos, assegurando os direitos da cidadania, essa complexidade se amplia em todos os níveis.

As organizações públicas de saúde, e em particular os hospitais, encontram-se atualmente numa das mais profundas crises de sua história. O estado de deterioração dos serviços públicos, como vimos anteriormente, é causa e consequência de determinantes estruturais e organizacionais. Entre as causas do campo organizacional, associadas, também, às causas estruturais, destacam-se o fracasso dos resultados esperados – a crise de eficácia - e a utilização inadequada dos recursos existentes – crise de eficiência -<sup>20</sup> e a falta de qualidade dos serviços oferecidos. A ineficácia e a ineficiência existentes na maioria desses organizações, explicam-se em parte por não haver clareza dos objetivos e, tampouco, haver uma avaliação e gerenciamento de seus resultados.

Ao nos reportarmos a uma avaliação em âmbito mundial, podemos perceber ter existido um crescente aumento dos gastos nos serviços de saúde, nas últimas décadas, causados pelo surgimento de novas doenças e inserção de novas tecnologias.

---

<sup>19</sup> Serviços públicos são fornecidos à comunidade pelo Estado, se enquadram no setor terciário da economia e são financiados com impostos pagos pelos contribuintes.

<sup>20</sup> Revista de Administração Pública, Vol. 28, Nº 4 – outubro/dezembro/1994, cit. p. 38

O surgimento da indústria de tecnologias hospitalares e medicamentos pode ser avaliado pela quantidade de comercialização existente em todos os encontros, congressos e seminários de saúde. É sempre uma oferta inquietante para os administradores e profissionais de saúde. Porém, não sabemos avaliar se estes gastos estão surtindo resultados na melhoria da saúde da população. Em saúde, é importante avaliar-se o gastar menos ou mais sob o prisma da qualidade de vida de uma determinada população e os resultados obtidos com as intervenções a cada investimento

Segundo Lima<sup>21</sup>, a indefinição de objetivos tem conseqüência nas organizações e em seus dirigentes, como :

- manifesta-se na lentidão do processo decisório;
- reside no fato da organização tender a identificar sua sobrevivência como seu objetivo central, priorizando os processos e meios internos, que passam a constituir critérios exclusivos na tomada de decisão. Esta situação incentiva a disputa interna entre os diferentes setores organizacionais pela alocação de mais recursos;
- é constituída de um estado organizacional de irresponsabilidade quanto aos objetivos a serem alcançados, no qual o sistema de avaliação e controle está focalizado nas normas , regras e tradições internas;
- é resultante de todas anteriores, pois a organização, ao voltar-se para si própria, enfatizando seus padrões internos de eficiência em detrimento de padrões de eficácia e efetividade externos, se distancia de seus clientes, deixando, assim, de cumprir sua função precípua de organização pública.

As organizações de saúde, inclusive as públicas, estão submetidas a outros determinantes relativos ao funcionamento da administração pública, os quais lhes conferem complexidade ainda maior, e conseqüentemente, influenciam e condicionam o processo de definição e implantação de objetivos organizacionais.

Além disso, as organizações públicas de saúde, em geral, convivem com diferentes interesses; ora similares, ora contraditórios entre si, necessitando invariavelmente de pactos que possibilitem seu gerenciamento.

Esses interesses são constituídos pelos usuários dos serviços em busca da melhoria de sua saúde, esperando um atendimento rápido que traga a resolutividade, de preferência caracterizado por cortesia, compreensão e atenção; os profissionais de saúde interessados em seu aprimoramento técnico, realização e valorização profissional, condições de trabalho, autonomia profissional e um retorno financeiro adequado pelo serviço prestado. Neste caso, alguns buscam desenvolver trabalhos que tenham qualidade no processo interventivo, porém de modo individual. Os fornecedores ou prestadores de serviços à organização de saúde, que, em primeira instância, pretendem vender seus produtos; os diferentes níveis de governo, que desejam ver a população atendida até mesmo por

---

<sup>21</sup> Ibid., p. 39

interesses eleitoreiros; os acionistas, que no caso do serviço público, são os contribuintes, que podem ser representados por organizações não governamentais em toda a sua extensão.

A partir de observações em hospitais e postos de saúde, baseados em experiências profissionais, somado a estudos realizados, evidenciamos algumas particularidades da organização pública de saúde.

Nos serviços públicos, não existe nem continuidade dos trabalhos nem cultura administrativa, uma vez que a política institucional muda de quatro em quatro anos, mesmo que determinadas ações estejam obtendo resultados positivos para a melhoria da qualidade dos serviços<sup>22</sup>. Em particular, nos serviços de saúde, existe uma agravante, pois quem assume as gerências e chefias são profissionais capacitados, especializados em prática de assistência à saúde, mas, em geral, não tem preparação administrativa.

*Uma das maneiras de ascender a um cargo gerencial é destacar-se como um bom técnico em sua área específica e também o caminho mais curto para se perder um bom técnico e ganhar um mau gerente. O técnico nem sempre, no dizer de Paulo Motta, percebe que a natureza de seu trabalho mudou : antes era técnico, agora é dirigente; seu trabalho anterior se baseava na execução racional de um processo, agora se baseia na tomada de decisões racionais.*<sup>23</sup> .

Nos casos de vinculação político partidária, que permeia esta realidade, em geral, os dirigentes desconhecem a própria proposta política que pretendem defender, o que dificulta uma prática consistente e coerente, gerando uma série de interpretações e distorções sobre os reais objetivos administrativos da gestão. Somado a isto o seu grau de compromisso com a organização, neste caso, é quase são inexistentes.

Além disso, *os gerentes públicos (...) não trabalham só na organização pública, mas muitas vezes também trabalham no setor privado, o que acaba por gerar uma série de conflitos internos no processo decisório*<sup>24</sup>.

Outro fator que caracteriza as organizações públicas de saúde e que afeta diretamente a qualidade dos serviços prestados é a centralização, com dependência aos órgãos centrais, principalmente no que diz respeito à provisão de recursos e à definição dos objetivos organizacionais.

*A ausência de autonomia no controle dos meios e processos dessas organizações, associada à identificação generalizada de objetivos, contribui para seus dirigentes, segundo Motta (1985), tenham dificuldades de “assumir responsabilidade sobre os objetivos”. Por um lado, não se sabe claramente o que deve ser feito, e por outro, não se tem o poder de decidir como fazer. Consequentemente, qualquer coisa que se faça pode ser apresentada como satisfatórias. Tais características estão disseminadas por toda a*

---

<sup>22</sup> Serviços são entendidos aqui como resultados gerados por interface fornecedor/cliente e por atividades internas do fornecedor para atender às necessidades do cliente.

<sup>23</sup> MALIK & VECINA NETO, doc. cit. p. 08

<sup>24</sup> Ibid., p. 09

*organização: cada setor organizacional acaba por direcionar seus esforços e sua atenção fundamentalmente para assegurar sua sobrevivência*<sup>25</sup>.

Ainda, existe pouco controle por parte dos dirigentes da organização, principalmente sobre, os médicos, que são os principais responsáveis pela prestação de serviços de saúde de despesas; além disso, como em muitas organizações de saúde, em especial os hospitais, existem várias autoridades constituídas, que se alternam, conforme o estabelecimento de alianças e pactos.

Existe uma grande diversidade nos serviços oferecidos pelas organizações públicas de saúde, sendo que os resultados que buscam são de difícil definição e mensuração, já que partimos do princípio de que cada indivíduo é um caso e não uma doença, pois *o trabalho desenvolvido é considerado variável e complexo, seja porque na maioria das vezes apresenta um caráter emergencial e inadiável, permitindo pouca tolerância ao erro e à ambigüidade, seja porque ao mesmo tempo que envolve um alto grau de especialização, requerendo a atuação de diferentes especialistas, exige também uma grande interdependência entre as atividades que são, por eles desenvolvidas, necessitando, assim, que sejam utilizados vários mecanismos de coordenação entre os diferentes grupos profissionais*<sup>26</sup>.

A convivência de um grupo heterogêneo de profissionais, com alto nível de qualificação técnica, distinta entre si, resulta em interesses e motivações conflitantes, nos quais o corporativismo permeia as relações interprofissionais, o que vem dificultar a construção de um espírito de equipe.

A existência de obstáculos no processo de comunicação entre clientela externa e fornecedores de serviços, em função da distância produzida pelo conhecimento técnico e especializado dos fornecedores, somada à dificuldade de relacionamento interpessoal, por falta de preparo dos profissionais em trabalhar este componente e pela necessidade de evitar vínculos emocionais, mantendo seu caráter “profissional” (grifos nosso).

Os usuários dos serviços de saúde não se caracterizam como um consumidor comum diante de mercadorias e de serviços, pois os mesmos estão desprovidos de conhecimentos técnicos que lhes permitem avaliar a adequação do serviço às suas necessidades, uma vez que existe uma grande complexidade na execução do tratamento clínico, sendo o médico quem define as necessidades.

Em particular, nos hospitais, existe uma estrutura tradicional na qual predomina a responsabilidade individual sobre as ações, tornando-se difícil para o profissional aprender com seu próprio erro, quando este erro pode trazer graves conseqüências. Além disso, os funcionários, com medo, de punição por seu chefe e pelos órgãos competentes, fazem de tudo para que não haja registro de erros. Salientamos aqui ser a morte possível, mesmo num contexto de um excelente serviço de saúde.

---

<sup>25</sup> Revista de Administração Pública, Vol. 28, N° 4 – outubro/dezembro/1994, cit. p. 42

<sup>26</sup> SHORTELL & KALUZNY apud Ibid., p. 40

Segundo Lima<sup>27</sup>, as organizações de saúde caracterizam-se como organizações profissionais, uma vez que seu funcionamento depende de profissionais que são responsáveis pelos seus serviços. Sendo que, neste caso, não podem ser substituídos por novas tecnologias, e preservam um grande grau de autonomia sobre seu processo de trabalho, bem como são os únicos que possuem habilidades e conhecimentos necessários ao desenvolvimento e o julgamento de seu trabalho.

Portanto, este fato, somado ao corporativismo, muitas vezes inconseqüente, presente nestas organizações, demonstra a tendência de criarem-se pequenos feudos, provocando interesses conflitantes entre os grupos profissionais, pois até mesmo no interior de uma categoria profissional, podem surgir objetivos diferentes, conforme as várias especialidade.

A lógica imediatista faz parte da rotina gerencial, na qual o que prevalece é a tentativa de resolver uma quantidade infundável de problemas emergenciais, considerando que isso também deve ser feito, sem conseguir priorizá-los.

Segundo Mintzberg<sup>28</sup>, está aí dificuldade de coordenação entre estrutura profissional e administrativa. Convive-se com uma estrutura mais democrática apenas para alguns profissionais, pelo poder e importância que têm, para os demais integrantes da organização, como equipe de apoio, não existe democracia, pois estes estão a serviço daqueles profissionais. As unidades de apoio funcionam como núcleos mecanicistas dentro das organizações profissionais, o que resulta em dois tipos de estrutura: uma democrática e outra mecanicista e autoritária. Objetivos diferenciados entre assistência e administração, sendo que a primeira tem como objetivo a prestação de serviços, de acordo com os recursos julgados necessários pelos profissionais, porém nem sempre disponíveis, e a segunda tendo que assegurar o funcionamento eficiente e racional, o equilíbrio e a sobrevivência da organização como um todo.

Podemos verificar, que nas organizações profissionais, os gerentes de nível superior e intermediário têm menos poder, em comparação com as organizações não profissionais.

*Dadas as condições mencionadas, associadas à intensa divisão e especialização do trabalho, essas organizações tendem uma grande segmentação interna. Tais características são contraditórias com as necessidades de tratamento impostas pelos problemas de saúde, quais sejam, a interdisciplinariedade da atenção e a conseqüente interdependência das atividades desenvolvidas. O produto final – o paciente atendido – é resultado de inúmeras intervenções e da utilização de diferentes subprodutos desenvolvidos por diferentes setores e profissionais dos serviços de saúde. Coloca-se, portanto, para as organizações de saúde e seus dirigentes, um importante desafio – a integração do todo organizacional<sup>29</sup>.*

---

<sup>27</sup> Ibidi, p. 40

<sup>28</sup> Ibidii, p. 41

<sup>29</sup> Ibidiii, p. 41

Além disso, a crise social e econômica que está sendo enfrentada pelo Brasil tem gerado ajustes que têm prejudicado os setores sociais. No caso da saúde, deve-se acrescentar o fato que a implantação do Sistema Único de Saúde- SUS alterou profundamente a intervenção estatal na área de saúde, que tem influencia direta na necessidade de mudança gerencial nestes serviços, uma vez que mudamos o modelo, mas a pratica gerencial continuou sendo a tradicional.

A limitação de recursos de que sofrem essas organizações, numa conjuntura ,na qual a política de estabilização econômica vem recolhendo prejuízos na área social, educacional, cultural e de saúde, acrescentada, a má administração de recursos e somada necessidade de inserção de novas tecnologias, sem novos investimentos, tem levado o setor de saúde à penúria que vivemos atualmente.

*Segundo Adib Jatene, ... o governo errou ao se preocupar mais com o sistema financeiro do que com a saúde da população. Se as regras fossem mantidas a saúde deveria receber 30% do orçamento da Seguridade, o equivalente a R\$ 30 bilhões , cerca de 50% a mais do que está previsto para este ano – 19,6 bilhões, quase 1 bilhão abaixo do autorizado para 97.<sup>30</sup>*

No Brasil, sabemos que além de gastarmos pouco na área de saúde, comparado a outros países da América Latina, gastamos inadequadamente e utilizamos muito pouco indicadores de saúde para planejamento de melhorias em nossa realidade.

*... o Brasil gasta pouco em saúde, conforme os padrões dos países em desenvolvimento, e o pior, gasta mal, conforme conclusões do Banco Mundial (BIRD), como aparece no seu relatório de 1993 sobre o desenvolvimento mundial. O brasileiro espera viver 66 anos num país que gastou, em 1992, algo em torno de 4,2 % do PIB com a saúde. No Chile, a expectativa de vida é de 73 anos, e se gasta só um pouco mais 4,7% do PIB...<sup>31</sup>*

Outros dados apresentados afirmam que os gastos de saúde no ... *Canadá, França e Reino Unido consomem pelo menos R\$ 2.000,00 por pessoa, por ano, em gastos públicos e privados. Nos EUA são mais de R\$ 3.500,00 per capita/ano. Na Argentina, chegam a R\$ 400,00, no Chile são R\$ 500,00. No Brasil, estima-se o desembolso público em torno de R\$ de 160,00 per capita. Metade desse dinheiro vai para a folha de pagamento e para as ações de prevenção. Sobram R\$ 80,00 per capita/ano para o atendimento médico geral que inclui superlativos como 12 milhões de internação e 2 milhões de hemodiálise por ano<sup>32</sup>.*

Além dos fatores citados, que interferem diretamente na crise de saúde, segundo Vecina Neto<sup>33</sup>, existem outros, como:

- envelhecimento da população, na qual cada vez mais morre-se menos e vive-se mais, aumentando a demanda;

<sup>30</sup> Folha de São Paulo – Jornal, 24.05.98, p. 04

<sup>31</sup> MIRSHAWKA, op. cit. p. 03

<sup>32</sup> Folha de São Paulo – Jornal, 24.05.98, p. 04



- acumulação epidemiológica<sup>34</sup> ;
- medicalização<sup>35</sup>, que gera, tanto nos indivíduos quanto nos próprios profissionais de saúde a impressão de que a medicina pode tudo e abdicar da responsabilidade pela própria saúde na coletividade;
- processo de urbanização;
- incorporação da tecnologia, sendo que, na saúde, a incorporação de uma nova tecnologia não descarta outra anterior e sim soma-se a ela, aumentando-se os custos.

Este quadro somado à falta de preocupação na racionalização dos escassos recursos, constituem o modo como se constrói a prática das organizações públicas. Sendo que o setor de saúde que, em geral, tem mais despesas do que receita, também tem contribuindo para a manutenção dessa realidade, baseado na falta de uma administração capaz de corresponder às exigências das demandas sociais.

Porém, esses modelos de gerenciamento não irão mais servir aos futuros desafios que essas organizações terão que enfrentar, pois a tendência de modernização e a economia de mercado levarão as organizações de saúde, públicas e privadas, a buscarem formas de se manter, porque não serão mais protegidas pelo Estado.

Essas tendências levarão as organizações de saúde, em particular os hospitais, a buscar atendimento com qualidade, tecnologia e segurança, sem novos investimentos e, ainda, terão que ter excedentes em lucro para continuar sobrevivendo, tanto na área pública como na privada, pois, atualmente, o Estado também subsidia hospitais privados.

Será preciso considerar que os usuários dos serviços de saúde estão mais exigentes e informados do que antes. Além disso, o Legislativo tem aprovado leis que protegem os usuários e a imprensa está vigilante quanto à falta de qualidade de atendimento na área de saúde, não cabendo aqui discutir os motivos dessa vigilância. Sendo assim, hoje já não é tão difícil iniciar ações judiciais contra instituições.

*Consequentemente, se a qualidade dos serviços não for melhorada o mais rápido possível*, ao que tudo indica, as exigências do mercado e do consumidor vão realizar ajustes, definindo critérios mínimos para sobreviver, (...) *sobretudo a partir de mecanismos de transparências e competição*<sup>36</sup>. Sendo, que essas últimas são fatores totalmente novos no cenário das organizações públicas de saúde, em particular nos hospitais de referência estadual, que é o caso do HIJG.

---

<sup>33</sup> VECINA NETO, doc. cit. p. 02

<sup>34</sup> Segundo Ibid. (s.d.: 01-02), a acumulação epidemiológica se caracteriza quando ... *à velha agenda das moléstias infecto contagiosas, soma-se s nova agenda dos crônicos degenerativos acrescida dos moléstias re-emergentes ( como a cólera, a dengue, a tuberculose, etc.) e as emergentes ( como a AIDS, novas viroses, doenças causadas por prions, etc.)*.

<sup>35</sup> Segundo Ibid. (s.d.:02) a medicalização é ... *o processo pelo qual a idéia de saúde vai progressivamente se concretizando, se reificando e se confundindo com o consumo de produtos, serviços, ações e intervenções propiciadores de saúde ou cura*.

<sup>36</sup> Revista de Administração Pública, Vol. 28, Nº 4 – outubro/dezembro/1994., cit. p. 71

Neste sentido, a Gestão da Qualidade Total - GQT surge como uma alternativa, buscando mudar toda uma cultura administrativa que vem há anos se enraizando nos serviços de saúde, deslocando seu real objetivo, que é de atender com qualidade os usuários de saúde, ao invés das organizações serem espaço para favoritismo, clientelismo e corporativismo. Há, então, que se definir estratégias de mudanças mais consistentes, nos quais a participação de todos os envolvidos será fundamental para o sucesso das organizações no futuro.

Porém, antes de abordarmos a GQT, como alternativa de gestão para as organizações de saúde, é necessário fazerem-se algumas considerações sobre o termo Qualidade em serviços de saúde.

### **1.3 - Qualidade em Serviços de Saúde**

O termo qualidade vem reiteradamente sendo usado, sem clareza objetiva, sobre o que se está aferindo qualidade. Este fato tem desencadeado no interior de alguns programas de qualidade, confusões e falta de aplicabilidade por sua indefinição. Neste sentido, realizaremos breves considerações sobre o tema. Segundo estudos realizados por Malik<sup>37</sup>, qualidade é um termo ao qual se atribui um valor subjetivo, variando de pessoa para pessoa. O senso comum assume o termo como um atributo, um avaliar positivo sobre qualquer coisa ou pessoa. Ainda, pode ser entendida como excelência.

O termo qualidade em saúde tem várias interpretações. Segundo a mesma autora, a Constituição Brasileira de 1988 associa claramente, embora de forma implícita, a definição de saúde à de qualidade de vida. Do ponto de vista do consumidor e da opinião pública, em geral, o termo qualidade relaciona-se com os maus serviços prestados na assistência médico-hospitalar.

Novaes<sup>38</sup> enfatiza que qualidade depende pois, das circunstâncias de a quem define, ou seja, de seus conhecimentos, valores e recursos. Para os clientes e sua família, significa um diagnóstico correto e um tratamento satisfatório, sob seu ponto de vista. Para os profissionais, pode significar melhora da qualidade de vida de seus pacientes, segundo critérios estritamente técnicos. Estes critérios também estão influenciados por suas percepções, e estas, pelo contexto de onde se trabalha, da escola responsável pela sua formação e seus valores pessoais intrínsecos. Para isto, a autor propõe que, para garantir a qualidade de atenção médica, é necessário primeiro definir o que se avaliará, para que, qual será seu fim e como dirigir o processo de avaliação e corrigir, sobre esta base as deficiências encontradas.

---

<sup>37</sup> Revista da Fundação do Desenvolvimento Administrativo: Qualidade em saúde, janeiro/abril/1996, cit. p. 07-08

<sup>38</sup> Educacion médica y salud, Vol. 27, N° 3, 1993, cit. p. 359

Portanto, qualidade no serviço de saúde depende de uma avaliação subjetiva, produzida pelos diferentes níveis educacionais, sociais, econômicos e lingüísticos que separam a profissão e os próprios hospitais, de seus clientes<sup>39</sup>.

Assim podemos dizer que *...pensar em qualidade geralmente implica julgar, comparar e avaliar*<sup>40</sup>.

Em síntese, *nas organizações (... ) há mais pessoas que determinam o que é qualidade, além de nos mesmos: aqueles que realizam alguma tarefa; as que recebem o produto da tarefa realizada; as que decidem que a tarefa será feita; aquelas para quem as diferentes tarefas são feitas; as que estão fora da organização, realizando, em outro local, a mesma tarefa, e assim por diante. Enfim, são inúmeras as oportunidades para se avaliar qualquer produto/serviço, aí incluídas também as atitudes das pessoas nas organizações*<sup>41</sup>.

A princípio podemos dizer que *está interessado em qualidade qualquer pessoa preocupada em tomar alguma decisão e com necessidade de critérios de diferenciação entre o que lhe agrada e o que rejeita (... ) partindo da premissa, que critérios são subjetivos, neste sentido, haverá muitos julgamentos a respeito da qualidade de qualquer objeto*<sup>42</sup>.

No caso de um serviço de saúde, trata-se de oferecer um tipo de assistência à saúde que tenha efeito desejado, de acordo com as expectativas dos:

- Clientes ( pacientes, acompanhantes, familiares e outros);
- Técnicos prestadores da assistência ( médicos, enfermeiros, assistentes sociais, técnico de enfermagem e outros);
- Financiadores dos serviços, que no caso do HIJG é a sociedade que paga impostos, sendo que o Governo é eleito para representar esta sociedade.

Isto significa, por exemplo, que não basta a cirurgia ter sido muito proveitosa e tecnicamente perfeita, sob o ponto de vista do cirurgião e do anestesista. Deve-se considerar também o estado em que o paciente saiu do procedimento, a opinião de sua família a respeito, se o procedimento foi realizado de acordo com as normas da organização e se o custo foi compatível com o planejado.

Quem julga , em geral, está baseado em alguns critérios. Na área de saúde, esses critérios podem ser definidos como eficácia, efetividade, eficiência, otimização, equidade, acesso, adequação, aceitabilidade, qualidade técnico-científica.

Para julgar, precisamos avaliar se alcançamos ou não aquilo que desejávamos enquanto qualidade. Podemos, então, concluir que avaliar é atribuir valor a alguma coisa, a partir de alguns critérios, valores e interesses de quem avalia.

Em geral , pensamos em avaliação quando concluímos alguma atividade, para saber se está tudo certo e se ela desenvolveu-se de acordo com o planejado, e, muitas vezes, a avaliação é utilizada como forma de constatação de algo que se deseja provar, ou para

---

<sup>39</sup> Ibid. , p. 359

<sup>40</sup> MALIK, op. cit. p. 07

<sup>41</sup> Ibid., p. 07

saber, de fato, o que aconteceu. Dessa forma, modifica-se a finalidade da avaliação: ao invés de buscar saber o que se passou, para conhecer e desenvolver as melhorias necessárias, acaba-se utilizando a avaliação para justificar o que se deseja. A avaliação é um processo e requer a utilização de instrumentos<sup>43</sup>.

Donabedian, segundo Malik<sup>44</sup>, diz que quando se avalia está se tratando de três objetos: estrutura, processo e resultado. A partir daí, consegue-se avaliar o que se passou em qualquer atividade. Sendo que estrutura é entendida como os recursos necessários para realizar determinada atividade, desde recursos humanos, materiais, físicos, tecnológicos e financeiros até político e condições organizacionais. Processo está vinculado à adequação dos padrões técnicos estabelecidos e aceitos pela comunidade científica sobre determinado assunto, assim como os especialistas de grupos profissionais responsáveis pela execução de determinada tarefa quanto à maneira como deve ser feita. Resultado envolve a satisfação do usuário e do trabalhador na execução da tarefa.

Além disso , ... *qualquer atividade em uma organização de saúde deve ser avaliada também em função do resultado final dessa organização, do ponto de vista tanto econômico-financeiro quanto do relativo à satisfação de seus trabalhadores e , principalmente, dos pacientes – considerando aqui resultados técnicos ligados a sua saída e resultados subjetivos, ou seja, a opinião desses pacientes sobre o que lhes ocorreu enquanto permaneceram na organização*<sup>45</sup>.

Como vimos anteriormente, a avaliação está estritamente relacionada ao conceito qualidade , por que qualidade depende de tomada de decisões e esta depende de uma avaliação adequada para melhorar o desempenho de uma organização. Para tanto, ao realizar uma avaliação, é necessário saber o que se quer saber.

Qualidade é permitir a quem produz , saber o que está produzindo, para que e para quem.

Baseado nos teóricos da qualidade, podemos sintetizar que qualidade é satisfazer o cliente e adequar os produtos as suas necessidades.

Em documento da Fundação da Seguridade Social, qualidade é compreendida como *...um processo amplo, desenvolvido a um custo que o cliente possa pagar com condições de atendimento bem definidas, gerando produtos e serviços para o uso desse cliente, que também se obriga a desenvolver cada vez mais aspectos morais na relação com seus fornecedores*<sup>46</sup>.

Qualidade, segundo NBR ISO 8402, item 3.7, *é a totalidade de características de uma entidade que lhe confere a capacidade de satisfazer as necessidades explícitas e implícitas*<sup>47</sup>.

---

<sup>42</sup> Ibidi, p. 07

<sup>43</sup> Ibidii, p. 07-08

<sup>44</sup> Ibidiii, p. 08-09

<sup>45</sup> Ibidiiii, p.09

<sup>46</sup> Fundação da Seguridade Social, doc. p. 03

<sup>47</sup> NBR ISO 9004-2/1993, doc. p. 05

No serviço de saúde, podemos dizer que existem três tipos de qualidade: qualidade clínica, a qualidade voltada para o paciente e a qualidade econômica ou eficiência do custo de qualidade. Entendendo-se a qualidade clínica como aquela definida pelos médicos, enfermeiros e outros profissionais da saúde. Tradicionalmente, foi essa a qualidade com a qual se mais se preocupava, e ainda hoje, existem profissionais que acham ser esta a única que conta, ou seja, ser a maneira mais importante de definir qualidade; a qualidade voltada para o cliente é atenção, cuidado, comunicação, preocupação e empatia. Sendo a qualidade econômica um componente relativamente novo no serviço de saúde.

O fornecedor de sucesso do serviço de saúde, num futuro bem próximo não procurará ser bom apenas na qualidade clínica voltada para o paciente, porém terá que buscar igualmente a qualidade em todos os aspectos. Isto significa levar em conta também os aspectos financeiros e humanos da qualidade.

Segundo Silva<sup>48</sup>, acreditamos que tudo isso possa vir junto quando pensamos ser é possível despertar nas pessoas a qualidade como um bem que deve ser buscado por si mesmo, não apenas pelos benefícios que ela possa produzir, mas, antes de tudo, como um ato de auto-respeito de quem produz e de quem consome. Qualidade não é só instrumento ou meio de ganho, mas é o próprio resgate da dignidade de quem produz e de quem consome. Cada vez mais, deverá estar mais presente nas organizações o respeito e compreensão mútua nos jeitos de ser e de fazer as coisas; existência da interdependência necessária para que os processos funcionem e se desenvolvam; ter clareza do objetivo do seu próprio trabalho; entender que só temos um bom trabalho coletivo à medida que somos capazes de satisfazer necessidades pessoais, individuais e coletivas.

Para desenvolver qualidade na área de saúde, é necessário pensar na nossa intenção enquanto profissionais de saúde, bem como qual seja a função de uma instituição de saúde na estrutura social humana.

Qualidade não está só associada aos produtos finais, porque qualidade tem a ver com o processo pelo qual os produtos ou serviços são materializados, e que são realizados por pessoas.

Pessoas é que são os profissionais, geradores de serviços e produtos.

Não podemos pensar qualidade sem pessoas; sendo impossível desenvolver programas de qualidade em organizações que não os priorizam .

Quando falamos em qualidade, pensamos em todos aqueles que estariam envolvidos diretamente e indiretamente com os elementos que a constituem. Assim, qualidade significa ter uma dimensão totalizadora, que envolve todos para que se alcance o nível desejado de qualidade. Esta compreensão fornece bases para o que chamamos, hoje, de qualidade total.

*A qualidade total é uma expressão da necessidade de melhoria contínua em quatro áreas: desenvolvimento pessoal e profissional; relações interpessoais; eficácia gerencial e*

---

<sup>48</sup> Nursing – Revista Técnica de Enfermagem, Vol. 1, N° 1, cit. p. 20

*produtividade organizacional*<sup>49</sup>.

Qualidade total são todas aquelas dimensões que afetam a satisfação das necessidades das pessoas e a sobrevivência da organização<sup>50</sup>. Estas dimensões são:

- **qualidade intrínseca** que está diretamente ligada as expectativas e necessidades dos clientes;
- **custo** que se refere ao custo operacional (final e intermediário) para produzir um produto ou serviço, ou seja, um conjunto de valores (gasto com agentes + luz + matéria prima) para gerar um produto ou serviço;
- **entrega ou atendimento**, relaciona-se à questão da agilidade e condições de atendimento ao cliente, às condições de entrega dos produtos ou serviços finais e intermediários de uma organização.
- **moral** refere-se ao nível de satisfação e predisposição de quem executa suas tarefas;
- **segurança** é um fator relacionado com a segurança dos empregados e dos usuários do produto ou serviço;

Para implantar a qualidade total, for desenvolvida, então, a Gestão da Qualidade Total – GQT, da qual iremos tratar como alternativa de gestão na organizações públicas de saúde, fundamentando assim, a opção do HIJG pela implantação desse tipo de gerenciamento.

É importante salientarmos, porém que existem várias siglas surgidas para designar os conceitos, métodos e meios da Gestão da Qualidade Total, tais como:

- **CQTE** Controle da Qualidade por Toda a Empresa;
- **CQT** Controle da Qualidade Total;
- **TQC** Total Quality Control, que traduzindo significa Controle de Qualidade Total;
- **TQM** Total Quality Management (estilo americano);
- **GQT** Gestão da Qualidade Total

A designação adotada neste estudo é GQT - Gestão da Qualidade Total, pois o termo “Controle” da sigla TQC origina-se do ideograma japonês chamado KANRI, que significa gerenciar ou administrar.

## **1.4 - Gestão da Qualidade Total – Uma alternativa de gestão para as organizações de saúde**

---

<sup>49</sup> COVEY, op. cit. pp. 254-255

<sup>50</sup> CAMPOS, op. cit. p. 14

A administração pública, como vimos anteriormente, terá que modificar-se, exigindo uma despadronização das estratégias de gestão, a qual só pode ser obtida à medida que as organizações tenham responsabilidade sobre os resultados do trabalho, bem como conseguir efetivamente atender a demanda social com qualidade e segurança.

Segundo Gomes<sup>51</sup> vários são os motivos que levam uma organização a optar pela GQT. Entretanto, nas organizações públicas os governantes utilizam-na com os objetivos de:

- melhorar o atendimento ao usuário e, ao mesmo tempo, diminuir a pressão dos gastos públicos, almejando uma máquina administrativa mais enxuta e flexível;
- alcançar níveis de excelência pela da motivação do funcionário;
- melhorar a imagem institucional perante a sociedade.

Sendo assim, a *administração flexível*<sup>52</sup> surge como uma condição básica para o processo de modernização das organizações públicas e privadas, em função do processo de globalização, que tem sido acompanhado por fortes alterações nas hábitos, costumes, filosofias de vida e de consumo e a instabilidade de nossos tempos.

Tendo como princípios organizacionais internos, segundo Medici e Silva<sup>53</sup>, a necessidade de adaptação rápida às mudanças, ou seja, flexibilidade no modo de gestão; constância de propósito; melhoria da qualidade e atendimento satisfatório ao cliente devem ser o propósito contínuo das organizações do futuro; qualquer informação gerada no processo de trabalho e na relação da organização com o mundo exterior deve ser registrada, sistematizada e arquivada para eventuais usos no processo de melhoria da qualidade e na eficiência da gestão; deve-se aumentar os canais de comunicação, usam-se fatos e dados como linguagem no interior das organizações; inserir métodos modernos de treinamento do corpo funcional; descentralização e autonomia gerencial; substituição de um filosofia de punição por outra, baseada no estímulo e no enriquecimento profissional, sendo condição básica para a transformação criativa e flexível do processo de trabalho; deve-se estabelecer estratégia de comunicação interna, na qual as pessoas possam se envolver e se beneficiar da inovação; aplicação das sugestões que surgem de cada setor e dos círculos de controle de qualidade, pois a não-aplicação das sugestões dos envolvidos diretamente com os processos de trabalho pode gerar perdas potenciais no aumento da qualidade, além de criar um clima de desestímulo; rapidez nas respostas, para agilizar o processo de produção e tomada de decisões. Sendo que acrescentaríamos, a necessidade da educação continuada e envolvimento de todos, bem como gestão estratégica.

Nesta filosofia de administração, considera-se a análise do ambiente interno e externo para tomada de decisões

---

<sup>51</sup> Revista de Administração Pública, Vol. 31, N° 3 – maio/junho/1997, cit. p. 52

<sup>52</sup> Segundo MEDICI e SILVA (1993:270), administração flexível é compreendida como processo de gestão que leva as organizações a adquirirem sensibilidade e capacidade de resposta, no curto prazo, para as alterações no ambiente externo, tais como as demandas dos clientes, as inovações tecnológicas e as novas formas de concorrência. Esse tipo de administração é decorrente de mudanças que vem ocorrendo na filosofia e nos estilos de gestão, principalmente a partir dos anos 70 e 80.

A GQT, ... *que consolida, e norteia as características da administração flexível, é, antes de tudo, uma filosofia de gestão que se desenvolve desde os meados dos anos 50, primeiramente no Japão, com o auxílio de estatísticos como William Deming e J. M. Juran e posteriormente, já nos anos 70 e 80, na Europa e nos EUA*<sup>54</sup>.

A GQT é entendida aqui como uma filosofia de gestão, baseada em fundamentos teóricos de diversas fontes como: racionalização dos processos de trabalho baseado em estudos de tempos e movimento de Taylor, utiliza o controle estatístico de processos, cujos fundamentos foram lançados por Shewhart, adota conceitos de Maslow acerca do comportamento humano, além de basear-se em estudos e trabalhos de William Edward Deming, Juran, Ishikawa e Feigenbaum, utilizando essas teorias de forma integrada. É uma filosofia de mudança de mentalidade e comportamento humano frente ao mundo e às organizações. Sendo um modelo administrativo montado pelo grupo de pesquisa de controle da qualidade da Juse<sup>55</sup>.

Neste sentido, algumas orientações para a produção norteiam a prática das organizações:

- quanto maior a qualidade menor o custo de produção;
- qualidade buscada em todas as fases do processo;
- a empresa deve perseguir firmemente seus propósitos;
- criar sentimento de segurança e motivação dos empregados;
- motivação para o trabalho em equipe;
- gestão participativa;
- buscar o aperfeiçoamento constante.

Assim, para darmos continuidade a essa discussão, consideramos importante nos reportarmos aos estudos dos principais mentores da qualidade, partindo das obras dos teóricos citados acima, para compreendermos melhor como foi construída as noções que permeiam a GQT. Neste sentido, utilizamo-nos de estudos realizados por Paladini (1994), Macedo e Póvoa Filho (1995), Scholtes (1992), Wood Júnior e Urdan (s.d.) entre outros.

Deming, um dos principais teóricos da qualidade, desenvolveu 14 princípios<sup>56</sup> que deveriam nortear a prática da qualidade nas organizações. Entendia que o controle estatístico da qualidade é fundamental para o sucesso da organização. Sendo que a estatística focaliza os problemas de variabilidade e suas causas. A qualidade deve ser medida, através de três itens: produto em si; como o usuário usa o produto, ou serviço, e as instruções de uso. A qualidade na organização deve-se basear na busca das necessidades dos clientes, na homogeneidade dos processos de serviços com baixa variabilidade, no aprimoramento constantes dos processos administrativos e ter previsibilidade. O

---

<sup>53</sup> Ibid., p. 275 at 277

<sup>54</sup> Ibid., p. 271

<sup>55</sup> JUSE \_ Union of Japanese Scientists and Engineers ( União dos Cientistas e Engenheiros Japoneses)

<sup>56</sup> Os princípios de Deming podem ser encontrado no livro de SCHOLTES, Peter R. Times da qualidade: como usar equipes para melhorar a qualidade. Rio de Janeiro: Qualitymark Ed., 1992, no capítulo 2, p. 2.5.



envolvimento dos trabalhadores dar-se-ia através da promoção do comprometimento, conscientização, motivação e pela integração do objetivo individual com o da organização.

Crosby criou a concepção de zero defeito<sup>57</sup> e popularizou o conceito de fazer certo da primeira vez, priorizando fundamentalmente os esforços para a correção e a prevenção de defeitos. Critica a teoria de Deming, que se fundamenta na estatística, pois considera que poucos são capazes de a compreender e que pouco contribui ela para o gerenciamento da qualidade nas empresas. Entende que aplicação da qualidade é relativamente simples e que a perfeição de um produto ou serviço é tecnicamente possível e economicamente desejável. Define qualidade como cumprimento das especificações estabelecidas para satisfazer os clientes de modo econômico, enfatizando que, ao se inferir a qualidade de algum objeto, deve-se definir esse objeto em termos específicos, e quando todos os critérios estiverem definidos e explicados será possível e praticável a mensuração da qualidade. Sendo a qualidade mensurável, medida pelo custo, representado pela despesa da não-conformidade, ou seja, o custo de fazer as coisas erradas. Acredita ser necessário o envolvimento de toda a organização em torno das metas da qualidade, estabelecidas e avaliadas periodicamente, através de dados confiáveis de custos, como elementos indicadores de necessidades. O gerenciamento deve ser baseado no planejamento em controle, a partir de uma comunicação eficiente. O comportamento na organização deve ser de comprometimento, conscientização, comunicação e motivação, através de recompensas.

Juran contribuiu decisivamente para o sucesso do GQT, no estilo japonês. Segundo ele, a administração da qualidade compreende três processos básicos: planejamento, controle e melhoria, conhecida como a trilogia de Juran. Não vê como Crosby a simplicidade na implantação da GQT, mas, também, não percebe maior nível de complexidade quanto Deming propõe. Ainda, não atribuiu aos métodos estatísticos a mesma importância conferida por Deming, porém, considera-os como ferramentas úteis. Define qualidade como *adequação ao uso*, ou seja, significa adequar o produto ou serviço ao uso que dele o cliente fará, focalizando o planejamento, o fluxo organizacional, a responsabilidade gerencial para a qualidade e a necessidade das empresas estabelecerem metas e objetivos para a melhoria. A qualidade deve ser realizada em toda a organização, com comprometimento e envolvimento de todos na busca de obterem-se produtos e serviços que garantam a satisfação do cliente, sendo que devem ser aprimorados. As funções gerenciais, segundo sua visão, são planejar, executar e desenvolver melhorias através da metodologia de solução de problemas. Mostrando compreensão de que a qualidade é uma das principais responsabilidades gerenciais. Mas, uma de suas principais contribuições foi a ênfase no crescimento do ser humano e no trabalho apoiado na motivação. Ressaltou, ainda, a grande diferença entre criar melhorias e prevenir mudanças.

---

<sup>57</sup> Segundo PALADINI (1994:18) Defeito é entendido como falta de conformidade que é observada em um produto quando determinada característica da qualidade é comparada a suas especificações, ou seja, quando um produto é classificado como defeituoso em relação a uma ou mais características da qualidade, se forem identificado um ou mais defeitos a ele associados.

Feigenbaun originou o conceito de controle da qualidade total, tratando-o como questão estratégica, no qual o envolvimento de todos é fundamental. A qualidade deve ser um modo de vida para as organizações, uma filosofia de vida para as organizações e de compromisso com a excelência. Procurou mostrar aos administradores que os investimentos feitos em qualidade geravam retornos maiores do que realizados em outras áreas. Qualidade é entendida como exigência dos clientes, concretizados através de especificações em todas as fases de produção, com qualidade de processos compatíveis com tais especificações. O sistema de qualidade deve ser gerenciado por especialistas, apoiando e dando assistência a todas as áreas, para assegurar a integração para a qualidade, bem estruturado, com procedimentos estabelecidos e integrados dentro da estrutura organizacional. Enfatiza a conscientização de que cada um tem função e contribuição com a qualidade.

Ishikawa criou os conceitos de controle de qualidade e as sete ferramentas<sup>58</sup>, constituindo-se num importante instrumento nos processos de controle de qualidade. Ele acreditava que as sete técnicas podiam ser utilizadas por qualquer trabalhador. Sua visão abrange todas as demais, acrescentando a importância da percepção rápida por parte das organizações quanto às exigências crescentes do mercado. Inclui o conceito de cliente interno<sup>59</sup>. Enfatiza o papel social das organizações numa ação que contempla fatores humanos dentro e fora da organização. Entende a qualidade como inerente ao trabalho, dela sendo parte e resultado, com a construção da qualidade de vida de cada um e da sociedade. Entende que é necessário trabalhar a valorização e a função da gerência é ensinar e orientar.

Este modelo se constitui numa mudança cultural e, conseqüentemente, propõe uma nova prática gerencial para melhorar o trabalho realizado, no qual a organização atende os objetivos do cliente. Pressupõe a participação de toda a força de trabalhadores e setores da organização, nos diversos níveis hierárquicos, modificando as relações entre chefes e subordinados, agora, parceiros na busca da melhoria da qualidade para atingir as metas organizacionais.

---

<sup>58</sup> As sete ferramentas são **Diagrama de causa e efeito**, conhecido como diagrama de Ishikawa ou espinha de peixe devido a sua forma. São usadas para descrever as causas de um determinado problema e agrupá-lo de acordo com as categorias, como: método, pessoal, material e equipamento. **Fluxograma** é a representação visual dos passos de um processo. **Gráfico de pareto** são simples diagramas de barras, usados depois da coleta de dados para classificar as causas, para que as prioridades possam ser estabelecidas. **Gráfico de tendências** que mostram os resultados de um processo acompanhado ao longo de um determinado período. **Histogramas** são usados para medir a frequência com que algo ocorre. **Diagramas de dispersão** ilustram a relação entre duas variáveis, tais como altura e peso. Quando um cresce, o mesmo se dá com a outra. **Gráficos de controle** são usados para refletir a variação em um sistema. São gráficos de tendência com os limites superior e inferior estatisticamente determinados. Enquanto as variáveis do processo caírem dentro dos limites, diz-se que o sistema está sob controle e que as variações se originam de causas comuns. A meta é diminuir a distância entre os limites superior e inferior, tentando-se eliminar as causas comuns que ocorrem todos os dias. Porém quando um ponto cai fora do sistema, trata-se de uma causa especial e um sinal para a gerência investigar.

<sup>59</sup> Cliente interno – são pessoas que fazem parte da organização, distribuídos em setores de trabalho, onde há também a relação cliente fornecedor. Nesta concepção, o trabalhador tem a tripla função de produzir o serviço ou produto, fornece-lo, bem como é cliente de outros setores ou organizações.

Na administração taylorista e até mesmo na fordista, a produção era de massa, baseada na *Lei de Say*<sup>60</sup>. Atualmente, os mercados são mais seletivos e exigentes, sendo que o cidadão busca melhor qualidade nos serviços públicos e privados ,.

O conceito chave da administração flexível e da GQT é que as necessidades do cliente é o ponto de partida para reestruturação das organizações públicas e privadas. *Mas não apenas o “cliente final” deve ser visto como relevante na estratégia da administração flexível, a boa qualidade do produto depende da relação entre clientes e fornecedores “intermediários”...<sup>61</sup>*, no interior das organizações. Uma vez que os clientes , neste concepção são todas as pessoas que são afetados por processos ou produtos , podendo se caracterizar como clientes internos e clientes externos<sup>62</sup>.

Baseado nesta lógica, ... *a qualidade de uma terapia médica depende de um adequado diagnóstico. Este por sua vez, depende da qualidade e da presteza dos exames , os quais têm, como pré- requisito, o bom estado de funcionamento e manutenção dos equipamentos usados no exame. Qualquer falha nesse encadeamento de elos de produção resulta em perdas associadas a todas as etapas envolvidas no processo de trabalho e traz prejuízos ao cliente<sup>63</sup>.*

A GQT propõe que todas as partes envolvidas no processo de produção, seja de serviço ou produto, atuem como clientes e fornecedores exigentes. Só assim , os produtos finais são produzidos em condições adequadas. Ainda, esta filosofia prevê uma integração entre a qualidade do produto e a qualidade do processo de trabalho.

Outra característica do GQT, que está subjacente a seu discurso, *é o respeito pelo ser humano, seja enquanto consumidor (no caso da saúde, real ou ainda potencial), seja enquanto ator organizacional, dono de seu próprio destino dentro e, principalmente fora da organização e de quem depende a qualidade daquilo que se produz (...), porém suas premissas administrativas sobre as quais se assenta o modelo são voltadas à redução de custos, à diminuição das perdas e do desperdício por intermediário da eliminação da necessidade de retrabalho , frente à correção dos erros que levam o trabalho mal feito.*<sup>64</sup>

Como podemos perceber falar em qualidade é considerar tudo aquilo que o cliente deseja e quanto operadores como parte mais importante deste processo, cujas valorização e qualidade de vida se tornam fundamentais, compreendendo assim, que quaisquer custos em treinamento, educação, aprimoramento, segurança, tratamento clínico das pessoas *representam investimentos de altíssimo retorno, quer em relação a aprimoramento (...) ligado à atividade da organização, quer sem qualquer vínculo próximo com ela<sup>65</sup>.* Para tal

---

<sup>60</sup> Segundo MEDICI e SILVA (1993:273), Lei de Say é entendida como aquela ...em que os empresários ofertavam seus produtos sem o conhecimento das reais necessidades do consumidor, na crença de que toda oferta crie sua própria demanda.

<sup>61</sup> Ibid., p. 273

<sup>62</sup> Cliente externo – são todas as pessoas que não pertencem à organização, mas que são afetados por seus produtos ou serviços.

<sup>63</sup> Ibid., p. 274

<sup>64</sup> Revista de Administração de Empresas, Vol. 32, N° 4 – setembro/outubro/1992, cit. p. 38

<sup>65</sup> MALIK, op. cit. p. 16

intento, é preciso desenvolver-se um novo pacto interno, no qual a valorização do trabalhador seja fundamental.

Mas, como o cliente pode avaliar os produtos no caso da saúde? É preciso antes mudarmos nossa concepção sobre as avaliações do cliente, uma vez que os critérios por ele utilizados podem parecer irrealistas e questionáveis, porém são uma realidade para aquele que avalia e, por isso, devem ser considerados com seriedade. Apesar, da maioria dos técnicos da área de saúde achar que iremos correr risco nesta trajetória, avaliamos que o único risco que corremos é de melhorar nossa relação com os pacientes e seus familiares e considerá-los como parte integrante do processo de cura. Porém, esta concepção não substitui a avaliação técnica dos profissionais.

A organização é vista como constituída de processos interligados, sendo que os vários processos da organização geram o produto ou serviço para satisfazer as necessidades do cliente.

Processo, neste caso, é entendido como o conjunto de atividades planejadas e organizadas para produzir um efeito específico, que será denominado produto ou serviço do processo. É o conjunto de atividades que resulta no deslocamento de uma pessoa. Em geral, cada pessoa dentro de uma organização produz alguma coisa, espera-se, portanto um resultado : produto ou serviço. Logo operam-se atividades que produzem um resultado. Conclui-se, então, que cada pessoa opera um processo. Como cada pessoa opera um processo, isto significa que cada pessoa na organização tem um produto ou serviço sob sua responsabilidade e um cliente para ser atendido. Dessa forma, pode-se dizer que cada processo precisa conhecer seus fornecedores; que produtos geram, e quem são seus próprios clientes.

Segundo Campos<sup>66</sup>, a GQT é *...um novo modelo gerencial centrado no controle do processo, tendo como meta a satisfação das necessidades das pessoas*. Sendo que este controle deve ser desenvolvido por uma prática consciente de todas as pessoas da organização, *...assumindo a responsabilidade ( fins) sobre os resultados do “seu processo” e autoridade ( meios) sobre o seu processo ( conhecido como definição de sua função), é a base do gerenciamento participativo<sup>67</sup> e o pilar da sustentação...* da GQT. A participação das pessoas deve ser conseguida através da educação e treinamento.

*O controle da qualidade é um conjunto de métodos e atividades operacionais adotadas com três objetivos principais : Planejar qualidade, manter a qualidade e melhorar a qualidade, a trilogia do Juran* <sup>68</sup>.

Planejamento da qualidade , segundo Campos<sup>69</sup> *implica num esforço de localizar o cliente, saber de suas necessidades (muitas vezes ele não as conhece e você deve colocar-*

---

<sup>66</sup> CAMPOS, op. cit. p. 41

<sup>67</sup> Segundo MACEDO e PÓVOA FILHO (1995:26) *Gerenciamento participativo é aquele tipo de gerenciamento que atua de tal maneira a conseguir captar um conjunto de idéias de todos os elementos do grupo e com eles formar, também um conjunto, um plano gerencial, bem como comprometer todos os elementos do grupo com os objetivos desse plano gerencial*

<sup>68</sup> CAMPOS, op. cit. p. 14

*se em seu lugar), traduzir estas necessidades em características mensuráveis, de tal forma que seja possível gerenciar o processo de atingi-las.*

O controle do processo é exercido pelo Ciclo do PDCA, através do acompanhamento e/ou atuação no processo de maneira que seus efeitos estejam em conformidade com os padrões. O controle é exercido para manter resultados ou para melhorá-los. Gerenciar significa monitorar processos e avaliar os resultados obtidos, procurar as causas da impossibilidade de se atingir determinada meta, estabelecer contramedidas, montar um plano de ação, atuar e padronizar em caso de sucesso.<sup>70</sup>

O ciclo PDCA é um método gerencial de tomada de decisão para garantir o alcance das metas<sup>71</sup> necessárias à sobrevivência de uma organização, e deve ser usado constantemente. É composto das seguintes etapas:

P – PLAN (Planejar), consiste em:

- Estabelecer metas sobre os itens de controle;
- Estabelecer o caminho( método) para se atingir as metas propostas.

D – DO (Executar), consiste em:

- Realizar educação e treinamento;
- Execução das tarefas exatamente como previsto no plano;
- Coleta de dados para verificação do processo;

C – CHECK (Checar), consiste em:

A partir dos dados coletados na execução compara-se o resultado alcançado com a meta proposta.

A – ACTION ( Ação corretiva), consiste em:

- Essa é a etapa onde se detectou desvios e se atuará no sentido de fazer correções definitivas, de tal modo que o problema nunca volte a ocorrer;
- Quando não encontrar desvios, fazer a manutenção e padronização.

Como vimos anteriormente, existem dois tipos de metas a ser atingidas: metas para manter e para melhorar.

As metas para manter, também conhecidas metas padrão, constam de um faixa aceitável de valores para o item de controle<sup>72</sup> considerado, representando especificações do produto provenientes dos clientes internos e externos da Unidade.

As metas para melhorar surgem do fato de que a sociedade vem exigindo uma

---

<sup>69</sup> Ibid., op. cit. p. 41

<sup>70</sup> Ibidi, p. 14

<sup>71</sup> Metas são desafios estabelecidos pela organização. Devem ser claros, mensuráveis e exigem esforço e viabilidade. Na definição de metas a organização deve se basear em fatos e dados. As metas devem ser realistas e estarem de acordo com as potencialidades da organização. Portanto, antes de defini-las, a organização, deve se cercar de informações confiáveis que garantam um bom conhecimento da situação atual. Também é fundamental desenvolver um bom sistema de acompanhamento e avaliação dos resultados.

<sup>72</sup> Itens de controle são índices numéricos estabelecidos sobre as características de qualidade ( intrínseca, custo, atendimento, moral e segurança) do serviço ou produto final, permitindo verificar se o serviço ou produto final está produzindo a qualidade desejada pelos clientes, visando medir a qualidade e os resultados de um processo, permitindo que este processo seja gerenciado, atuando na causa dos desvios. Segundo Ishikawa, quem não tem itens de controle, não gerencia.

melhor qualidade nos serviços prestados na área da saúde, ou seja, agilidade, presteza, atualização através de novas tecnologias de diagnóstico e tratamento. Observe que as metas de melhoria são metas que devem ser atingidas, e, para que isto seja possível, será necessário modificar a forma atual de trabalhar.

Podemos observar, portanto, que as exigências dos clientes, os quais querem um produto/serviço confiável ( metas para manter ) e, ao longo do tempo, também desejam um produto/serviço cada vez melhor sob os aspectos: qualidade intrínseca, custo, atendimento, moral e segurança ( metas para melhorar ), são fatores determinantes para a qualidade.

Para que estas metas (fins) possam ser atingidas, será necessário atuar nos processos (meios) das unidades.

A GQT parte da função global, que determina e implementa a política da qualidade, incluindo : Gerenciamento pelo Crescimento do Ser Humano, pelas Diretrizes: Gerenciamento Estratégico e Gerenciamento da Rotina, e deve estar consolidada num estruturado Programa de Qualidade Total - PQT, bem como na alocação de recursos e outras atividades, como controle da qualidade.

#### **1.4.1 – Gerenciamento do Crescimento do Ser Humano**

*A qualidade propõe a introdução de comportamentos favoráveis à mudança à busca de maneiras novas (ou alternativas) de lidar com velhos problemas. Para isso, o monitoramento do ambiente passa a ter um lugar de destaque na gestão da organização, não apenas como um papel estratégico do administrador, mas também como atividade muito mais rotineira de definição de procedimentos técnicos e formas de organização interna. A organização passa a ser vista como algo com a capacidade (para não dizer necessidade) de aprender<sup>73</sup>.*

Como vimos anteriormente, a GQT propõe uma mudança no comportamento humano e na cultura organizacional<sup>74</sup>. Para tal intento, a simples adoção de um novo modelo de gestão por si só, não garante as mudanças enraizadas no comportamento organizacional. É preciso, antes de mais nada, que as pessoas sejam incentivadas a transformarem sua forma de se relacionar consigo mesmas e com as outras pessoas, resgatando ou descobrindo novos valores, que melhorem sua qualidade de vida e no trabalho, para, então, perceber a GQT como uma alternativa real de mudança na organização.

---

<sup>73</sup> MALIK, op. cit. p. 17

<sup>74</sup> Segundo Ibid. (1996: 17) cultura organizacional representa o produto de interações entre pessoas dentro das organizações, que são formadas por pessoas que tem seus valores, crenças e histórias de vida, e reconhecem diferentes sintomas favoráveis e desfavoráveis no que ocorre na organização, moldando seus comportamentos em função dos resultados que observam. Ao contrário dos que muitos pensam, a cultura das organizações é dinâmica, passível de modificação por aquilo que se aprende.

Segundo a Norma ISO 9004-2<sup>75</sup>, para obterem-se os benefícios do sistema de qualidade deve-se levar em conta os aspectos humanos envolvidos na prestação de serviços. Para tanto é necessário:

- gerenciar os processos sociais envolvidos em um serviço;
- considerar as relações humanas como parte importante da qualidade dos serviços prestados;
- reconhecer a importância da percepção que o cliente tem da imagem, da cultura e do desempenho da organização;
- desenvolver as habilidades e a capacidade de pessoal;
- despertar a motivação do pessoal para melhorar a qualidade e atender às expectativas do cliente.

Entendendo-se que *a motivação não pode ser vista como um fator extrínseco, acionado pela organização quando lhe convier*. Isto significa dizer que, pelo fato da organização decidir que *...os trabalhadores agora estão incluídos em sua visão de futuro, não há por que esperar que eles aceitem passivamente o estabelecimento dos compromissos por parte da direção, como se os valores de dirigentes e dirigidos fossem a priori semelhantes. Nem todos os passos precisam ser coletivos, mas o fato de se ter quadrinhos com a definição de missão pendurados pelos corredores da organização não significa que ela seja assumida por todos os seus membros, principalmente se esta definição tiver sido obtida em reuniões realizadas a portas fechadas por gerentes considerados estratégicos pela cúpula (...), em última análise, estabelecer a participação é criar a oportunidade de oferecer as pessoas uma perspectiva coletiva a respeito do significado daquilo que fazem e uma maneira de se situarem no futuro*<sup>76</sup>.

A GQT é centrado nas pessoas, portanto, é importante:

- investir na educação e treinamento dos servidores/empregados com o objetivo de potencializar-lhes as habilidades;
- aprimorar o recrutamento e a seleção. Em particular, no serviço público, é preciso repensar os concursos que são realizados para contratação de pessoal, para os quais as organizações possam efetivamente definir o perfil dos profissionais que precisam contratar, não só a partir de conhecimentos técnicos como é feito atualmente;
- envolver as pessoas de tal forma que a organização faça parte do projeto de vida de cada um;
- criar programas que possibilitem a melhoria da qualidade de vida, fora e no trabalho;
- criar condições para que cada servidor/empregado tenha orgulho e vontade de lutar pelo futuro da organização e seu próprio.

Podemos concluir, então, que Gerenciamento do Crescimento do ser humano está

---

<sup>75</sup> NBR ISO 9004-2/1993, doc. cit pp 01-02

<sup>76</sup> MALIK op. cit. p. 15

vinculado a uma forma de identificar o nível médio de moral do pessoal, para conhecer quais são as causas de insatisfação mais permanentes e pode agir sobre elas de forma a superá-las. Porém, é importante compreendermos que a satisfação é sempre momentânea, uma vez que o ser humano sempre buscará outras formas de satisfação.

Na opinião de Campos<sup>77</sup>, *para que uma chefia possa manter o “moral elevado” (alta motivação) da equipe é necessário zelar para que as necessidades básicas humanas sejam atendidas pela sua equipe. Os métodos, técnicas e práticas administrativas da GQT (...) conduzem ao atendimento das necessidades sociais, de estima e auto-realização. Para a satisfação da necessidade de segurança é necessária uma política de estabilidade no emprego e para a satisfação das necessidades fisiológicas é necessária uma política salarial justa.*

A educação permanente e treinamento no trabalho são meios eficazes para o crescimento do ser humano. Sendo que a educação está voltada para o autodesenvolvimento enquanto que o treinamento é conduzido para utilizar a experiência e o conhecimento na prática. Em geral os treinamentos são realizados no local de trabalho.

Campos<sup>78</sup> enfatiza alguns pontos importantes na educação em treinamento como:

- a delegação é a base da educação, pois quando a pessoa tem autoridade sobre o processo que está sob sua responsabilidade, ela une seu conhecimento à sua própria iniciativa, produzindo resultados excepcionais;
- as pessoas devem sentir necessidade do treinamento, ou seja, ela tem que sentir necessidade de aprender mais;
- o investimento em treinamento no trabalho deve estar estritamente relacionado à implantação da padronização (procedimentos operacionais e manuais de treinamento na tarefa);
- a educação e o treinamento são meios utilizados para alcançar um fim, e não um fim em si mesmo;
- sempre que possível, devem-se utilizar instrutores internos. *Ensinar é a melhor maneira de aprender*;
- a educação e o treinamento são processos que devem ter objetivos bem definidos, devendo ser gerenciados através do ciclo PDCA;
- toda educação e treinamento conduzidos na organização devem ser de responsabilidade total da chefia direta do empregado;
- abordagem sistêmica e metódica da educação e treinamento.

Porém, o gerenciamento do crescimento do ser humano não está vinculado apenas à educação e ao treinamento. É preciso criar políticas de benefícios e de programas na área de saúde, de preparação para aposentadoria entre outros, que propiciem a qualidade de vida da força de trabalho.

---

<sup>77</sup> CAMPOS, op. cit. p. 153

<sup>78</sup> Ibid., pp. 158 at 162



## 1.4.2 – Gerenciamento da rotina

O gerenciamento da rotina pode ser entendido como: as ações e verificações diárias conduzidas pelas pessoas que assumiram a responsabilidade no cumprimento das obrigações a elas conferidas.

É uma técnica administrativa para gerenciar os processos diários de um setor, com a participação de todos os que nele agem, visando à satisfação das necessidades das pessoas envolvidas com o processo: clientes, empregados, acionistas e sociedade.

Significa estabelecer, cumprir e revisar, de forma contínua, os padrões dos processos desenvolvidos dentro das unidades, monitorando as atividades através de medição e avaliação de itens de controle e atuando corretivamente quando ocorrem “efeitos indesejados”, ou seja, girar o PDCA sistematicamente, buscando superar sempre as expectativas dos clientes.

Pode ser entendida também como o *conjunto de atividades voltados para alcançar os objetivos atribuídos a cada processo. É a prática do controle da qualidade*<sup>79</sup>.

Segundo Campos<sup>80</sup>, estas atividades são:

- definição de função – o que significa estabelecer as atividades de cada setor e cada pessoa, bem como os insumos recebidos de cada fornecedor, produtos e/ou serviços a serem entregues a cada cliente e as características de cada produto e/ou serviço, a partir de pesquisa junto ao cliente;
- macrofluxograma – demonstra graficamente os processos da organização;
- definição de itens de controle, metas e a frequência de verificação;
- montagem de fluxogramas de forma participativa;
- definição dos métodos para se atingir as metas;
- definição clara dos problemas e como resolvê-los com a participação de todas as pessoas, para melhorar continuamente os processos;
- Desenvolver a educação e o treinamento do pessoal nos métodos e práticas de controle de qualidade, de tal forma que possa utilizar o PDCA no seu trabalho.

Os objetivos do gerenciamento da rotina é delegar o gerenciamento das atividades, o que significa entregar a autoridade destas rotinas para quem é responsável pela sua execução, liberando as gerências e chefias para investir seu tempo no planejamento de melhorias e organização para o futuro. Neste sentido, o gerente deixa de ser o “bombeiro” e passa a agregar valor ao “trabalho gerencial”, bem como garantir que o trabalho do dia-a-dia tenha previsibilidade em seus resultados.

---

<sup>79</sup> MACEDO e PÓVOA FILHO, op. cit. p.25

<sup>80</sup> CAMPOS, op. cit. p. 45

### 1.4.3 – Gerenciamento pelas Diretrizes

O Gerenciamento pelas Diretrizes *são procedimentos gerenciais necessários para garantir que as diretrizes sejam executadas em todos os níveis e que as metas da Alta Administração sejam alcançados através do desdobramento dos itens de controle de níveis hierárquicos mais altos para os mais baixos*<sup>81</sup>.

Campos<sup>82</sup> entende o Gerenciamento pelas Diretrizes como um sistema administrativo praticado por todas as pessoas da empresa, que visa a garantir a sobrevivência das organizações, através da visão estratégica com base em análise dos ambientes e externo e interno, nas crenças e valores presentes no interior da organização, que fornecem o rumo para o estabelecimento das diretrizes, bem como através do gerenciamento da rotina, segundo aquela visão estratégica.

O objetivo do Gerenciamento pelas Diretrizes, segundo Campos<sup>83</sup>, é direcionar a caminhada eficiente do controle da qualidade para sobrevivência da organização a longo prazo.

Em estudos de Campos<sup>84</sup>, Macedo e Povoá Filho<sup>85</sup> podemos concluir que o Gerenciamento pelas diretrizes é constituído por dois sistemas:

- gerenciamento funcional, que cuida da manutenção melhoria contínua das atividades diárias de uma organização, que é o mesmo que o gerenciamento da rotina;
- gerenciamento interfuncional, que trata da solução de problemas prioritários da alta administração através do desdobramento das diretrizes, e seu controle entre de departamentos. Sua função é olhar para o futuro. É o gerenciamento estratégico, definição das grandes diretrizes<sup>86</sup>, sendo de responsabilidade da alta administração e tendo como instrumento o planejamento estratégico.

O planejamento estratégico é um método de operacionalização de ações que são definidas pela Administração estratégica, sendo que esta define as estratégias políticas para operacionalização do plano, com a participação de todos os níveis hierárquicos e funções da organização.

*A administração estratégica é um conjunto estruturado e interativo de vários instrumentos: Planejamento Estratégico, organização estratégica, decisão estratégica, controle estratégico e desenvolvimento organizacional*<sup>87</sup>.

---

<sup>81</sup> MACEDO e PÓVOA FILHO, op. cit. p. 26

<sup>82</sup> CAMPOS, op. cit. p. 67

<sup>83</sup> Ibid., p. 67

<sup>84</sup> Ibid., p. 68

<sup>85</sup> MACEDO e PÓVOA FILHO e, op. cit. p. 26

<sup>86</sup> Segundo Ibid (1995: 19), diretrizes são normas gerais (...) que orientam a tomada de decisão nos diversos escalões da organização, determinando prioridades.

<sup>87</sup> OLIVEIRA, op. cit. p. 288

Segundo estudos realizados, observamos que o planejamento estratégico tem várias interpretações, no tocante à definição de conceitos, terminologia e descrição do método.

*O planejamento estratégico vem se construindo teórica e metodologicamente no campo das Ciências Administrativas e destaca-se como alternativa escolhida por muitas organizações para orientar o processo da mudança. Este modelo tem se mostrado adequado e eficaz quando se instala o desafio da mudança a nível político e estratégico, ou seja, nos fins e propósitos de uma realidade como um todo. Acrescentando, que é um instrumento de administração, com enfoque sistêmico, que se constitui em ferramenta gerencial indispensável para impor uma racionalidade central às decisões, estimular a convergência de esforços e focalizar a atenção dos decisores nos fatores chave para o sucesso da organização*<sup>88</sup>.

Entendemos planejamento estratégico como um sistema participativo e permanente, com o objetivo de avaliar os ambientes interno e externos das organizações, frente às incertezas da atual realidade, no qual são definidas prioridades de ações que orientam para construir um futuro, num determinado cenário, com prazo definido, considerando-se os pontos fortes e fracos da organização .

Segundo Oliveira<sup>89</sup>, planejamento estratégico pode ser conceituado como *uma metodologia gerencial que permita a direção a ser seguida pela empresa, visando maior grau de interação com o ambiente.*

Cada organização deve definir onde quer chegar e o que e como fará para alcançar este objetivo, planejando estrategicamente, possibilitando, assim, a análise do cenário externo ( oportunidades e ameaças) e a verificação dos pontos fortes e das limitações da organização, além de visualizar os problemas prioritários e as questões vitais.

Planejamento estratégico *é o conjunto de atividades necessárias para se determinar as metas (visão), os métodos (estratégia) e o desdobramento destas metas e métodos*<sup>90</sup>, sendo necessário estar baseado em fatos e dados para definir a visão<sup>91</sup> e a estratégia<sup>92</sup> .

A estratégia é a definição dos meios necessários para atingir a visão estratégica, sendo uma referência para assegurar a continuidade de propósitos. Ter uma visão clara do caminho a ser percorrido vai preencher uma convicção importante para se obter adesão, espírito de colaboração e participação dos funcionários.

A gestão estratégica baseia-se nos seguintes pressupostos: definição da missão<sup>93</sup> e visão estratégicas; definição de diretrizes e metas; existência de um planejamento

---

<sup>88</sup> Serviço Social e Sociedade: o mundo do trabalho, N° 52 – dezembro/1996, cit. pp. 130-131

<sup>89</sup> OLIVEIRA, op. cit. p. 288

<sup>90</sup> CAMPOS, op. cit. p. 68

<sup>91</sup> Visão expressa o sonho da alta administração de como ela deseja que sua organização esteja daqui a um determinado período. A visão deve ser formulada após uma análise do meio ambiente. Ela é difundida por toda a organização.

<sup>92</sup> Estratégia, aqui é entendida como o direcionamento geral que oriente o objetivo, ou seja, caminho mais adequado para se alcançar os objetivos desejados.

<sup>93</sup> Missão consiste em definir qual a razão da existência da organização ou setor na atualidade. A sua definição serve para que todos os integrantes da organização tenham a mesma percepção do significado de

estratégico, tático e operacional; alinhamento da estrutura da organização em função do planejamento. Este tipo de gestão permite analisar as tendências e fatores que, no futuro, poderão afetar a capacidade da organização para entender as expectativas dos usuários.

As principais características da gestão estratégica, apontadas por Fritsch<sup>94</sup>, são:

- modelo que oriente e presida as principais decisões de uma organização;
- meio de estabelecer o propósito da organização em termos de missão, objetivos, programas de ação e prioridade de alocação de recursos;
- instrumento para definição dos domínios de atuação da organização;
- uma resposta para otimizar oportunidades e forças; minimizar e eliminar ameaças e fraquezas, com a finalidade de alcançar um desempenho competitivo;
- critério para diferenciar as tarefas gerenciais dos vários níveis hierárquicos da organização.

É importante salientarmos que o Planejamento Estratégico é como uma ... *nova forma de pensar e um novo padrão de racionalidade que vai determinar uma nova forma de agir. Aponta que suas principais mudanças se dão com referência: a) à abrangência, b) à relação com os sujeitos, c) à inovação e à valorização da descentralização e da horizontalidade das decisões, reduzindo ao mínimo as funções de controle*<sup>95</sup>.

Segundo Campos<sup>96</sup>, o sucesso da implantação do gerenciamento pelas diretrizes depende do comprometimento do Diretor ou Presidente da organização, de um bom sistema de coleta de dados e análise de informações e de uma elevada competência no método de solução de problemas, bem como da implantação o gerenciamento da rotina. Sendo que este processo de implantação deve ser acompanhado do de educação permanente e treinamento de pessoal. O Escritório da Qualidade e o Setor de Recursos Humanos devem assegurar que as pessoas estejam pronta para trabalhar neste sistema.

Porém, não existe uma regra única para a implantação do Gerenciamento pelas Diretrizes, pois cada organização deve buscar o melhor caminho para desenvolvê-lo. Portanto, deve-se manter a seriedade e compromisso necessários, partindo-se da alta administração, de seus gerentes e chefias.

No entanto, descreveremos as questões principais que deveriam nortear a implementação do gerenciamento pelas diretrizes na organização, para possibilitar uma comparação com a experiência realizada pelo HIJG, no Capítulo 3.

O estabelecimento das diretrizes, em geral, é realizado pela Alta administração, a partir do planejamento estratégico, com plano a médio e longo prazos, baseados em estudos de fatos e dados sobre as mudanças do meio ambiente, da análise dos resultados do

---

sua finalidade, sendo que ela deve ser elaborada após uma ampla discussão em todos os níveis da organização.

<sup>94</sup> Serviço Social e Sociedade: o mundo do trabalho, N° 52 – dezembro/1996, cit. p. 134

<sup>95</sup> Ibid., p. 135

<sup>96</sup> CAMPOS, op. cit. p. 75

ano anterior, dos resultados do diagnóstico do Diretor da organização e de previsão das melhorias a serem gerenciadas<sup>97</sup>.

Essas diretrizes são desdobradas em metas de curto, médio e longo prazo, conforme prioridade estabelecida na análise proposta anteriormente, e não com base nos interesses específicos de alguns grupos da organização.

As orientações da alta administração devem ser divulgadas por toda a organização, sendo conduzidas de forma metódica através do desdobramento das diretrizes. Sendo, que *...o desdobramento das diretrizes permite traduzir aquelas diretrizes em atividades concretas a serem conduzidas em cada posto de trabalho(...)*, ou seja, as metas de caráter geral proposta pela alta administração *se tornarão mais específicas e concretas à medida que forem sendo desdobradas pela hierarquia*<sup>98</sup>.

O desdobramento das diretrizes (meta + método) a princípio deve seguir o seguinte caminho, *... o chefe do departamento estabelece sua meta em função das diretrizes anuais da alta administração. Depois ele propõe o método ( as suas orientações básicas para atingir a meta proposta) a partir de uma análise de processo, na qual ele pretende determinar de três a cinco medidas prioritárias (suas orientações básicas) que irão afetar os resultados ( suas metas). Esta análise do processo deve ser conduzida com base em fatos e dados em que são consideradas as diretrizes superiores, a análise dos resultados do ano anterior, as mudanças no meio ambiente e a visão estratégica do próprio gerente (...) estas orientações ( também chamadas de medidas, ou contramedidas, ou métodos) à medida que descem hierarquicamente, tornam-se cada vez mais concretas até o ponto em que se transformam em projetos específicos a serem conduzidos por um grupo sob a responsabilidade de alguém ( que pode ser um chefe de departamento ou chefe de seção)*<sup>99</sup>.

É mister salientarmos que este procedimento deve estar baseado na participação de todos os envolvidos, pois não há outra maneira de obterem-se dedicação e comprometimento das pessoas se elas não opinarem sobre aquilo que terão que realizar. Neste sentido, a equipe de gerentes da organização *...deve ter a habilidade, desejo e os meios de comunicar, cooperar e integrar o seu processo de planejamento*<sup>100</sup>. Caso contrário, o planejamento estará fadado ao insucesso.

Como já vimos anteriormente, uma das características fundamentais da GQT é o conceito de controle, que é realizado via PDCA.

A revisão do planejamento deve ser realizada sempre que se fizer necessário, porém, no final de cada ano, é feita uma síntese geral dos acontecimentos para traçar novas metas para o próximo ano. Por isso, é importante viabilizar o sistema de acompanhamento e avaliação dos resultados que o método propõe.

---

<sup>97</sup> Ibid., p. 83

<sup>98</sup> Ibid., pp. 83 at 85

<sup>99</sup> Ibid., p. 85

<sup>100</sup> Ibid., p. 89

Este sistema deve ser aperfeiçoado constantemente, sendo provável que, após cinco anos, a organização consiga ter um sistema razoavelmente estabilizado<sup>101</sup>.

O papel do Escritório da Qualidade<sup>102</sup>, neste caso, tem a responsabilidade de ajudar o Presidente da organização na implantação do gerenciamento pelas diretrizes, ou seja, realizando as seguintes atividades : assessorar no estabelecimento do plano estratégico; contribuir para que o setor de Recursos Humanos efetive a programação da educação e treinamento das chefias para conduzir o gerenciamento pelas diretrizes; assessorar as chefias no desdobramento das diretrizes no processo de controle e na revisão anual, promover a reflexão anual e montagem do padrão de sistema do gerenciamento pelas diretrizes, bem como organizar o diagnóstico do presidente<sup>103</sup>.

Ainda enfatizamos que gerenciamento pelas diretrizes deve ser acompanhado de um gerenciamento de rotina eficiente.

#### **1.4.4 – Sistema de implantação da GQT – Programa da Qualidade Total**

Depreendemos dos estudos e da análise que, para viabilizar a GQT nas organizações, foi definido em Programas de Implantação que deveriam conter, a princípio: Planejamento, via PDCA, no qual definem-se políticas e metas da qualidade, definição de recursos de pessoal e de material, uma estrutura de sistemas da qualidade, relacionamento com os clientes.

O primeiro passo para implantar a GQT é o estabelecimento de políticas e metas para a qualidade, sendo que está se dá no âmbito da alta administração, e que as gerências e chefias têm um papel importante na sua elaboração, o que significa *que a política da qualidade é matéria compulsória na organização; toda a filosofia da qualidade (...) deve ser agregada à própria razão de existência da organização*; a alta administração deve se comprometer e participar ativamente no esforço de produzir qualidade. O próximo passo é viabilizar a política da qualidade, pois *... quem estabelece metas deve estruturar planos para atingi-las. A seguir, determinam-se os elementos necessários para pôr em prática os planos, em termos de recursos, informações, estruturas administrativas*<sup>104</sup>.

*... Sem política de qualidade, não há gestão da qualidade – esta põe em prática o que aquela determina. Sem planejamento, não há como viabilizar a implantação da*

---

<sup>101</sup> Ibidiiii, p. 91

<sup>102</sup> O Escritório da qualidade pode ser entendido aqui como uma gerência que tem como responsabilidade subsidiar a alta administração no processo de implantação do PQT. Em geral, é composta por uma equipe multidisciplinar de funcionários da própria organização.

<sup>103</sup> Ibidiiii, p. 94

<sup>104</sup> PALADINI, op. cit. p. 54

*política de qualidade, ou seja, a política fica no papel. E também não há avaliação – fica-se, assim, sem controle..*<sup>105</sup>.

Então, para implantar a GQT é preciso desenvolver-se um controle eficaz da realização dos processos, aplicando o PDCA, para avaliar e desenvolver melhorias em todas as etapas do Programa.

Segundo a NBR ISO 9004-2/1993<sup>106</sup>, a alta administração deve desenvolver e documentar uma política de qualidade, relacionada aos seguintes pontos:

- grau de serviço a ser fornecido;
- imagem da organização, no que se refere à qualidade;
- objetivos para a qualidade do serviço;
- abordagem a ser adotada na busca para alcançarem-se os objetivos da qualidade;
- definição do papel do pessoal da organização responsável pela implementação da política da qualidade.

*A administração deve assegurar que a política de qualidade seja promulgada, entendida, implementada e mantida*<sup>107</sup>.

Ainda, esta norma, estabelece no item 5.2.3, que *as metas primárias devem incluir: a satisfação do cliente, consistente com padrões profissionais e com a ética; a melhoria contínua dos serviços, a devida consideração aos requisitos da sociedade e do meio ambiente e a eficiência na prestação do serviço*. Traduzindo, *as metas prioritárias em um conjunto de objetivos e atividades da qualidade, tais como:*

- *definição clara das necessidades do cliente, com os indicadores de qualidade apropriados;*
- *ação preventiva e controles, para evitar a insatisfação do cliente;*
- *otimização de custos relacionados à qualidade, para o desempenho e o grau de serviço requeridos;*
- *obtenção de um comprometimento coletivo com a qualidade, dentro da organização prestadora de serviço; análise crítica contínua dos requisitos do serviço e das realizações, afim de identificar oportunidades para a melhoria da qualidade do serviço;*
- *prevenção pela organização prestadora do serviço efeitos prejudiciais à sociedade e ao meio ambiente*<sup>108</sup>.

A estrutura de sistemas de qualidade, segundo Paladini<sup>109</sup>, é a formação de um Comitê da Qualidade Total, que equivale ao Escritório da Qualidade e de um Departamento de Administração da Qualidade em tempo integral, bem como exige o envolvimento de cada setor no processo de qualidade e a estruturação de um fluxo de informações exclusivamente para a qualidade.

---

<sup>105</sup> Ibid., p. 54

<sup>106</sup> NBR ISO 9004-2/1993, doc. cit. p. 04

<sup>107</sup> Ibid., p. 04

<sup>108</sup> Ibid., p. 04

<sup>109</sup> PALADINI, op. cit. p. 55

A relação com os clientes se dá através da interação entre clientes e pessoal da organização, sendo que a comunicação com os clientes internos e externos deve partir do ato de ouvi-los e mantê-los informado.

O Programa de Qualidade Total, em geral está estruturado da seguinte forma:

- Preparação para a implantação (sensibilização, análise da cultura organizacional, identificação das necessidades dos clientes);
- Marketing do Programa;
- Gerenciamento da Rotina;
- Gerenciamento do Crescimento do Ser Humano;
- Gerenciamento pelas Diretrizes e
- Avaliação do processo (através de um acompanhamento sistemático).

A metodologia da GQT é aplicável tanto no setor público quanto no setor privado, ou seja, é uma alternativa que independe da via de opção de modernização do Estado, por que no que diz respeito às exigências de mudanças no interior das organizações, estas caminham para orientação ao cliente, qualidade na prestação de serviços, equilíbrio entre receita e despesa e maior envolvimento e participação dos trabalhadores no processo gerencial. Porém, é preciso considerar-se que, dependendo da via de modernização, poderá facilitar ou dificultar este processo de mudança e que as especificidade das organizações públicas de saúde são fundamentais ao serem consideradas para que GQT tenha sucesso nessas organizações.

*Reformas do aparelho do Estado tem sido tentadas em várias partes do mundo, nesse contexto de flexibilização, muitos deles sem sucesso. De qualquer forma, questões como descentralização, focalização no cliente ou usuário dos serviços, autonomia gerencial e controle e avaliação do processo de gestão, a partir dos resultados, tem sido colocados como eixos orientadores das reformas desejadas...*<sup>110</sup>

A aplicação da GQT em um serviço dá condições objetivas de melhorar o serviço realizado, a produtividade, a eficiência, reduzir custos e satisfazer os clientes.

Neste contexto, é teoricamente com esta proposta que o Governo do Estado de Santa Catarina, na gestão 94/98, propõe a implantação da GQT no serviço público.

Assim, neste momento iremos identificar a proposta e a estrutura, bem como seu desdobramento até o HIJG.

---

<sup>110</sup> Ibid., p. 278



## CAPÍTULO II

# A GQT NO SERVIÇO PÚBLICO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

O HIJG é uma organização pública de saúde, órgão subordinada à Secretaria de Estado de Saúde - SES, que, por sua vez, é um órgão da administração direta do governo do Estado de Santa Catarina .

Percebemos, neste contexto, que as políticas governamentais influenciam na tomada de decisão dos diretores hospitalares, ou seja, no caso do HIJG, a opção pela GQT está vinculada a uma proposta governamental.

Assim, identificamos a necessidade de situar esta proposta no âmbito estadual, identificando a estrutura do processo de implantação do PQT nos diversos níveis: Governo do Estado, SES e HIJG. Sendo que, em relação ao HIJG, iremos realizar uma breve caracterização institucional, por ser este o locus do presente estudo.

### **2.1 - Estrutura de implantação do PQT no serviço público do Estado de Santa Catarina**

Em 1995, foi criada, por decreto, a Secretaria Extraordinária para Implantação do Programa de Qualidade e Produtividade no Serviço Público Estadual – SQP, com o objetivo de transformar o modelo de gestão, através da modernização dos órgãos públicos; redução dos custos operacionais; prestação de mais e melhores serviços à sociedade e valorização do servidor público, optando, assim pela Qualidade Total. Motivado, segundo argumento da própria Secretaria por *deficiências no desempenho da máquina pública*<sup>111</sup>.

O principal objetivo da implantação do Programa de Qualidade Total – PQT é *adequar a máquina do Estado para que este possa servir melhor à sociedade*<sup>112</sup>.

É importante salientarmos que o atual Governo elegeu, no seu plano de governo, a transformação do modelo de gestão, como uma de suas principais prioridades.

*A grande meta definida para o Programa é tornar a Gestão pela Qualidade Total irreversível até o final do atual Governo. A pretendida irreversibilidade do Programa tem por objetivo garantir a perenidade de pelo menos parte dos resultados obtidos nesta fase*

---

<sup>111</sup> SQP, doc. cit. p. 03

<sup>112</sup> BARROS PINTO, doc. cit. p. 04

*da implantação, fazendo com que os próprios servidores, sentindo –se beneficiados pelo novo estilo de gestão, garantam a continuidade deste*<sup>113</sup>.

A SQP é o órgão central do sistema de qualidade e produtividade no serviço público do Estado de Santa Catarina, tendo como competência:

- *efetuar o controle dos programas de governo, sistêmicos ou isolados, objetivando racionalizar e harmonizar as ações administrativas;*
- *coordenar e elaborar projetos de natureza especial que visem implantar programas de qualidade e produtividade no serviço público;*
- *formular e executar, em nível de sugestão, políticas nas áreas de recursos humanos e de prestação de serviços, com vistas a definições e reformulações de procedimentos e ações administrativas;*
- *planejar, acompanhar e avaliar atividades afetas a programas de qualidade e produtividade;*
- *articular com os órgãos e entidades da administração pública medidas capazes de diagnosticar e sanear desajustes administrativos;*
- *propor e realizar seminários cursos de capacitação e reciclagem para garantir permanentemente a qualidade e produtividade no serviço público*<sup>114</sup>.

A estrutura organizacional básica compreende :

- I – Gabinete do Secretário
- II – Diretoria de Programas e Projetos
  - Gerência de Coordenação de Projetos
  - Diretoria do PQT
  - Coordenadoria do PQT

O PQT é responsabilidade da Diretoria do Programa, ... *a qual controla sua implementação, estabelecendo as estratégias gerais em relação a implantação*<sup>115</sup> desse modelo de gestão nos diversos órgãos do Estado.

Esta Diretoria realiza reuniões trimestrais com os Coordenadores dos órgãos da administração direta e indireta do Estado, presta consultoria e promove a capacitação.

O PQT no serviço público no Estado de Santa Catarina está pautado nos seguintes princípios: total satisfação dos usuários e clientes; cooperação mútua; valorização das pessoas; ação orientada por fatos e dados; melhoria dos processos; constância de propósitos; gestão participativa; gestão estratégica e comprometimento da Alta administração.

A SQP estabeleceu como estratégia a adoção de um plano geral (anexo 1), que seria a base para elaboração de planos específicos de implantação nos diversos órgãos do Governo do Estado. O PQT está estruturado, segundo consta em documentos, em 4 sub-programas:

---

<sup>113</sup> SQP, doc. cit. p. 08

<sup>114</sup> Ibid., p. 04

<sup>115</sup> Ibid, p. 08

- Conscientização e Sensibilização;
- Educação e Desenvolvimento do Servidor;
- Desenvolvimento e Difusão de Metas e Ferramentas da Qualidade;
- Articulação Institucional<sup>116</sup>.

A implantação do PQT foi organizada em etapas, tendo como primeira etapa: a sensibilização dos dirigentes, a capacitação dos coordenadores e a sensibilização dos servidores; segunda etapa: a elaboração dos planos de implantação e, terceira etapa: a implantação.

A estrutura organizacional do PQT tem, como já vimos anteriormente, como órgão central, a SQP. Cada órgão da administração direta (Secretarias, Fundações e autarquias) possui um coordenador do Programa, vinculado à Alta Administração e integrante do sistema. Cada órgão da administração indireta (empresas públicas, mistas e subsidiárias) também designou um Coordenador vinculado à Diretoria, que integra o mesmo sistema, embora de maneira informal. O Comitê Diretor é presidido pelo Governador do Estado de Santa Catarina e integrado pelas Secretarias e demais componentes do primeiro escalão. Conta, também, com um Comitê Executivo, responsável pelos assuntos operacionais, constituído pela SQP e pelos Coordenadores de Qualidade do Programa.

*Este comitê atua como um colegiado de condução do Programa, planejamento e acompanhando sua execução, de acordo com as diretrizes definidas pelo Comitê Diretor<sup>117</sup>.*

Com base nesta proposta, a SES estruturou o seu processo de implantação, como veremos a seguir.

## **2.2 - Estrutura de implantação do PQT na Secretaria de Estado da Saúde**

A Coordenadoria da Qualidade da SES foi criada em 1995, como Gerência de Qualidade e Produtividade, subordinada à Diretoria, de Planejamento com o objetivo de implantar o PQT nas Unidades, bem como na Sede Central. Sendo que, em agosto de 1995, foi criada a Coordenadoria do PQT, subordinada ao Secretário do Estado de Saúde, substituindo aquela Gerência.

O processo de implantação do PQT na SES, segue os seguintes princípios:

- é responsabilidade indelegável do Secretário do Estado de Saúde;
- a participação de todos os funcionários da SES;
- liderança persistente das chefias na condução do processo;
- eliminar o seccionalismo na estrutura organizacional;
- deve ser cultivado o respeito às pessoas;

---

<sup>116</sup> BARROS PINTO, doc. cit. p. 05

- todos os funcionários da SES devem manter uma postura voltada ao atendimento das expectativas dos clientes, sejam eles internos ou externos;
- por tratar-se de um processo de mudança cultural e comportamental, será baseado num grande esforço na educação e no treinamento permanentes<sup>118</sup>.

A estrutura organizacional da implantação do PQT na SES foi constituída por:

- Comitê Diretivo da SES, composto dos seguintes membros: Secretário e Diretores;
- Comitê Diretivo das Unidades, composto dos seguintes membros: Diretores e Gerentes;
- Centro de Promoção da SES, composto pelo Coordenador da SES e Coordenadores da Qualidade das Unidades;
- Centro de Promoção das Unidades composto pelo Coordenador da Qualidade das Unidades e multiplicadores setoriais;
- Multiplicadores setoriais, que são gerentes, subgerentes, chefias e lideranças para qualidade.

As principais atribuições do Comitê Diretivo do PQT da SES e das Unidades, respeitando a especificidade de cada realidade, são:

- estabelecer as metas de sobrevivência do órgão;
- analisar e aprovar o plano de implantação;
- garantir a execução do Plano de educação e treinamento;
- prover a infra-estrutura necessária para a implantação;
- avaliar o cumprimento do Plano de implantação e das metas de sobrevivência;
- atuar nas causas e desvios do plano;
- ser responsável pela implantação da Qualidade.

O Centro de Promoção da SES e das Unidades tem como atribuições:

- propor diretrizes (metas + medidas) para implantação do GQT na organização;
- secretariar reuniões do Comitê Diretivo da Unidade;
- propor o plano de implantação operacional e financeiro;
- elaborar o material e executar a educação e treinamento em parceria com o setor de recursos humanos;
- fornecer consultoria interna para o desenvolvimento gerencial dos Diretores, Gerentes, Subgerentes, chefias e líderes;
- elaborar o relatório de progresso e coletar dados;
- planejar, coordenar as auditorias e avaliações do Comitê Diretivo;
- acompanhar a implementação das melhorias;
- organizar eventos internos sobre os resultados da implantação da GQT, em parceria com o setor de Recursos Humanos.

Os multiplicadores setoriais têm como atribuições:

---

<sup>117</sup> Ibid., p.07

<sup>118</sup> SES, doc. cit. p. 09

- coordenar e propor um plano de implantação da qualidade em seu setor;
- atuar como consultor interno, ajudando sua equipe;
- coletar dados sobre implantação para gerenciamento;
- elaborar relatórios sobre resultados em seu setor;
- ser responsável pela educação e treinamento em qualidade (Planejamento e execução);
- atuar como elo de ligação entre o Centro de Promoção e seu setor;
- coordenar o orçamento da implantação da qualidade em seu setor;
- acompanhar os resultados;
- propor uma meta a ser atingida com a GQT em seu setor.

A proposta do Plano de implantação do PQT foi organizada pelos Coordenadores da Qualidade das Unidades, em setembro de 1997 e baseia-se em:

- mobilização para implantação do PQT, tendo como medidas: sensibilização da alta administração, pesquisas, estabelecimentos de planos, capacitação de coordenadores, elaboração do manual para a implantação do gerenciamento da rotina. Os responsáveis são o Comitê Diretivo e Centro de Promoção da Unidade;
- divulgação do PQT, definido logomarca, elaborando plano de implantação, bem como realizando avaliação deste último. Os responsáveis são o Comitê Diretivo e Coordenadora da Qualidade da Unidade;
- desenvolvimento de cursos de base conceitual como seminários, Workshop de ferramentas da Qualidade e de Qualidade no atendimento. Sendo os responsáveis o Centro de Promoção da SES, CEDRHUS-SES, Fundação CERTI e Centro de Promoção da Unidade e da SES;
- implantação do Gerenciamento da rotina, sob a responsabilidade dos gerentes e chefias das Unidades;
- desenvolvimento do Planejamento Estratégico, tendo como medidas definir negócio, missão e visão estratégica, elaborar planos estratégicos e acompanhar a implantação do plano estratégico e seus desdobramentos e realizar as metas, sob a responsabilidade do Comitê Diretivo das Unidades;
- gerenciamento do Crescimento do ser humano, através do desenvolvimento do diagnóstico interno, pesquisas de satisfação da clientela externa e interna, implantando sistema de desenvolvimento de recursos humanos e o Programa 5 S, sob a responsabilidade do Centro de Promoção da SES, Centro de Promoção da Unidade, setor de recursos humanos da Unidade;
- avaliação do processo de implantação da QGQT, sob a responsabilidade da SQP, SES e Coordenadores da Qualidade das Unidades.

A SES é composta do órgão central e de Unidades assistenciais e hospitalares.

O HIJG baseou seu processo de implantação da GQT, a partir de orientações desses órgãos centrais, à medida que eram necessárias uma articulação e uma união de esforços para concretizar o presente desafio.

Neste sentido, neste momento, iremos realizar a identificação da estrutura de implantação do PQT no HIJG, bem como caracterizar a unidade referida.

### **2.3 - Caracterização institucional do HIJG**

O HIJG além de subordinada à Secretaria de Estado de Saúde, é integrante do Sistema Único de Saúde - SUS, conforme Lei 8080 de 19.09.90 e 8142 de 28.12.90, e presta assistência médica para crianças e adolescentes, de 0 à 14 anos, no Estado de Santa Catarina, bem como constitui-se em um excelente campo de treinamento de recursos humanos em áreas de administração hospitalar e ensino para as áreas de medicina, farmácia, bioquímica, enfermagem, serviço social, pedagogia entre outros.

Criado em 1979, substituindo o antigo Hospital Edith Gama Ramos, conta com 151 leitos para internação, 14 leitos de UTI, três salas cirúrgicas ativadas, atende anualmente, em média (dados referentes ao ano de 1998), 123.767 pacientes, sempre acompanhados de pais ou responsáveis, sendo 2.714 internações, 44.312 atendimentos ambulatoriais e 76.741 atendimentos emergenciais e 3.500 cirurgias, com um quadro funcional, atualmente, de 809 funcionários.

Este hospital possui uma área física de 22.000 m<sup>2</sup> distribuídos entre os setores de internação, cirúrgico, ambulatorial, emergencial, hospital dia, serviços de apoio e diagnóstico, bem como de suporte administrativo. Ainda tem presente as Comissões como de Controle de Infecção hospitalar e Ética Médica, bem como o Centro de Estudos Miguel Salles Cavalcanti, que é responsável pela organização dos programas de ensino e residência, bem como pela realização dos cursos de atualização e aperfeiçoamento que, anualmente, são levados a efeito, visando-se o aprimoramento científico e social dos médicos.

Possui diversas especialidades médicas como, pediatria geral, neonatologia, cirurgia pediátrica, anesthesiologista, cardiologia, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, infectologia, neuropediatria, neurologia, oftalmologia, onco-hematologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pneumologia, urologia, entre outros.

São desenvolvidas atividades de ensino através de programas de residência médica em pediatria geral, neonatologia, cirurgia pediátrica, anesthesiologia, radiologia e terapia intensiva.

Atualmente, o hospital desenvolve programas de saúde à criança com abrangência comunitária atendendo, os municípios que compõe o Estado de Santa Catarina.

A estrutura organizacional está baseada em três organogramas: o oficial (anexo 2);

um, elaborado no início de 1995, com características mais modernas e eficazes (anexo 3) e o real , ou seja , como funciona a estrutura atualmente (anexo 4).

Para o gerenciamento dos serviços prestados pelo HIJG, existem 66 cargos comissionados, entre eles: Diretores, gerentes, subgerentes, chefias e supervisores

Sendo um hospital de referencia estadual, atende à população de todo o Estado, sendo que a maioria dos pacientes internados são residentes em Florianópolis e na Grande Florianópolis, totalizando 69%; 31% são dos demais municípios de Santa Catarina<sup>119</sup>.

A taxa de ocupação hospitalar, a partir de dados de janeiro à setembro de 1998, é de 77,18%; o total de paciente dia, no último mês de análise, foi de 3.438, a média de permanência é de 7 dias, com uma taxa de mortalidade após 48 horas do nascimento de 2.47%<sup>120</sup>.

O HIJG tem como missão prestar atendimento preventivo, curativo e social a crianças e adolescentes, constituindo-se em um centro de excelência e referência para o Estado, tanto na assistência quanto na formação e capacitação de recursos humanos

Sua visão estratégica é que, ao chegar ao 2000, pretende ser um centro de referência sul-brasileiro na assistência à crianças e adolescentes, bem como ser um centro de pesquisa em pediatria, de referência nacional

Suas diretrizes são melhorar a qualidade dos serviços prestados, viabilizar administrativa e financeiramente o HIJG; melhorar e adequar os recursos humanos, readequar a estrutura física, modernizar e incorporar novas tecnologias na área assistencial e administrativa e torna-se um centro de ensino e pesquisa em pediatria.

O HIJG, desde 1995, vem buscando uma alternativa de modelo gerencial, tentado reestruturar serviços a partir de duas experiências: a Reengenharia e a GQT.

A estrutura de implantação do PQT está baseada na proposta da SES, possuindo um Comitê Diretivo, composto pelos Diretor Geral, Clínico, Gerência Técnica, Administrativa, de Controladoria, de Assuntos Comunitários, de Desenvolvimento Organizacional e Coordenadoria de Enfermagem. O Centro de Promoção foi intitulado como Escritório da Qualidade, com as mesmas atribuições propostas pela SES, composto pelo Coordenador de qualidade e uma equipe multidisciplinar.

Porém, a Coordenadoria da Qualidade subordina-se tão à Direção Geral, quanto - em algumas situações - à Gerência de Desenvolvimento Organizacional.

Sendo assim , no próximo capítulo, relataremos a experiência do processo de implantação do PQT no HIJG, seguida de sua análise.

---

<sup>119</sup> SAME, setembro de 1998.

<sup>120</sup> Ibid., janeiro à setembro, 1998.

# CAPÍTULO III

## RELATO DE EXPERIÊNCIA DA IMPLANTAÇÃO DO PQT NO HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO

### 3.1 – Antecedentes da implantação da GQT no HIJG

No ano de 1995, a Gerência de Desenvolvimento Organizacional do Hospital Infantil Joana de Gusmão foi criada para estruturar serviços estratégicos, a fim de possibilitar mudanças na cultura e estrutura organizacionais, e planejando um hospital para o futuro. Para tal fim, estruturou os seguintes serviços : desenvolvimento de consultorias Interna –executando e intermediando consultorias externas; diagnósticos sobre a realidade do funcionário, Censo – Programa de Reconhecimento de Habilidades Profissionais e Pessoais; suporte de gestão de recursos humanos, atualização profissional; treinamento operacional; avaliação de desempenho; auxílio na solução de conflitos intra-organizacionais; Programa de Benefícios ; Programa de Educação Gerencial-PEC; campanhas adicionais de valorização de fator humano como colônia de férias para filhos de servidores, confraternizações, celebrações, homenagem ao aposentado e ao servidor e outras atividades de valorização profissional; Programa de Sensibilização e Integração das Unidades – PSIU. Todos estes serviços foram desenvolvidos por uma equipe multidisciplinar, composta por uma enfermeira, duas assistentes sociais, duas pedagogas e um técnico em atividade administrativa, orientado por uma consultoria externa nos dois primeiros anos de existência desse setor, que tinha como proposta desenvolver a reengenharia nos processos da organização como alternativa de mudança.

Esta Gerência , promoveu o PSIU junto à Emergência Externa do HIJG, norteado pelos princípios da Gestão da Qualidade, em parceria com outros profissionais e instituições como Associação Catarinense de Medicina – ACM, Associação dos funcionários do HIJG – DAI, BADESC, BESC, CIASC, Centro de Estudos Miguel Salles Cavalcanti, Fundação ESAG, SEBRAE, TELESC, UFSC e unidades do HIJG como Serviço Social e Setor de Higienização e Limpeza, não havendo dispêndio financeiro direto ao HIJG e a SES. Em anexo 5, apresentamos o Relatório Síntese do PSIU.

Nesse momento, iniciamos atividades voltadas à implantação do GQT, sem imaginar que no futuro iríamos estruturar este Programa como proposta de mudança de gestão.

Após a realização desse trabalho, apesar de algumas atividade terem sido realizadas sem um direcionamento comum, a Gerência de Desenvolvimento Organizacional, no ano de 1996, através de um de seus membros começou a participar de reuniões promovidas



pela SQP e Unidades Hospitalares para tratar da implantação do PQT. Com este contato passamos a assumir responsabilidades do processo de implantação do Programa , sendo que, no final deste ano, fomos convidados informalmente pela Direção Geral e Gerente de Desenvolvimento Organizacional a assumir a Coordenação da Qualidade no HIJG.

Salientamos que, com exceção do período de novembro à dezembro de 1997, sempre assumimos duas funções no Hospital, ou seja a de Coordenadora da Qualidade e profissional de recursos humanos na Gerência de Desenvolvimento Organizacional, onde realizamos outras atividades na área de recursos humanos, porém que sempre foram consideradas fora do processo de implantação do PQT.

Considerando a importância do Programa, assumimos tal responsabilidade, iniciando sua implantação.

A partir deste momento, relataremos os estudos, programas e pesquisas feitos para alcançar nosso principal objetivo : a implantação do PQT no HIJG.

### **3.2 - Estudos sobre os processos do HIJG**

Em reunião realizada com os membros da SQP foi nos sugerido que realizássemos um levantamento sobre as principais unidades do Hospital , a partir da identificação do tipo de serviço que prestavam, de seus fornecedores, insumos, macro-processo, clientes, itens de controle, valor médio e meta.

O objetivo desse estudo era identificar os macro-processo da organização e definir itens de controle e metas de melhoria, como forma de iniciar o Programa de Implantação da Qualidade no Hospital.

O estudo em questão foi realizado a partir de contatos com as chefias das unidades, ou com servidores, com os quais identificamos os principais processos das Unidades da organização.

As unidades estudadas foram: Ambulatório; Emergência Externa; Centro Cirúrgico; UTI – Unidade de Terapia Intensiva; Unidades de internação; Serviço de Nutrição e Dietética – SND; Farmácia; Almoxarifado; Gerência de Interação Comunitária; Gerência de Desenvolvimento Organizacional; Gerência de Controladoria; Gerência Administrativa; Gerência de informática e Direção Clínica.

Os principais serviços identificados foram os de emergência, ambulatorial, hotelaria, análises clínicas e de radiologia , cirurgias , terapia intensiva e distribuição de medicamentos.

Os fornecedores do Hospital são os Postos de Saúde, Hospitais, Clínicas e Consultórios particulares, HEMOSC, Secretaria de Saúde, CELESC, TELESC, CIASC, ONGs e empresas privadas, com os seguintes insumos: parecer e encaminhamento, doações, empréstimos de materiais, assistência técnica, autorização de fornecimento de

materiais , equipamentos, peças, gêneros alimentícios, normas leis e decretos, medicamentos, vacinas, soros fisiológicos, lista telefônica, verbas, parcerias, reformas, espaço físicos, recursos materiais, financeiros e humanos, cursos de capacitação, informação, luz e água.

Os principais clientes externos são os pacientes, acompanhantes, visitantes, laboratório anatomopatológico, postos de saúde, hospitais, clínicas e consultórios.

Os itens de controle ficaram definidos como: índice de reclamações no atendimento, índice de satisfação dos funcionários, percentual de funcionários capacitados, número de acidentes de trabalho/ano, índice de absenteísmo; comprometimento da despesa total com a receita líquida, índice de mortalidade, percentual de infecção hospitalar, número de reincidência de casos, capacidade atendimento e média de permanência.

As metas não foram discutidas com a participação da força de trabalho, por isso não fizemos nenhuma previsão; os valores médios não ficaram claros no momento da orientação, razão pela qual também não os identificamos.

Os resultados do estudo possibilitaram um conhecimento mais amplo sobre os serviços do hospital e explicitaram, com maior nitidez, sua função e a de suas principais unidades . Porém, este estudo só foi retomado em março de 1988, sendo utilizado pela Emergência Externa quando a Diretoria definiu que esta unidade seria pioneira para a implementação da melhoria da rotina, em dezembro de 1997.

### **3.3 - Projeto de Implantação do PQT**

Em dezembro de 1996, a SQP promoveu dois cursos: um “Gestão da Qualidade Total”, com uma carga horária de 24 horas/aula e outro, “Indicadores e Ferramentas”, com carga horária de 16 horas, para os Coordenadores da Qualidade. Estes cursos tinham como objetivo preparar os coordenadores para implantar o PQT nas unidades hospitalares. Participamos ativamente das atividades propostas.

Este momento foi de extrema importância, pois conhecemos outros coordenadores das unidades hospitalares que tinham as mesmas ansiedade e angústias vividas por nós, o que facilitou nosso processo de aprendizagem e motivou os integrantes a trocar experiências.

As reivindicações dos Coordenadores da Qualidade eram baseadas na falta de condições básicas para a implantação do Programa nas unidades e na falta de planejamento e orientação para nortear nossa intervenção. Além disso, não nos sentíamos preparados para voltar para as unidades e realizar consultoria interna sobre qualidade. Precisávamos criar um estrutura para dar suporte as nossas ações.

Neste sentido, os consultores da SQP sugeriram que elaborássemos um documento propondo as condições básicas para implantação, um levantamento sobre as

Unidade Gerenciais Básica – UGBs da unidade hospitalar e planejássemos a implantação do GQT , com base no PQT proposto pela Secretaria de Saúde, conforme anexo 1, para que em reunião com o Diretor Geral do Hospital fosse discutido o assunto, na perspectiva de agilizar o processo de implantação e oficializar a indicação dos Coordenadores de Qualidade. Estes documentos deveriam ser encaminhados até o final de dezembro de 1996. Juntamente com a Coordenação do Hospital Nereu Ramos solicitamos um prazo maior para sua entrega, considerando o pouco tempo para elaboração do planejamento.

Em 07.02.97, entregamos os documentos à Gerência de Desenvolvimento Organizacional, a qual estávamos subordinados, para ser entregue ao Diretor Geral. Este documento continha as seguintes condições básicas para implantação do GQT no HIJG:

- comprometimento da Alta Direção do HIJG, bem como das Gerências e Chefias com as mudanças que se fizessem necessárias e compromisso de delegar responsabilidades para a execução das ações;
- dedicação exclusiva dos Coordenadores de Qualidade;
- gratificação do fundo para os Coordenadores de Qualidade;
- autonomia para decidir e encaminhar trabalhos;
- formalizar e divulgar junto às instituições quem seriam os coordenadores e quais suas atribuições;
- valorização profissional;
- recursos financeiros para a participação de eventos científicos (inscrição, transporte, hospedagem e diária) para aperfeiçoamento e capacitação para os coordenadores e multiplicadores;
- um técnico administrativo para trabalhar junto com o coordenador da Qualidade, 6 horas/diária;
- uma sala disponível;
- um computador e uma impressora.

Em anexo ao documento citado foi apresentado o levantamento de UGBs, tendo sido identificados trinta e nove no HIJG (no anexo 6), sendo que, atualmente, foram ampliados serviços à comunidade.

Em relação ao Planejamento de Implantação do Programa de Qualidade Total, tinha-se como objetivo orientar a implantação e como item de controle : número de UGB com Programas implantados. O seu conteúdo era constituído de medidas e itens de verificação já definidos, cabendo ao Coordenador definir as metas atual e proposta, prazo, responsável e cronograma.

Dessa forma, tentamos elaborar um planejamento, visualizando a organização como um todo, mas sem considerar a sua especificidade e sem um estudo prévio sobre as condições objetivas de implantação, porém considerávamos que as condições básicas seriam viabilizadas para a implantação.

Passemos a descrever a síntese do Plano de implantação do PQT:

- **Medida** : Mobilizar para implantar o PQT

- **Itens de verificação:** Número de eventos realizados e total de participantes
- **Meta proposta:** 18 eventos para atender 815 funcionários
- **Prazo para conclusão:** Abril de 1997
- **Responsável:** Coordenador da Qualidade do HIJG
- **Cronograma:** Março à abril de 1997
  
- **Medida:** Capacitar para a qualidade
- **Itens de verificação:** Número de eventos e total de participantes
- **Meta proposta:** Promover 18 eventos para capacitar 480 funcionários
- **Prazo para conclusão:** Agosto de 1997
- **Responsável :** Coordenador da Qualidade
- **Cronograma:** Maio à agosto de 1997
  
- **Medida :** Realizar diagnóstico interno
- **Itens de verificação:** Nível do moral das pessoas e número de eventos
- **Meta proposta:** não propomos, pois não éramos o responsável pela atividade. Porém acreditávamos que seria importante ter uma amostragem de 15% dos funcionários e sugerimos, que o item de verificação “número de eventos” fosse modificado para número ou porcentagem da amostra, o que não foi aceito.
- **Prazo para conclusão:** Junho de 1997
- **Responsável:** Secretaria Extraordinária para implantação do PQT
- **Cronograma:** Março à junho de 1997
  
- **Medida :** Realizar pesquisa de clientes
- **Itens de verificação:** Nível de satisfação dos clientes e número de eventos
- **Meta proposta:** não propomos, pois acreditávamos que seria importante elaborar um projeto de pesquisa para definir o objetivo de forma mais clara e depois, então, definir o item de verificação.
- **Prazo para conclusão:** outubro de 1997
- **Responsável:** Secretaria Extraordinária para implantação do PQT
- **Cronograma:** junho à outubro de 1997
  
- **Medida :** Implementar melhoria da rotina
- **Itens de verificação:** Número de UGB com melhorias implantadas.
- **Meta proposta:** Implementar melhorias em 20 UGBs.
- **Prazo para conclusão:** dezembro de 1997
- **Responsável:** Gerentes e chefias das Unidades
- **Cronograma:** setembro à dezembro de 1997

- **Medida :** Avaliar e auditar processos padronizados
- **Itens de verificação:** Porcentagem de processos dentro dos padrões por UGB
- **Meta proposta:** 50%
- **Prazo para conclusão:** 1998
- **Responsável:** Não foram definidos os responsáveis
- **Cronograma:** não foi previsto
  
- **Medidas :** Implementar o Programa 5 S
- **Itens de verificação:** Porcentagem de UGB com 5 S implementado
- **Meta proposta:** 100%
- **Prazo para conclusão:** 1998
- **Responsável:** Não foram definidos os responsáveis
- **Cronograma:** Não foi previsto
  
- **Medida:** : Auditar o Programa 5 S
- **Itens de verificação:** Número de UGB auditadas
- **Meta proposta:** 39 UGBs
- **Prazo para conclusão:** 1998
- **Responsável:** Não foram definidos os responsáveis
- **Cronograma:** Não foi previsto
  
- **Medida:** Realizar o Planejamento Estratégico
- **Itens de verificação:** Número de participantes no Planejamento Estratégico
- **Meta proposta:** 815 funcionários
- **Prazo para conclusão:** dezembro de 1997
- **Responsável:** Não foram definidos os responsáveis
- **Cronograma:** Não foi previsto
  
- **Medida:** Definir Negócio e Missão
- **Itens de verificação:** Número de pessoas que conhecem o negócio e a missão
- **Meta proposta:** 100%
- **Prazo para conclusão:** setembro de 1997
- **Responsável:** Não foram definidos os responsáveis
- **Cronograma:** Não foi previsto
  
- **Medida :** Definir a visão estratégica
- **Itens de verificação:** Porcentagem de pessoas que conhecem a visão estratégica

- **Meta proposta:** 100%
- **Prazo para conclusão:** Dezembro de 1997
- **Responsável:** Não foram definidos os responsáveis
- **Cronograma :** Não foi previsto
  
- **Medida :** Elaborar Planos estratégicos
- **Itens de verificação:** Número de dias para elaborar planos estratégicos
- **Meta proposta:** 60 dias
- **Prazo para conclusão:** Janeiro de 1997
- **Responsável:** Não foram definidos os responsáveis
- **Cronograma :** Não foi previsto
  
- **Medida :** Acompanhar a implantação do Planejamento Estratégico
- **Itens de verificação:** Número de reuniões de avaliação do Planejamento estratégico
- **Meta proposta:** 04 reuniões anualmente
- **Prazo para conclusão:** Dezembro de 1997
- **Responsável:** Não foram definidos os responsáveis
- **Cronograma:** Março à dezembro de 1997
  
- **Medida:** Realizar as metas
- **Itens de verificação:** Porcentagem de metas realizadas
- **Meta proposta:** 50%
- **Prazo para conclusão:** Dezembro de 1997
- **Responsável:** Não foram definidos os responsáveis
- **Cronograma:** Março à dezembro de 1997

É importante salientarmos que este plano de trabalho nunca foi discutido com a Diretoria e poucas vezes conseguimos nos orientar por ele para implantar o PQT, uma vez que naquele momento, o realizamos por uma exigência formal, sem ter adaptado devidamente à realidade hospitalar. Houve tentativas de elaborar um plano mais adequado à nossa realidade quando assessoramos a elaboração do Planejamento Estratégico no HIJG, que serão relatadas posteriormente, e quando redimensionamos um plano de implantação com os Coordenadores da Qualidade das Unidades hospitalares para a Secretaria de Estado de Saúde –SES, relatado no capítulo 2.

### **3.4 - Reuniões Promovidas pela Coordenação da Qualidade da SES e pela SQP**

Após a entrega do Plano à Secretaria de Qualidade e à Coordenação da Qualidade da SES, a primeira delas organizou quatro reuniões por ano para fazer acompanhamento da implantação do programa nas Secretarias; a outra organizou reuniões para discutir as estratégias de implantação do GQT nas Unidades Hospitalares. As orientações advindas das duas secretarias estaduais eram diferenciadas, baseadas em concepções diferenciadas para a implantação do PQT.

Nesta perspectiva, num primeiro momento, utilizamos orientações que nos pareciam mais coerentes com a nossa realidade, tendendo sempre a acatar as orientações, que eram discutidas com a participação dos Coordenadores da Qualidade das Unidades Hospitalares junto a Coordenadoria da Qualidade da SES.

Até mesmo porque as reuniões promovidas pela SQP passaram a ser de caráter informativo e de cobrança de relatórios, sem discutir o processo de implantação e as dificuldades vivenciadas pelos coordenadores, no sentido de tentar solucioná-las. Como podemos desprender segundo as pautas organizadas.

A primeira reunião junto a esta Secretaria, no ano de 1997, realizou-se em 11 de março, quando os assuntos versavam sobre cronogramas de cursos sobre a qualidade, que foram organizados para ser realizados no decorrer do ano para todas as Secretarias do Estado. Esses cursos foram lançados em dezembro, mas, foram cancelados por falta de participantes. No caso do HIJG, conseguimos participar do Curso Programa 5S, pois mobilizamos 30 auxiliares/empregados e abrimos dez vagas para outros hospitais, no caso de desistência de alguns dos nossos auxiliares/empregados, garantindo, assim, uma boa participação neste evento. Ainda, tínhamos nos organizado para que a participação nos demais cursos fosse garantida, porém, nossas expectativas foram frustradas com o cancelamento dos cursos. Outros assuntos foram tratados como:

- Curso de Especialização em Qualidade Total, promovida pela Secretaria da Qualidade em parceria com a Fundação ESAG, onde existiram duas turmas, sendo que a segunda turma era organizada, em sua maioria, para os servidores da SES, e a primeira turma estava voltada para os Coordenadores das Secretarias do Estado. A primeira turma realizou o curso gratuitamente, já a segunda foi sugerido que pagasse para ter acesso ao mesmo;
- Seminário da Qualidade, que seria organizado pela Secretaria da Qualidade, no qual solicitaram sugestões aos Coordenadores;
- Semana de Qualidade e Inovação tecnológica, na qual os Coordenadores teriam direito a participar parcialmente desse evento;
- Aplicação de um questionário, ao qual nunca tivemos acesso;

- Plano de Implantação do PQT e os Termos de Compromisso assinados pelos Diretores junto a Secretaria, o qual não tivemos acesso;
- Cronogramas de reuniões de auditorias nas unidades, sendo que este último nunca se realizou.

A segunda reunião promovida pela SQP realizou-se no dia 1º de abril, quando foi nos solicitado o encaminhamento do relatório mensal do plano de implantação do PQT, sendo que no ano de 1997 encaminhamos mensalmente a esta Secretaria; Seminário de Gestão de Qualidade no Serviço Público Estadual, onde os coordenadores tiveram a oportunidade de apresentar suas experiências aos demais, onde a Coordenação da Qualidade apresentou o PSIU; Seminário de Qualidade e Inovação Tecnológica, o qual tivemos a oportunidade de participar gratuitamente e de forma parcial e informações sobre o Curso de Especialização em Qualidade.

A terceira reunião tratou das auditorias e avaliação, que, no HIJG nunca se realizaram; Cursos sobre Gestão da Qualidade; Seminário de GQT; Missão de estudos ao Japão – relato da viagem realizada pelo coordenador da CELESC; Planilha de acompanhamento mensal e sobre o relatório de dados que deveríamos encaminhar mensalmente.

A última reunião realizada, da qual temos conhecimento foi em 09 de dezembro, na qual se falou sobre os cursos cancelados, das planilhas/relatórios mensais; da avaliação dos trabalhos apresentados no Seminário de Gestão da Qualidade no Serviço Público Estadual e quanto à informação definitiva de que o Curso de Especialização em Qualidade, para a segunda turma, só iria sair caso os interessados pagassem.

Em relação às reuniões promovidas pela Coordenação da Qualidade da SES, estas eram realizadas, inicialmente, quinzenalmente e, posteriormente, mensalmente com todos os Coordenadores das Unidades hospitalares e assistenciais. Essas reuniões versavam sobre vários assuntos, porém nunca tínhamos uma pauta definida a priori, muitas vezes, ia sendo desenvolvida no própria reunião. Mesmo assim, consideramos essas reuniões muito importantes para possibilitar nosso auto-desenvolvimento a fim de que pudéssemos multiplicar e praticar o conteúdo apreendido durante este processo de aprendizagem. De certa forma, essas reuniões foram um suporte para as atividades realizadas nas Unidades.

Em março de 1997, a Diretoria de Assuntos Hospitalares juntou-se a Coordenação da Qualidade da SES para contribuir com a assessoria de implantação do PQT nas Unidades. Neste sentido, a primeira orientação foi que devíamos retomar o Planejamento Estratégico- PE já elaborado pela Alta Administração dos hospitais, redimensionando o papel da Coordenação da Qualidade, ou se já de agora em diante seria de assessoria à Direção Geral sobre PE. Essa decisão foi bastante discutida pelos coordenadores que já haviam começado a trabalhar com PE nas Unidades, além do que foi reclamado muito da falta de envolvimento da Direção Geral com o processo de implantação do PQT e além disso não entendia o papel dos Coordenadores neste processo.



As principais reivindicações dos coordenadores eram um maior preparo dos mesmos para realizar consultorias nas unidades e multiplicar conhecimentos, bem como definição das atribuições de cada órgão neste processo; promoção de cursos de Qualidade para Alta Administração dos Hospitais , pois aos mesmos não havia clareza o que significaria implantar esse novo modelo de gestão, sobrecarregando os coordenadores com responsabilidades, sobre as quais não tinham o poder de decisão; orientação única do órgão central da SES quanto ao processo de implantação, pois, outros setores solicitavam atividades que não eram coerentes com a proposta de ação e, muitas vezes, não tínhamos conhecimento do estava acontecendo. Além disso, a SQP apresentava uma linguagem diferenciada na orientação desse processo, ocasionando uma série de confusões e problemas de comunicação, nas Unidades; solicitávamos um maior reconhecimento das atividades realizadas pelas coordenadores, bem como uma gratificação pelo cargo; uma maior clareza nos processos de comunicação e que pudéssemos participar das discussões da Alta administração para que tomássemos conhecimento sobre o que estava acontecendo na organização; indicação bibliográfica e assessoria das atividades realizadas. A impressão que tínhamos era que o PQT era desconexo do processo organizacional, um programa a parte, e que não era preciso fazer qualquer coisa no âmbito gerencial, e que seria suficiente apenas um coordenador para implantar o Programa.

A partir desse relato, podemos verificar a dificuldade e angústia dos Coordenadores no encaminhar de um trabalho com seriedade e responsabilidade, frente às dificuldades que não eram resolvidas. Assim, a Diretoria de Assuntos Hospitalares e a Coordenação da Qualidade da SES comprometeram-se em promover Cursos para os Coordenadores da Qualidade e Alta Administração, via convênio com a Fundação CERTI, e após os cursos seria realizado um diagnóstico nas Unidades, pelo qual seria decidido quais hospitais seriam escolhidos para ser Unidade piloto e as demais deveriam continuar o processo , sem a assessoria da Fundação CERTI; que assessorássemos a Diretoria Geral na revisão do planejamento estratégico e sua operacionalização, e que a Diretoria de Assuntos hospitalares iria tentar negociar junto aos Diretores as outras problemáticas levantadas através do processo de planejamento. Também comprometeram-se a apresentar as atribuições dos órgãos, definindo o papel e as atribuições dos Coordenadores de qualidade nas Unidades neste processo.

As reuniões prosseguiram. Nelas foram tomadas as seguintes orientações: traçar um perfil dos membros do Escritório da Qualidade, para que esta equipe desse suporte ao Comitê diretivo; promover junto aos diretores reuniões de estudo (método cumbuca), implantar o gerenciamento da rotina em unidades pilotos e retomar o Planejamento estratégico.

Assim, observaremos que, no decorrer das atividades apresentadas, durante todo o ano de 1997 estávamos sendo orientados pelas Diretoria de Assuntos Hospitalares, Coordenação da Qualidade da SES e Fundação CERTI.

Após as orientações previstas para dar início ao processo de implantação do PQT nas Unidades hospitalares, a Coordenação da Qualidade do HIJG identificou várias formas para alcançar o objetivo proposto: o Planejamento Estratégico, elaborado de forma mais participativa; Promoção de Programas de Sensibilização e Integração das Unidades, pela Gerência de Desenvolvimento Organizacional; Promoção de Cursos sobre conceitos básicos, métodos e ferramentas da Qualidade para os funcionários do Hospital, previsto pela SES para Junho de 1997 e envolvimento e comprometimento da Direção Geral, dos gerentes e chefias com as mudanças necessárias.

Com estes caminhos traçados, e para implantar-se uma nova forma de gerenciamento de serviços, consideramos importante que o corpo funcional conhecesse melhor o que significava a implantação de um novo modelo de gestão. Assim, a Coordenação da Qualidade do HIJG organizou dois grupos de estudo sobre a temática: um, voltado para Alta administração e o outro, com subgrupos, para a força de trabalho.

### **3.5 - Grupo de Estudo sobre Qualidade no Serviço Público**

O objetivo de formar o grupo de estudo foi discutir com 100% da Alta administração os conceitos básicos da Qualidade e definir em estratégias mais adequadas à sua implantação, bem como mobilizar 40 funcionários para viabilizar o PQT na unidade hospitalar; através do acesso ao conhecimento básico sobre qualidade e identificar, no mínimo, 10 lideranças, que poderiam constituir o Escritório de Qualidade do HIJG.

Inicialmente, tivemos dificuldades em encontrar material adequado para trabalhar com os grupos. Neste sentido, houve necessidade de elaborar material sobre qualidade voltado à saúde, utilizando material de cursos promovidos pela SQP além do repassado pela Coordenadoria da Qualidade da SES.

As temáticas abordadas foram as seguintes: conceito de qualidade, história e evolução da qualidade, dimensões e princípios da qualidade, conceitos de produtividade, missão institucional - O que é?, Qual é a missão do HIJG ?, Qual é a missão de sua área?, Negócio, clientela e atendimento, fornecedor, insumos, processo, produto e serviço, e, ainda, apresentamos o conteúdo discutido no II Seminário Catarinense de Qualidade em Serviços, que apresentava experiências de implantação de PQT na área de serviço.

É importante salientar, que o primeiro grupo não foi organizado por falta de tempo dos membros da Alta administração, sendo que os resultados alcançados serão apresentados no capítulo 4.

### 3.6 - Planejamento Estratégico

Conforme orientação da Diretoria de Assuntos Hospitalares, iniciamos o processo de assessoria à Alta administração do HIJG sobre Planejamento Estratégico - PE. Porém, este já havia sido elaborado em 1996 pela Alta administração do HIJG com assessoria externa contratada pela SES.

Em abril de 1997, promovemos a primeira reunião com a Diretoria, com o intuito de definir uma estratégia mais participativa no PE, bem como elaborar um plano tático e operacional. Inicialmente, sugerimos que os Gerentes e Diretoria apresentassem o que já tinha sido discutido e elaborado sobre o encaminhamento do PE. Alguns disseram que seria importante convidar cada responsável, individualmente, para elaborar o Plano tático e operacional. No entanto, outros sugeriram que houvesse maior participação do corpo funcional neste processo.

A orientação realizada pela Coordenação da Qualidade realizou-se em três momentos: primeiro, na forma de encaminhamento, ou seja, realizar discussões por grupos de trabalho e envolver o maior número de servidores, principalmente, aqueles que seriam os responsáveis pelo processo; segundo quanto à necessidade de discutir a missão (razão de ser da instituição na atualidade) e visão (aonde a instituição pretende chegar) para elaborar as diretrizes do HIJG e, por último, ponderamos quanto à necessidade de revisar os objetivos táticos elaborados em 1996 e a necessidade de definir itens de controle e itens de verificação, definidos os responsáveis por questão estratégica e ações para, posteriormente, fazer-se o desdobramento do Plano operacional.

É importante salientarmos que não houve continuidade das reuniões, porque, em algumas situações, não tínhamos a participação da maioria dos presentes, cancelando-as. Entretanto conseguimos elaborar o plano estratégico e tático, a saber:

Diretriz 1 – Melhorar a qualidade dos serviços prestados à clientela, tendo como estratégia:

- Ampliar o atendimento à clientela externa;
- Implantar novos serviços à clientela externa;
- Melhorar o grau de satisfação da clientela externa;
- Desenvolver programas comunitários no HIJG;
- Implantar o Programa de Qualidade Total no HIJG.

Diretriz 2 – Viabilizar administrativa e financeiramente o HIJG, tendo como estratégia:

- Melhorar o desempenho nos processos administrativos e financeiros do HIJG;
- Desenvolver projetos e parcerias com organismos da comunidade;
- Readequar a estrutura física do HIJG;
- Melhorar as condições de trabalho nas Unidades;

Diretriz 3 – Melhorar e adequar os recursos humanos, tendo como estratégia:

- Valorizar e qualificar os recursos humanos;
- Criar um sistema de adequação dos recursos humanos no HIJG.

Diretriz 4 – Modernizar e incorporar novas tecnologias na área assistencial e administrativa, de acordo com o Plano Diretor da SES, tendo como estratégia:

- Informatizar a área assistencial e administrativa do HIJG.

Diretriz 5 – Aprimorar-se o Centro de Ensino e Pesquisa em Pediatria. Não foram definidas estratégia e ações.

A seqüência, a nosso ver, seria a elaboração do Plano tático, desenvolvemos o Plano operacional, que deveria ser constituído pelos, item de controle e ações da estratégia, itens de verificação, metas alcançadas e proposta, prazo, responsável e cronograma das ações. Porém, não foram previstos metas, prazo e cronograma, como podemos visualizar no anexo 7.

Dessa forma, retomamos o conteúdo já elaborado anteriormente pela Alta administração do HIJG e propomos a construção do Plano operacional da implantação do PQ, apresentado na tabela 1, conforme sugestão da SES.

<b>Diretriz 1 – Melhorar a qualidade dos serviços prestados à clientela</b>					
<b>Estratégia:</b> Implantar Programa de Qualidade, sendo o responsável o Coordenador da Qualidade					
<b>Item de controle:</b> Programa implantado					
Ações	Itens de verificação	Metas		Prazo	Responsável
		Atual	Proposta		
1. Execução do Planejamento Estratégico	% de ações desenvolvidas no PE % de metas cumpridas			Dez/97	Direção Geral e Gerentes
2. Divulgação do PQT	Nr. de formas de divulgação % de pessoas atingidas			Dez/ 97	Direção Geral e Escritório da Qualidade
3. Gerenciamento do Crescimento do Ser Humano	Nr. de programas implantados			Dez/97	Gerência de Desenvolvimento Organizacional e Escritório da Qualidade
4. Mobilização para implantação	Nr. de eventos Nr. de participantes			Dez/97	Coordenadora da Qualidade e Escritório da Qualidade
5. Educação e treinamento	Nr. de eventos Nr. de participantes			Dez/97	Coordenadora e Escritório da Qualidade, GEDOR, Fundação CERTI, CEDRHUS e GECAP
6. Gerenciamento da melhoria da rotina	Nr. de unidades com melhorias implantadas			Dez/97	Gerente das Unidades
7. Avaliar o processo de implantação	Nr. de processos avaliado e aperfeiçoado			Dez/97	Coordenação e Escritório da Qualidade

Conseguimos, então, discutir com a Alta administração um planejamento para o processo de implantação de um PQT mais coerente com a realidade do HIJG. Porém, as metas não foram definidas com a Alta administração, conforme proposta inicial.

Em junho de 1997, concluímos a elaboração dos planos operacionais, ainda entendidos como plano tático. Para dar continuidade ao planejamento era necessário implementá-lo. Para tal intento, foi preciso envolver mais pessoas neste processo. Com este objetivo, enviamos ao Diretor Geral do HIJG uma comunicação interna para encaminhar as diretrizes, estratégias e plano tático. Neste documento, enfatizamos a necessidade de definirem-se os procedimentos e cronograma de atividades, para que os responsáveis pelas estratégias pudessem viabilizar o PE no Hospital. Em anexo a ele encaminhamos uma proposta de definição de procedimentos, para possibilitar agilidade no processo, a qual descrevemos em sua íntegra:

- definir reuniões sistemáticas entre os responsáveis pelas estratégias e Direção Geral, para avaliar dificuldades, definir uma única linguagem para às questões apresentadas, criando assim um perfil gerencial para esta Diretoria. A proposta de cronograma deve ser elaborada pela Diretoria;
- criar um sistema de comunicação entre Direção, responsáveis pelas estratégias, planos táticos e planos operacionais ( criar fluxo de informações);
- os responsáveis pelas estratégias têm como atribuições:
  - convidar os envolvidos nos processos;
  - discutir as ações a serem desenvolvidas;
  - orientar a elaboração do plano operacional;
  - acompanhar o processo de implantação dos planos;
  - identificar as dificuldades para realização das atividades propostas;
  - tomar decisões em conjunto com os responsáveis pela área;
- o responsável por ações individualizadas irá desenvolver seu plano operacional enviando cópias para as chefia e gerência imediatas, bem como para o responsável pela estratégia, tendo autonomia para sugerir quem o ajudará a executar as tarefas;
- o responsável pela estratégia deve acompanhar a execução das atividades através de reuniões sistemáticas e objetivos definidos, utilizando tais ocasiões para a troca de experiência e resolução das dificuldades apresentadas;
- no decorrer do processo serão avaliados os procedimentos para verificar sua eficácia.

Este instrumento de comunicação foi utilizado, por não termos conseguido nos reunir outra vez com a Alta Administração do HIJG para realizar a operacionalização do plano e envolver os trabalhadores neste processo.

Após o encaminhamento dessa comunicação interna, aguardamos, sem resposta, até novembro de 1997, quando foi retomada a discussão, sem viabilização da proposta. Enfatizamos que uma parte das atividades planejadas estava sendo realizada, porém sem

acompanhamento sistemático, o que dificultou posteriormente a avaliação das ações desenvolvidas.

Além disso, consideramos necessário definir um plano que norteasse as ações da Coordenação da Qualidade até a estruturação do Escritório da Qualidade, conforme tabela 2.

Plano de trabalho de implantação do PQT no HIJG				
Medidas	Itens de verificação	Meta	Prazo	Responsável
1. Participar de reuniões da SES	Nr. de participação em reuniões	24	Dez/97	Coordenadora da Qualidade
2. Participar de Reuniões da Secretaria da Qualidade	Nr. de participação em reuniões	04	Dez/97	Coordenadora da Qualidade
3. Participação de cursos de aperfeiçoamento e formação na área de qualidade	Nr. de participação em cursos	02	Dez/97	Coordenadora da Qualidade
4. Orientação à Direção Geral quanto ao planejamento estratégico	Nr. de reuniões e assessoria prestada à Direção Geral e aos grupos de trabalho	34	Dez/97	Coordenadora da Qualidade
5. Criação da estrutura de organização para implantação do PQT	Implantação do Comitê Diretivo e do Escritório de Qualidade		Agos/97	Direção Geral Coordenadora da Qualidade
6. Identificação de lideranças e convidá-las para compor o Escritório de Qualidade	Nr. de líderes identificados Nr. de profissionais convidados	25 10	Agos/97	GEDOR Coordenadora da Qualidade Direção Geral
7. Definir as funções do Comitê Diretivo e Escritório de Qualidade	Documento formalizado com definição da função		Set/97	Direção Geral e Gerentes Coordenadora da Qualidade Escritório da Qualidade
8. Elaborar fluxograma da nova estrutura	Fluxograma definido		Nov/97	Comitê Diretivo Escritório de Qualidade
9. Realizar visitas institucionais	Nr. de visitas realizadas	08	Dez/98	Coordenadora da Qualidade Escritório Qualidade
10. Planejar atividades do Escritório de Qualidade	Planejamento elaborado e aprovado pelo Comitê Diretivo		Nov/97	Coordenadora da Qualidade Escritório de Qualidade
11. Coordenar as atividades do Escritório de Qualidade	Nr. de reuniões	30	Dez/98	Coordenadora da Qualidade
12. Sensibilização e promoção de cursos sobre Qualidade	Nr. de eventos Nr. de participantes	08 240	Dez/97	SES Fundação CERTI Secretaria Extraordinária da Qualidade Escritório de Qualidade do HIJG
13. Realizar diagnóstico sobre o nível de satisfação do funcionário	Nr. de funcionários pesquisados	120	Dez/97	Coordenadora da Qualidade Escritório de Qualidade

14. Realizar pesquisa de satisfação da clientela externa por Unidade	Nr. de entrevistados Nr. de Unidade Relatório de pesquisa	800 04	Dez/97	Coordenador da Qualidade Escritório de Qualidade
15. Implementar a melhoria da rotina	Nr. de Unidades melhorias implantadas	02	Dez/97	Comitê Diretivo Coordenadora de Qualidade Escritório de Qualidade Gerentes e/ou Chefes das Unidades

Nesta mesma época, o convênio com a Fundação CERTI foi celebrado com a SES, pelo qual haveria a promoção de Cursos para a Alta Administração dos Hospitais, para os Coordenadores de Qualidade e, após esta etapa, a realização do diagnóstico institucional. Assim, a seguir relataremos brevemente tal fase.

### **3.7 - Promoção de Cursos e diagnóstico institucional realizado pela Fundação CERTI**

A promoção de Cursos pela Fundação CERTI realizou-se no final de julho e início de agosto de 1997, um deles com a duração de 60 horas para os Coordenadores de Qualidade e outro, de 16 horas, para a Alta administração.

No primeiro curso, o conteúdo versava sobre conceitos básicos e métodos da qualidade; no final do Curso, os Coordenadores dos Hospitais elaboraram um Manual de implantação do Gerenciamento da Rotina da SES.

No segundo deles, o conteúdo ministrado foi voltado às noções básicas da qualidade e sensibilização da Alta Administração para que assumisse a responsabilidade do processo de implantação do PQT.

Ainda foram realizados outros Cursos para lideranças do Hospital, com 40 horas/aula. Os Cursos promovidos geraram um ambiente de motivação momentânea na organização. Porém, dois meses depois parecia não ter mais efeito sobre os participantes, motivação que reapareceu no início de 1998.

Após a realização dos Cursos, a Fundação CERTI realizou o diagnóstico institucional, conforme anexo 8, a partir de duas visitas à Unidade hospitalar, que durou 13 horas, utilizando-se da técnica de entrevistas e reuniões, com o intuito de diagnosticar os elementos da gestão estratégica, da Gestão da Qualidade e da Gestão do ser humano. Este diagnóstico teve como objetivo definir qual das unidades hospitalares a SES iria escolher para ser experiência piloto na implantação da GQT.

### **3.8 – Implantação do Gerenciamento da Rotina na Subgerência do Psicossocial**

A assessoria à Subgerência do Psicossocial nasceu da avaliação do PSIU na Unidade C, quando a monitora do Programa colocou-se à disposição para iniciar um trabalho junto com a equipe de profissionais do psicossocial.

Neste sentido, a Subgerente presente nessa avaliação sugeriu à Coordenação da Qualidade que fosse comunicado à Gerente de Assuntos Comunitários, à qual estava subordinada hierarquicamente, e que a mesma convidasse a equipe para a primeira reunião, onde a monitora iria discutir uma proposta de assessoria junto a mesma. Esta providência foi tomada, o que gerou o primeiro encontro, que se realizou no dia 03.07.97, com a participação total de dez profissionais das áreas de pedagogia, psicologia, serviço social, recreacionismo, e atividades administrativas.

Inicialmente foi discutida a finalidade do Psicossocial. No segundo encontro, participaram doze profissionais, tendo como pauta uma reflexão sobre a missão do HIJG, os problemas enfrentados pelas quatro áreas de atuação, ou seja, estrutura, relações interpessoais, cliente, produto e resultados, bem como o funcionamento da Gerência de Assuntos Comunitários e Preventivos, onde ficou definido que na próxima reunião seria discutida a definição de papéis.

No terceiro encontro, os grupos trouxeram suas atribuições, que foram discutidas e aperfeiçoadas.

No quarto encontro, a monitora apresentou um trabalho para ser preparado, pelas equipes de serviço social, psicologia e pedagogia, com o seguinte temário:

- definir missão, objetivos e o que seria ótimo, mas impossível de alcançar;
- entre estes serviços, existe alguma relação? Qual?
- qual a importância destes serviços para o Hospital?
- esta importância está traduzida em valores?
- qual a importância destes serviços para os pacientes?
- quais as causas de não excelência destes serviços?
- o trabalho do grupo é unido?
- existem problemas de liderança, motivação e estrutura ? Quais ?

Nos demais encontros, foram discutidos esses assuntos à medida que as equipes foram refletindo e apresentando as questões elaboradas.

No entanto, percebemos uma certa ansiedade do grupo para identificar aonde a monitora queria chegar. Intervimos junto à mesma para elaborar com o grupo o planejamento das atividades, para que todos pudessem compartilhar os objetivos.

A monitora sugeriu que o grupo elaborasse um relatório de implantação do PQT. A Coordenação da Qualidade montou uma planilha para anexar a este documento de



planejamento das atividades, que seria elaborado com a equipe, bem como organizou e sistematizou os dados apresentados pelas equipes.

O relatório foi constituído pelo histórico dos serviços de pedagogia, psicologia e serviço social; dados estatísticos, com o número de profissionais e atendimento anual, principais dificuldades encontradas; situação encontrada no início do processo de implantação do PQT; atividades realizadas junto ao PQT e providências futuras.

Porém, nem houve encaminhamento prático, a partir desse relatório, nem foi realizado o planejamento das atividades.

Assim, deter-nos-emos nas atividades realizadas junto ao PQT, que foram:

- sensibilização para a mudança;
- definição de atribuições das áreas de Pedagogia, Psicologia e Serviço Social;
- elaboração do relatório proposto pela monitora;
- discussão da pesquisa quanto à satisfação da clientela externa e interna das áreas citadas (no anexo 9, apresentamos os questionários).

Em relação ao desenvolvimento da pesquisa, a monitora propôs que suas estagiárias aplicassem os questionários junto à clientela externa e interna. Neste sentido, tínhamos, como proposta treinar as estagiárias, para aplicarem o questionário, garantindo, assim, o rigor científico na coleta de dados. No entanto, as estagiárias não puderam realizar as atividades previstas.

Durante este período, estávamos redigindo um contrato para formalizar a assessoria pela monitora. Mas, depois acontecimentos relatados, ela mesma deixou de realizar reuniões com a equipe do Psicossocial.

Em dezembro de 1997, avaliamos com a equipe de psicossocial as dificuldades de desenvolver um trabalho com assessoria externa sem contrato formal. A equipe sugeriu que verificássemos a viabilidade de conseguir-se, a partir de março de 1998, assessoria externa para dar continuidade aos trabalhos iniciados. Relatamos que para conseguir-se recurso financeiro para pagar tal assessoria seria necessário que a Diretoria concordasse com que a Subgerência de Psicossocial fosse escolhida como uma das Unidades pilotos.

Avaliamos, ter o grupo ficado desmotivado com os acontecimentos e com a baixa perspectiva de investimento financeiro no futuro.

Mais tarde, quando a Alta Administração definiu que a Unidade escolhida seria a Emergência Externa, sem a presença da Coordenação da Qualidade, uma vez que a mesma havia assumido compromisso com a equipe do Psicossocial, além de acreditar que seria importante iniciarem-se as atividades em setores de apoio, porque não tínhamos experiências para tal desafio e pelo nível de complexidade de uma Unidade como a Emergência Externa, levou ao descrédito a proposta de trabalho que se tinha iniciado.

Além disso, em março de 1998, a Coordenadora de Qualidade do HIJG colocou à disposição seu cargo à Diretoria Geral do HIJG, mas propôs-se a assessorar a equipe do Escritório até a definição pela Diretoria da uma nova Coordenação da Qualidade.

### **3.9 - Constituição do Escritório da Qualidade**

Em março de 1998, constituiu-se o Escritório da Qualidade com uma equipe multidisciplinar, garantindo diversidade de categorias profissionais para que pudéssemos dar o exemplo de como trabalhar em equipe. A equipe é constituída de duas enfermeiras (uma que trabalha na CCIH e outra que presta assessoria à Coordenadora do Corpo de Enfermagem) , um médico (Emergência Externa) , um administrador (GEDOR), quatro técnicos em atividades administrativa (sendo um do Setor de Contas, um do balcão da Emergência Externa, um que trabalha no Raio X e outro que é Chefe da Central Telefônica), um agente de serviços gerais (Serviço de Higienização e Limpeza) , uma representante do Laboratório Ciência – serviço terceirizado e a Coordenação da Qualidade.

A Coordenação da Qualidade já havia, no ano de 1997, encaminhado uma lista com o perfil dos membros que deveriam compor o Escritório, bem como uma lista de nomes que correspondiam ao perfil apresentado, à Direção Geral, sendo que esta decidiu-se por, dez profissionais.

Salientamos que todos os membros do Escritório, com exceção da representante do Laboratório Ciência, realizaram o curso da Fundação CERTI, uns em 1997, outros, em 1998.

A organização dos membros iniciou através de reuniões semanais, nas quais foram realizados estudos e planejamento das atividades a serem realizadas. No início, houve um desconforto geral, uma vez que estávamos sem a definição de um novo nome para dirigir a Coordenação da Qualidade, o que dificultou o desenvolvimento das ações. Em seguida, a Coordenadora da Qualidade reassumiu as funções, por não ter havido indicação de substituto.

Porém, antes da Coordenadora reassumir, a equipe do Escritório organizou uma pauta de reivindicações junto à Direção Geral e solicitou a oficialização da nominata dos membros (anexo 10).

A missão do Escritório da Qualidade, após ampla discussão entre os membros, ficou assim delineada: desencadear ações que resultassem na implantação do PQT no HIJG, buscando a excelência dos serviços prestados e servindo como modelo institucional na área de saúde.

O Escritório da Qualidade teria como principais atribuições as previstas pela SES, como vimos no Capítulo 2.

As atividades do Escritório da Qualidade, ficaram assim organizadas:

- reuniões de estudos;
- atividades de integração do grupo, para constituir o trabalho de equipe. Inicialmente, alastrou-se um trabalho de dinâmicas, contratando pessoas especializadas no assunto. A falta de condições financeiras impediu sua

viabilização. Mesmo assim, realizamos algumas sessões de dinâmica de auto-conhecimento e desenvolvimento de grupos;

- incentivo à participação de eventos externos para aperfeiçoamento, também bastante dificultado por falta de apoio financeiro, mas sempre que possível intermediamos junto à Direção Geral no sentido de que algumas pessoas fossem encaminhadas a cursos;
- visitas institucionais, à CELESC e Instituto de Cardiologia, para conhecer o funcionamento do Escritório da Qualidade e como planejam suas ações; e no CEPON, para verificar como implantaram o Programa 5 S nas suas unidades ;
- elaboração de um Boletim Informativo, com espaços reservados para textos sobre qualidade; para relatar as atividades do Escritório e outros acontecimentos relevantes da Qualidade, como, por exemplo, homenagem à equipe de trabalhos, cronograma das reuniões abertas aos funcionários, além de um espaço livre para a participação. Inicialmente, este boletim foi organizado mensalmente, com o revezamento da equipe redacional. A primeira edição saiu em setembro de 1998 (anexo 11);
- planejamento da implantação do Programa 5 S no HIJG;
- participação nas reuniões do Comitê Diretivo do HIJG;
- promoção de Cursos sobre GQT, com a duração de 20 horas, aberto à todos;
- implantação de melhoria da rotina na Emergência Externa, onde desenvolvemos um breve estudo inicial dos processos baseados no levantamento realizado junto ao PSIU, com assessoria da Fundação CERTI em uma reunião; promoção de reuniões com a Alta Administração e Chefias da Emergência Externa; a pesquisa sobre a satisfação da clientela externa e levantamento quanto à satisfação dos funcionários da Emergência Externa, buscando analisar os problemas levantados por eles e o nível de interesse para implantação do PQT nesta Unidade;
- planejamento da Qualidade - continuidade para 1999.

Passamos a relatar algumas atividades desenvolvidas pelo Escritório da Qualidade, no período entre março e outubro de 1998.

### **3.10 - Promoção de Cursos de Gestão da Qualidade Total**

Como relatamos anteriormente, desde 1995 buscamos divulgar os conceitos básicos do GQT no HIJG, porém os cursos e programas de sensibilização promovidos não foram suficientes para atender a demanda institucional. Neste sentido, em julho de 1998, a equipe do Escritório da Qualidade iniciou a organização de três cursos sobre Gestão da Qualidade

Total, com carga horária de 20 horas/aula, abertos à participação de todos os empregados e terceirizados do HIJG.

Os Cursos tinham como objetivo geral desencadear um processo de ensino-aprendizagem para o pessoal quanto aos conceitos básicos de gestão da qualidade total, voltado à realidade dos serviços de saúde. Especificamente deveriam: sensibilizar o pessoal para a dimensão humana no processo de trabalho; dar aos participantes conhecimento sobre princípios, dimensões da qualidade e método PDCA; discutir e exercitar os conceitos básicos do Gerenciamento da Rotina; divulgar os conceitos do Programa 5 S; Proporcionar aos participantes o conhecimento das atribuições do escritório da Qualidade, seu planejamento e suas atividades, além de despertar o interesse dos participantes quanto ao processo de implantação da GQT na organização hospitalar.

O conteúdo programático ficou organizado da seguinte forma: Abertura, dinâmicas de apresentação e de sensibilização para a qualidade, Histórico e evolução da GQT, conceitos de GQT, Qualidade pessoal e profissional, Princípios e dimensões da qualidade, Método PDCA, Conceitos básicos do gerenciamento da rotina: Missão, visão, processos, tarefas, atividades, rotina, clientes internos e externos, fornecedores, insumos, produtos e serviços, itens de controle e de verificação, macrofluxograma, fluxograma, programa 5 S e Atribuições do Escritório da Qualidade.

A metodologia utilizada englobou aulas expositivas, exercícios práticos e dinâmicas de grupo, refletindo sobre a necessidade de mudança de comportamento frente a uma nova filosofia gerencial. Além disso, foi elaborada uma apostila para estudos posteriores e multiplicação do conhecimento apreendido durante o grupo de trabalho.

As metas previam a promoção de três cursos, desencadeando o processo de ensino-aprendizagem para 90 (noventa) empregados/servidores do HIJG, envolvendo 50 % (cinquenta por cento) das UGBs, com média de frequência de 90% (noventa por cento) dos participantes, a serem realizados no período de 25 de setembro de 1998 à 9 de outubro de 1998, buscando, assim, novos parceiros nesta caminhada.

Previu-se que a avaliação dos Cursos teria a seguinte forma: baseado no modelo de reação do CEDRHUS/SES (anexo 12), número de inscritos, número de participantes, número de unidades atendidas, média de frequência dos participantes, observação e motivação para a participação das atividades propostas.

Os resultados alcançados serão relatados no próximo capítulo.

### **3.11 - Implantação do Gerenciamento da Rotina na Emergência Externa**

#### **a) Estudo dos processos**

Retomamos o Relatório que apresentou as propostas sugeridas pelo pessoal da Emergência Externa, elaborado no PSIU, onde o Comitê Diretivo iniciou a discussão, mas

não lhe deu continuidade, porque estava ansioso por resultados. Neste sentido, avaliou-se então a necessidade de definir a função da EE, baseado no conceito da Gestão da Qualidade Total como vimos no Capítulo 1. Todos de acordo, sugerimos, então, a participação do pessoal no processo e promoveram-se reuniões para discutir a função. Apesar de todos afirmarem saber qual era a função na GQT, na prática discutiram qual era o papel e atribuições dos profissionais. Mesmo assim, essa atividade não foi menos relevante, pois seria retomada oportunamente.

Paralelamente, a Coordenação da Qualidade junto com a Chefia de Emergência Externa elaboraram a definição da função, baseadas em estudos anteriores.

O consultor da Fundação CERTI sugeriu que, a partir do que foi realizado identificássemos quais os processos da Emergência Externa que fossem mais críticos para dar-se início às atividades. Para tomar tal decisão, acreditávamos que ela deveria ser baseado em fatos e dados. Assim, o Escritório da Qualidade decidiu iniciar o processo pela Pesquisa da Clientela Externa e Levantamento da Satisfação do Servidor da Emergência Externa.

## **b) Pesquisa da Clientela Externa**

### **Objetivos**

O objetivo central da pesquisa é desencadear ações voltadas para as necessidades da clientela externa, buscando agilidade, segurança e qualidade no atendimento de saúde no HIJG, além de identificar as necessidades e os padrões de satisfação da clientela externa do HIJG, a fim de buscarem-se subsídios para as mudanças que se fizerem necessárias no âmbito organizacional.

Os objetivos específicos ficaram assim traçados:

- criar uma política de atendimento voltada para as necessidades da clientela externa, com o intuito de garantir equidade e universalização no atendimento pelo HIJG;
- identificar junto à clientela os problemas que ela enfrenta em relação aos serviços prestados pelo HIJG;
- investigar os problemas surgidos nas unidades e sistematizar formas de encaminhar as mudanças necessárias;
- verificar as principais causas de insatisfação da clientela;
- sistematizar um canal de reclamações, garantindo o anonimato do cliente;
- buscar unidade quanto às informações existentes na realidade hospitalar;
- desenvolver ações que se fazem necessárias, buscando-se aumentar o grau de satisfação do cliente.

## **Metodologia**

Inicialmente a metodologia da pesquisa estava pautada por um universo de pesquisa muito mais amplo do que a executada, e teria várias fases de coleta de dados. Porém, apresentaremos resumidamente a pesquisa planejada e, posteriormente a realmente executada.

O universo da pesquisa são os clientes externos (pacientes, acompanhantes, familiares e amigos). O estudo foi previsto para obter uma amostragem de 11% (onze por cento) da média total da clientela atendida mensalmente.

Apesar de compreendermos que nossa clientela externa inclui também os hospitais, postos de saúde, clínicas infantis e convênios, ainda que as mesmas também sejam fornecedores do HIJG, buscamos delimitar a clientela externa prioritária, a fim de viabilizar a primeira fase do presente estudo, a saber:

- pacientes : crianças maiores de 12 anos, que estejam em condições de prestar depoimentos que não prejudiquem seu estado de saúde, através de atividades lúdicas promovidas pelo setor de pedagogia;
- acompanhantes: aqueles que permanecem com a criança durante o período de internação hospitalar;
- familiares e amigos: aqueles que apenas visitam as crianças no hospital.

A orientação teórico-metodológica da pesquisa utilizaria dados quantitativos e qualitativos com posterior análise de interpretação dos dados. Os instrumentos utilizados na coleta de dados seriam: a observação, a entrevista estruturada, um questionário com perguntas abertas e fechadas, bem como visitas às instituições, caso fosse necessário.

Para aplicar o questionário, foi prevista a contratação de um grupo de agentes externos devidamente capacitados para realizar o levantamento de dados. No entanto, essa contratação não foi possível, por falta de meios financeiros. Mas, como no trabalho junto ao Psicossocial já tinha havido frustração por sua aplicação nestes moldes, resolvemos aplica-los com os recursos disponíveis.

## **Desenvolvimento da pesquisa**

Para isso, elaboramos um questionário (anexo 13) mais adequado com, questões abertas e fechadas, para ser preenchido pelos clientes aplicável a partir de junho de 1998.

Realizamos um pré-teste, pelo qual avaliamos a qualidade do instrumento e, posteriormente, o colocamos à disposição dos clientes da Emergência Externa. Ainda, orientamos as chefias para que recomendassem a seu pessoal quanto à existência do questionários e da importância de não influenciarem as respostas. A urgência do Comitê Diretivo em aplicar tal questionário não possibilitou que o Escritório da Qualidade realizasse uma forma de acompanhamento adequada na aplicação. Assim, após a impressão do material ele já estava sendo aplicado sem ter tido devido acompanhamento.

Acreditamos, porém, que este fator nem diminuiu a qualidade das respostas nem o valor das questões. Desta forma, a técnica restringiu-se a apenas colocar à disposição os questionários para que os clientes preenchessem.

Os resultados e análise estão disponíveis no Relatório da Pesquisa do Cliente Externo – Uma experiência na Emergência Externa (anexo 14).

### **c) Levantamento sobre a satisfação dos funcionários da EE**

O levantamento teve como objetivo dar oportunidade a todos para expressarem suas opiniões sobre todos serviços da Emergência Externa; medir o nível de satisfação do pessoal no trabalho; identificar qual sua opinião sobre a implantação do PQT na Emergência Externa.

O universo do levantamento era uma amostragem de 11% do pessoal da EE, tendo como técnica a aplicação de um questionário com perguntas abertas e fechadas (anexo 15) formulado pela equipe do Escritório da Qualidade. Os membros deste dividiram-se para orientar as chefias quando à aplicação do questionário junto ao pessoal. Posteriormente, participamos de reuniões com alguns serviços, como o de Zeladoria, Médico e Administrativo para orientar quanto ao preenchimento do questionário e seus objetivos, tirando todas as dúvidas suscitadas nessas reuniões. O pessoal levou o questionário para casa a fim de respondê-los com maior tranquilidade e entregou. Com o serviço de Zeladoria o trabalho foi individual, uma vez que sua chefia entendeu que assim seriam mais eficazes os resultados, quando orientamos cada um a preencher o questionário e acompanhamos seu preenchimento.

Ao comparar-mos, consideramos, que a última opção foi mais eficaz como já tinha previsto a chefia da portaria, pois seu pessoal procura informar-se sobre o assunto e houve um resultado maior nos retornos do questionário, bem como uma maior qualidade nas respostas obtidas.

O questionário foi testado com poucos servidores/empregados, antes de sua aplicação, resultando em dados que não foram previstos nos objetivos e, com isso, dificultando o acesso às informações necessárias ao processo de intervenção. Não houve identificação de categoria ou nome de profissionais, para dar-lhes maior liberdade de exposição de opiniões.

Os resultados da pesquisa serão analisados a partir dos seguintes itens: amostragem, tempo de serviço, o que o servidor/empregado espera da organização, se sente-se útil realizando suas atribuições, se está identificado com a missão, visão, diretrizes e princípios da organização, cursos que gostaria de fazer, se tem conhecimento sobre GQT, se concorda com a implantação do Programa de Qualidade em sua unidade, se acredita que este programa possa contribuir para melhorias na EE, como avalia os serviços prestados pelo seu grupo de trabalho como cliente interno e observações e sugestões gerais.

Os resultados do presente levantamento não serão apresentados, pois o questionário ainda está sendo aplicado na organização.

Atualmente, o Escritório da Qualidade está elaborando o relatório de atividades, desenvolvendo discussões, estudos e avaliação a fim de propor, para 1999, uma proposta de implantação do Programa de Qualidade Total no HIJG.

Neste sentido, esperamos que a avaliação sobre esta experiência, que iremos descrever no próximo capítulo, possa vir contribuir para a elaboração dessa proposta, bem como para o HIJG encontrar seu caminho rumo à qualidade.



## **CAPÍTULO IV**

# **A AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA PQT NO HIJG**

A avaliação não serve apenas para constatar um fato ou uma realidade, mas, sim, para buscar subsídios teóricos e práticos para a melhorias da atividade que se está avaliando, sendo este o objetivo do presente capítulo.

Ao nos reportarmos ao capítulo 1, devemos recordar que pensar em qualidade geralmente implica em julgar, comparar e avaliar, e que a avaliação é um processo que requer instrumentos; sendo que, quando está se avaliando, segundo Donebedian, está se tratando de três objetos : estrutura, processo e resultado. O presente estudo também como objetivo estudar um sistema que privilegie a qualidade, o que é inerente a este processo a avaliação.

A presente avaliação está vinculada a uma percepção da experiência com base em dados e fatos, à luz de uma teoria que privilegia sistemas de qualidade no âmbito organizacional e humano.

A execução do processo avaliativo, segundo Paladini<sup>121</sup>, consiste, em última análise, na comparação dos resultados obtidos com os objetivos pré-fixados.

Ainda segundo Malik<sup>122</sup>, existem diferentes perspectivas sob as quais se pode avaliar o mesmo objeto: os resultados, os custos, o impacto, a utilização de recursos, a maneira pela qual foi feita, entre outros.

Neste sentido, para viabilizar a presente análise, estruturamos o trabalho da seguinte forma : Resultados alcançados no período de março de 1997 à outubro de 1998, comparando-se dados com as metas propostas; avaliação com base na estrutura , processo e resultados; identificação das dificuldades como oportunidade para melhoria e, assim, lançar propostas que superem as questões limitadoras apresentadas, ou aperfeiçoar as ações que obtiveram êxito.

### **4.1 – Resultados alcançados**

Consideraremos como nível de análise o planejamento proposto pela SQP, uma vez que foi então que definimos metas mais precisas para implantação do PQT.

---

<sup>121</sup> PALADINI, op. cit. p. 164

## Mobilizar para implantar o PQT

Esta medida pressupõe sensibilizar o pessoal para envolvê-lo no processo de implantação da GQT na organização.

Meta proposta : realizar 18 eventos para atender 815 servidores/empregados.

Meta alcançada				
Atividades Desenvolvidas			Metas	
Eventos	Item de verificação	Promovido	Proposta	Alcançada
PSIU	Nº de eventos	GEDOR – HIJG	03	02
	Nº de unidades beneficiadas		03	02
	Nº de funcionários		187	78
Sensibilização da Alta administração do HIJG	Nº de diretores e gerentes sensibilizados	Coordenação da Qualidade – HIJG	08	08
Grupo de Estudos	Nº de grupos	Coordenação da Qualidade – HIJG	02	01
	Nº de funcionários		48	08
Sensibilização com os residentes	Nº de eventos	Coordenação da Qualidade – HIJG	01	01
	Nº de residentes		20	12
Curso GQT – Sensibilização para a Qualidade	Nº de eventos	Escritório da Qualidade	03	03
	% de Unidades beneficiadas		50%	48.8%
	Nº de funcionários		90	53
	Média de frequência dos participantes		90%	70.4%
<b>Total</b>			<b>10 eventos</b> <b>353</b> <b>funcionários</b>	<b>08 eventos</b> <b>159</b> <b>funcionários</b>

Como podemos observar na tabela 1 em relação à meta geral, nem a soma total proposta nos eventos realizados foi alcançada. Além disso, a meta alcançada em relação a eventos realizados foi de 80%, atendendo 45% do pessoal, o que equivale a 19,5% do total de funcionários do HIJG.

Este dado é bastante significativo para avaliarem-se os motivos que limitaram a implantação do PQT no HIJG, uma vez que está fase é a mais importante deste processo.

Portanto, identificamos, neste caso que o PSIU e o Curso GQT, na perspectiva de sensibilização, foram eventos bastante eficazes para trabalhar-se o relacionamento interpessoal, possibilitar um conhecimento mais amplo da realidade hospitalar e as necessidades de mudança, inserir conceitos teóricos da qualidade, mobilizar o grupo para o planejamento, identificando propostas de melhorias, bem como estruturar o trabalho em equipe.

<sup>122</sup> MALIK, op. cit. p. 08

Por outro lado, verificamos que a promoção de Grupo de estudos não deve ser um evento utilizado para sensibilização, mas sim para atividades posteriores à sensibilização, educação e treinamento do pessoal.

A sensibilização para os residentes deve estar inserida num programa voltada ao corpo médico.

Em relação à sensibilização da Alta administração, que foi de 100%, observamos que deveria ter sido realizada também pela SQP e Coordenadoria da SES, de forma mais sistemática, para dar maior ênfase à importância de sua participação no PQT.

### Capacitar para a qualidade

Meta proposta: 18 eventos para capacitar 480 funcionários.

Meta alcançada				
Atividades Desenvolvidas			Metas	
Eventos	Item de verificação	Promovido	Proposta	Alcançada
Qualidade no atendimento	Nº de eventos	CEDRHUS <sup>123</sup> /SE	11	01
	Nº de funcionários	S SQP	50	13
GQT	Nº de eventos	Fundação CERTI	03	03
	Nº de funcionários	Coordenadoria da Qualidade – SES	50	27
Curso 5 S	Nº de eventos	SQP	01	01
	Nº de funcionários		40	28
Evolução, Princípios e conceitos básicos da QT	Nº de eventos	SQP	01	00
	Nº de funcionários		12	00
Gerenciamento de Processos	Nº de eventos	SQP	06	00
	Nº de funcionários		18	00
Qualidade em serviços	Nº de eventos	SQP	04	00
	Nº de funcionários		12	00
<b>Total</b>			<b>26 eventos</b> <b>192</b> <b>funcionários</b>	<b>05 eventos</b> <b>68</b> <b>funcionários</b>

Podemos verificar na Tabela 2, que em relação à meta geral proposta, a meta de cursos foi superada, porém, mesmo que todos os 26 cursos fossem realizados, seria capacitado apenas 23,6% do pessoal. Os resultados alcançados, em relação a meta proposta por Curso, foram de 19,2%, atingindo 35,4% dos funcionários da meta total, o que equivale 8,3% do total destes do Hospital. Considerando-se, que, em 1997, havia um quadro funcional de 815 pessoas, o que justifica a meta proposta neste ano.

É importante salientar-mos, que os cursos organizados pela SQP foram cancelados,

<sup>123</sup> Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Saúde

como vimos no capítulo 3, e que o HIJG não investiu em treinamento nesta área.

Estes cursos são fundamentais para o processo de implantação da qualidade, porém devem ser o resultado de uma conjunção de esforços e adequados às fases de implantação do Programa na organização. Caso contrário, os cursos não terão utilidade prática, pois o pessoal irá retornar à organização sem ter oportunidade para aplicar o conhecimento apreendido

### **Realizar Diagnóstico Interno**

Esta meta não foi proposta, pois a SQP tinha se comprometido a realizá-lo.

O diagnóstico está sendo realizado parcialmente na organização, especificamente com o pessoal da Emergência Externa. Porém, não foi concluída a coleta de dados, como já vimos anteriormente.

Há que se considerar que a proposta do diagnóstico interno, inicialmente, estava limitada a verificação do nível de satisfação do pessoal.

### **Pesquisa da Clientela Externa**

Esta meta não foi proposta, mas, a pesquisa foi realizada junto aos clientes externos da Emergência Externa do HIJG, como já vimos no Capítulo 3. O relatório está disponível em, anexo.

### **Implementar melhoria da rotina**

A meta proposta era de implementar a melhoria da rotina em 20 unidades, porém, apesar das tentativas sem sucesso no Psicossocial e do processo em desenvolvimento na EE, como relatamos no Capítulo 3, não foi alcançada nenhuma das metas propostas.

### **Avaliar e auditar processos padronizados**

Uma vez que não foi implantado o Gerenciamento da Rotina, não é possível avaliar e auditar processos padronizados.

### **Implementar o Programa 5 S e auditar**

A meta proposta era de implantar o Programa 5S em 100% das unidades e auditar 39 UGBs, mas, não foram alcançadas, sendo que a organização deste Programa está sendo planejada pelo Escritório da Qualidade para ser implantada em 1999.

## **Realizar Planejamento Estratégico**

A meta proposta era de envolver 815 servidores/empregados, ou seja 100% . No capítulo 3 relatamos a experiência. A porcentagem do pessoal envolvido no PE foi 7.7%. Um dado bastante significativo para avaliação do desenvolvimento do planejamento.

### **Definir negocio e Missão**

A meta proposta era que 100% do pessoal conhecesse o negócio e a missão. Em relação à missão do Hospital, 100% conhecia aquela elaborada em 1995, porém, em 1996, foi modificada pela Alta administração e, apesar de estar divulgada em placas nas Unidades, a maioria do pessoal não a conhece. Porém, baseados no pessoal participante de cursos que a Coordenação da Qualidade do HIJG organizou e monitorou , bem como em reuniões de trabalho, houve divulgação da Missão para 14,4% dos funcionários.

Quanto ao negócio, teoricamente, o pessoal conhece, mas o que foi discutido e elaborado pela alta administração não foi divulgado entre eles.

### **Definir a visão estratégica**

A meta proposta era de 100% , mas apenas 14,4% do pessoal conhece a visão estratégica.

### **Elaborar planos estratégicos e realizar metas**

A meta proposta era 60 dias para realizar os planos e desenvolver 50% das metas propostas, porém foram realizados no dobro do tempo proposto. No plano operacional de implantação do PQT do HIJG, optamos por outros itens de controle mais adequados ao monitoramento do presente plano, que era o percentual das ações desenvolvidas no PE e o percentual de metas cumpridas. Porém, apesar de terem sido definidos estes itens de controle, não houve monitoramento e nem acompanhamento das atividades. Assim, os dados disponíveis são impressões sobre o resultado do trabalho, e como o que não se mede não se gerencia, não são dados confiavelmente apresentáveis no presente trabalho.

### **Acompanhar a implantação do Planejamento estratégico**

A meta proposta era de realização de quatro reuniões anuais para avaliação, mas não foram realizados nem o monitoramento nem as reuniões de avaliação, que acompanham o processo de implantação do PE.

Neste momento, consideramos importante realizar algumas considerações sobre o

Planejamento estratégico e identificar suas falhas, baseado em estudos de Oliveira<sup>124</sup>, o qual avalia o PE antes do início de sua elaboração, durante a elaboração e a implementação.

Em relação às falhas mais comuns antes do início de elaboração do PE, podemos considerar que HIJG fez algumas como:

- a expectativa de enormes e rápidos resultados do PE na organização;
- a falta de envolvimento do pessoal;
- a não eliminação dos focos de resistência na organização;
- a não-esquemática do sistema de controle e avaliação do PE;
- o pessoal da organização desconhece a natureza do PE.

Quanto às falhas mais comuns durante a elaboração do PE, verificamos:

- o desconhecimento dos conceitos básicos inerentes ao PE, por falta de um processo de aprendizagem e treinamento para toda a organização;
- a falta de convicção da Diretoria Geral acerca desta técnica
- o não envolvimento da gerência intermediária;
- a inadequação no estabelecimento do período de tempo das medidas do PE;
- a falta de definição de metas;
- a descontinuidade no processo de discussão sobre o PE;
- a não-divulgação das informações inerentes ao PE;
- a dificuldade de trabalhar com PE, por falta de experiência no processo de planejamento.

Quanto às falhas mais comuns da implementação do PE, o HIJG experimentou:

- a falta de comprometimento da Direção Geral;
- a falta de um sistema de controle e avaliação;
- a falta de participação e envolvimento dos funcionários;
- a falta de conhecimento suficiente de todos os envolvidos na execução.

Estes fatores não inviabilizaram a realização de algumas medidas propostas, mas com certeza, não podemos avaliar seus resultados.

Por outro lado, acreditamos ter a experiência de tentar utilizar este instrumento, sido um aprendizado para organização.

## **4.2 – Avaliação**

Como podemos observar dos resultados apresentados, a GQT ainda é uma alternativa de gestão a ser concretizada no HIJG, pois todo o processo de implantação, em relação aos pressupostos teóricos da qualidade, foram pouco considerados.

---

<sup>124</sup> OLIVEIRA, op. cit. p. 255 at. 284

Antes de avaliarmos o processo de implantação do PQT no HIJG, é preciso considerar-se que quando foi realizado o planejamento das atividades, a Coordenação da Qualidade nem tinha a dimensão nem o conhecimento teórico sobre os pressupostos teóricos da qualidade. Sendo assim, as metas propostas, como podemos compreender do item dos resultados alcançados, muito deles foram previstos acima do que seria possível realizar e sem muita clareza do que, de fato, queria-se alcançar. Por outro lado, o planejamento acabou sendo realizado mais por exigência formal da SQP do que por necessidade da organização e por um prévio diagnóstico organizacional, a fim de identificar qual o caminho mais adequado para implantar esta forma de gestão no HIJG. Isto, necessariamente, passaria por um envolvimento da direção do hospital e das gerências intermediárias. Já que, em primeira instância, deveria ser envolvido o maior número de pessoas no planejamento da implantação da GQT na organização, considerando-se todos os aspectos necessários para realizá-lo, bem como definindo-se um conceito de qualidade, que todos pudessem buscar neste processo.

Neste sentido, ao adotar-se um processo de implantação da GQT, faz-se necessário considerar os fatores macro e micro-determinantes que influenciaram o desenvolvimento dessa alternativa de gestão. Entretanto, há que se entender que muitos fatores estão estritamente relacionados entre si, e só serão separados para fim de melhor compreensão da questão.

Dos fatores macro-determinantes, observados no Capítulo 1, a falta de definição de objetivos na organização pública de saúde, o clientelismo, o corporativismo, o favoritismo e a falta de responsabilização como características presentes na cultura organizacional, bem como a ausência de autonomia de gestão dos hospitais e de novos investimentos na área de saúde, entre outros itens, para alguns podem ser entendidos como fatores restritivos. Porém, neste trabalho, entendemos como oportunidades de melhoria. Salientamos esta questão porque não poderíamos nos desvincular da situação do ambiente externo organizacional na análise da presente experiência. Isto significa dizer, que todas essas questões já aprofundadas anteriormente, estão presentes intrinsecamente no contexto desta análise.

Neste sentido, nossa ênfase irá estar situada nos fatores micro-determinantes, nos quais acreditamos estarem mais vinculadas, neste primeiro momento, as dificuldades no processo de implantação da GQT no HIJG.

As organizações pública de saúde, por se caracterizarem em organizações profissionais sofrem de dispersão de interesses interno e externo, pois existem vários grupos de interesses, o que dificulta a definição e a implementação de objetivos.

A falta de flexibilidade das organizações públicas de saúde para reestruturar seus processos, somada a uma burocracia exagerada, são fatores que impedem as organizações públicas hospitalares de agilizarem decisões para garantir as mudanças necessárias.

As organizações profissionais, com seu elevado grau de especialização, criam uma série de problemas organizacionais, dificultando a interação de seus membros para

esforços conjuntos .

A extrema divisão do trabalho que caracteriza as organizações hospitalares pode resultar numa elevada fragmentação de tarefas, o que transforma, muitas vezes, atividades simples em formas extremamente ineficientes de formulação administrativa. Neste sentido, é preciso superar a visão tecnicista, resultante de papéis limitados, para uma visão mais humana de pessoas e da organização.

Outra dificuldade, resultante da especialização em demasia, é o fato desta ocasionar a formação de ilhas de excelência dentro da organização, em detrimento de outros setores. Estas ilhas de excelência, em geral, recebem mais atenção e recursos do que os demais setores, isto gera isolamento entre os setores, disputa interna e prejudica a busca de cooperação. A falta de uma certa homogeneidade de interesses na organização cria distorções consideráveis de objetivos, pelos quais os clientes, em muitos casos, passam a ser os últimos a ser beneficiados.

O HIJG ainda está estruturado e organizado num modelo tradicional de gestão, centrado em custos, trabalhando com ações a curto prazo e onde as decisões gerenciais são tomadas pela competência exclusiva de algumas pessoas, criando-se uma base subjetiva para as decisões, tornando-as intuitivas e centralizadas. As organizações que assumem a GQT também devem se preocupar com custos , porém, empenham-se, muito mais, em dirigir seu planejamento para a satisfação de todos os envolvidos na produção de produtos e/ou serviços, tendo em mira ações a longo prazo e tomando decisões com base em informações diversas, obtida de variadas fontes, devidamente tratadas. As informações, neste caso, são mais objetivas, por isso, mais confiáveis. A descentralização administrativa e a objetividade caracteriza as decisões, menos centradas nas pessoas e mais baseada na realidade, ou seja, em fatos e dados.

Neste sentido, o primeiro passo para implantar-se a GQT na organização é o sensibilizar a alta administração. Entretanto, descobrimos existir uma distância muito grande entre acreditar que ser possível e fazê-lo.

A qualidade é antes de tudo definir objetivos e estabelecer metas, monitorá-las, enfim, rodar o PDCA. Apoiar, considerar relevante e incentivar que o outro realize não significa necessariamente fazer. Mas, a qualidade se faz, exige o comprometimento da alta administração em mudar a forma de administrar, e de encarar o mundo sob outra perspectiva. Para isso, é preciso aprender de novo; o aprender tem lugar quando se faz junto com o novo movimento organizacional. Os dirigentes da organização tem um papel fundamental neste processo , pois são eles os principais articuladores dos diversos interesses internos e externos à organização, ainda são os principais responsáveis para fazer com que as coisas nele aconteçam. Mas, não para fazer qualquer coisa, pois é preciso saber o que se quer, para onde se vai, como se vai fazer e em que se baseia este caminho, ou seja o quadro de referências que subsidia a tomada de decisão.

Os objetivos na área de qualidade não podem ser expressos genericamente como, por exemplo melhorar qualidade dos serviços prestados , pois, por si só, não constituem



subsídios para uma decisão gerencial e, portanto, não fornecem dados para viabilizarem-se ações no desenvolvimento de melhorias, dando-lhe um sentido de direção.

A cultura organizacional tem que mudar. O começo da mudança está na liderança da Alta administração, que deve apoiar ativamente com recursos, tempo e dinheiro. Isto implica em tomar ações visíveis, que devem gerenciar o aperfeiçoamento do Planejamento Estratégico e dos sistemas gerenciais. Estas atividades não podem ser delegadas a outros funcionários.

Quando não há um comprometimento da Alta Direção com esforços para implantar a GQT do pessoal, de imediato, percebe que é mais um programa, que, mais cedo ou mais tarde, será substituído por outro. Dessa forma, se apresentam-se apáticos diante da nova proposta de mudança de gestão.

*Dessa forma, não basta apenas que haja intenção ou determinação da Alta administração (...) pelo esforço da qualidade; é preciso que participe mesmo, de forma bastante perceptível, visível, explícita, clara, inegável<sup>125</sup>.*

Num sistema eficaz de liderança, os membros da alta direção participam efetivamente no processo de definição a visão da missão da organização, na definição de valores organizacionais e nas expectativas de desempenho, fixação de diretrizes, desenvolvimento de capacitação de seus recursos humanos, revisão e análise crítica do desempenho organizacional<sup>126</sup>. Ao reportarmos-nos à nossa experiência, podemos observar que faltou definir com precisão as expectativas de desempenho, compartilhar a missão e visão, defini-las a partir de uma discussão maior com o pessoal e, por último, faltou uma análise crítica do desempenho organizacional.

O apoio da Alta Administração torna-se visível à medida que se nota terem interesse no desenvolvimento, crescimento e autonomia das pessoas e no acompanhamento permanente dos resultados alcançados, mas sem fiscalização. Este apoio deve ser traduzido por modelos bem estruturados de reconhecimento do trabalho.

Não basta só o envolvimento da alta administração. É preciso comprometimento dos gerentes, bem como das chefias intermediárias para dar suporte à nova forma de gestão. A ausência do envolvimento destes talvez tenha sido causada pela falta de responsabilização pelos resultados do programa e uma conseqüência da falta do comprometimento da Alta Administração.

Uma das causas mais freqüentes dos baixos resultados na implantação de um programa de qualidade é a falta de envolvimento/comprometimento dos dirigentes. A qualidade não pode ser delegada a outros. Os diretores e chefias devem liderar ao invés de chefiar, treinar ao invés de impor. Os diretores precisam de mudar seu enfoque, deixando de controlar e culpar os indivíduos e passando a prevenir e limitar problemas; devem aprender novas técnicas e abordagens para estabilizar melhor os processos de trabalho; compreender suas variações e saber usar os dados de modo mais eficaz, bem como,

---

<sup>125</sup> PALADINI, op. cit. p. 180

<sup>126</sup> Revista Controle da Qualidade, julho/1997, op. cit. p. 77

analisar as normas da organização e mudar aquelas que são contrárias a qualidade e a um ambiente de apoio. Neste sentido, as organizações públicas hospitalares precisam de ter mais autonomia para o gerenciamento de suas ações.

A característica organizacional, na qual os gerentes tutelam seu pessoal, o protegem da responsabilidade do resultado de seu trabalho, leva-os gradativamente, a deixar de se responsabilizar por tarefas que até considerava necessárias, para deixar que o chefe resolva, porque ele tem a autoridade para solucionar os problemas apresentados. Este fator inibe a criatividade e o desempenho profissional, bem como não permite o crescimento individual, que vai se limitando, cada vez mais no seu campo de atuação para não “incomodar a chefia”. Este tipo de atitude permeia as relações de trabalho nas organizações de modelo tradicional, o que dificulta implementar uma política que busque qualidade, sem se propor a antes, a necessidade de mudar enfoque gerencial de seus gerentes, chefes e supervisores, no sentido de que os mesmos busquem novos referenciais para melhorar também sua própria qualidade nos relacionamentos interpessoais e maiores resultados junto à satisfação do cliente. Não é mais possível acreditar-se, que as pessoas possam ficar motivadas ou sejam despertadas para executar ações de qualidade quando não lhes é permitido realizar nada além daquilo que o chefe julga qualidade, bem como não conseguem, na maioria das vezes, identificar o que fazem, para que fazem e para quem fazem.

Um novo modelo de gestão exige um novo paradigma e um conjunto de princípios e valores.

*O estilo do pessoal administrativo é fortemente influenciado pelo estilo de orientadores executivos de primeiro escalão, e a maioria das pessoas é orientada para o gerenciamento, e não para liderança. Consequentemente, pensam em termos de eficiência, em termos de coisas. Não em termos de pessoas, princípios, porque não foram orientadas para isso. Com tanta diversidade e mobilidade em nossa sociedade tornar nosso estilo coerente com a visão e os valores da empresa com frequência representa um desafio<sup>127</sup>.*

O pessoal administrativo tem pouca confiança, o que leva a uma comunicação fechada, poucas soluções para os problemas e um sentido de cooperação e de trabalho em equipe inadequado. A confiança é fator determinante na qualidade das relações entre as pessoas. Na mentalidade na qual haja falta de confiança, os administradores, em geral, produzem acordo de desempenho e declaração de missão as quais as pessoas não aderem.

A dificuldade de comunicação entre setores e a falta de informação que o Escritório da Qualidade tinha sobre as decisões tomadas pela Alta administração dificultaram bastante as atividades a serem realizadas, pois não havia consonância e sintonia entre as partes, ou seja, não caminhávamos na mesma direção.

Os setores devem contribuir para o alcance das metas da organização como um todo. Porém como o HIJG está organizado numa estrutura confusa, na qual o alcance das

---

<sup>127</sup> COVEY, op. cit. p. 160

metas é de responsabilidade de cada setor. Este fato inviabiliza a integração de interesses que otimize a contribuição setorial para superar os desafios globais da organização.

No que concerne a estrutura, não havia os recursos necessários para realizar-se determinada atividade, ou seja, no primeiro ano de implantação foi designado um coordenador da qualidade para implantar a PQT, sem recursos financeiros, humanos físicos e tecnológicos.

A falta de recursos suficientes e apropriados para a implementação do sistema de qualidade e para o atendimento dos objetivos da qualidade foram fatores determinantes no resultado apresentado. Como podemos observar na experiência relatada e nos resultados alcançados, houve escassos investimentos no gerenciamento do crescimento do ser humano, ou seja, a sensibilização do pessoal não foi em número suficiente, os programas de benefícios quase inexistentes com poucos investimentos na educação e treinamento para a qualidade. As atividades de educação e treinamento, em geral, foram realizadas fora do ambiente de trabalho e promovidas pela SQP, CEDRHUS-SES e Coordenadoria da Qualidade – SES, que foram muito importantes, porém, com exceção dos promovidos pelo convênio SES/Fundação CERTI, os demais não tiveram utilidade prática.

E, mais que isso, houve pouca junção de esforços em todos os níveis da estrutura governamental para viabilizar-se um programa que era prioridade do Governo somado à falta de autonomia da organização hospitalar para gerir seus próprios recursos, mas, principalmente, por falta de uma opção política que buscasse efetivamente a qualidade dos serviços e a satisfação de todos os envolvidos no processo, pois é difícil satisfazer a clientela externa sem pensar na qualidade de vida de quem produz os serviços. Este, talvez, tenha sido uma das maiores dificuldades encontradas na estrutura e cultura organizacional do serviço público, ainda mais num contexto no qual houve a queda da estabilidade do emprego, salários atrasados e no qual a opinião pública foi estimulada a pensar que a ineficiência da administração pública estava localizada essencialmente nos servidores.

Não havendo sensibilização, educação e treinamento voltados para uma só direção, mas sim dispersos em várias direções, ficou difícil sensibilizar os funcionários para mudanças. Além disso, as pessoas treinadas deveriam colocar em prática o mais rápido possível o que aprenderam.

A motivação e o treinamento são instrumentos mais relevantes no processo de envolvimento, por isso precisam de ser bem direcionados, isto significa esforços conjuntos das diversas áreas responsáveis para que se dê de forma adequada. E como diz Paladini<sup>128</sup> não envolver todos no processo significa não atender a um dos princípios fundamentais da GQT.

O reconhecimento não pode ser limitado apenas a palavras de elogio e reconhecimento, apesar disso ser fundamental. Porém não é suficiente. É preciso tomar atitudes mais concretas, sob a forma de benefícios diretos ou indiretos, financeiros ou não.

---

<sup>128</sup> PALADINI, op. cit. p. 178

É contra-senso exigir do pessoal o esforço que a qualidade requer se não lhe é oferecido nenhum reconhecimento por seu empenho, em termos de benefícios concretos.

Implementar gerenciamento da rotina no serviço público sem estruturar um programa de sensibilização e gerenciamento de crescimento do ser humano é investir mal os escassos recursos disponíveis, uma vez que é preciso considerar-se que, muitas vezes, uma grande parte de nosso pessoal não tem sequer dinheiro para ir trabalhar.

O sistema orçamentário deve estar previsto nos investimentos que vão ser realizados no programa de qualidade. Além disso, é preciso cuidar das avaliações de desempenho individual, porque não estimulam resultados de equipe.

Falta de preparação e capacitação suficiente das pessoas para assumirem a responsabilidade de conduzir o Escritório da Qualidade, pois as pessoas não se sentiram preparadas o suficiente e nem segurança na organização de aplicarem aquilo que conheceram .

O conceito de Qualidade total está associada à melhoria contínua, porém para desenvolvê-la é preciso aplicar técnicas e métodos. Neste sentido, é preciso de um apoio técnico para que os multiplicadores setoriais e os membros do Escritório da Qualidade efetivamente tenham a quem recorrer quando já superaram seus limites de conhecimento. Este apoio técnico se faz bastante importante no início da implantação do Programa, já que coordenadores e multiplicadores ainda não tem muito claro qual o caminho a tomar e não consegue visualizar alternativas baseadas neste novo modelo de gestão.

Somado a este fato, não houve especificação dos procedimentos de sistema de qualidade, o que deveria ter sido feito para enumerar os requisitos do desempenho esperado com um novo modelo de gestão.

Além disso, a falta de um sistema de documentação adequada dificultou o monitoramento e acompanhamento das atividades propostos.

No que se refere a um sistema, de qualidade verificamos que a estrutura organizacional para a implantação da qualidade no HIJG, na prática, não foi bem definida, bem como o PQT ficou entendido como mais um Programa a ser desenvolvido pela organização. Este fato ocorreu em outros órgãos públicos do Estado, nos quais esta estrutura de caráter temporária ficou órfão na organização. Esta situação ocasionou uma série de conflitos internos, disputa de poder e atividades paralelas.

A responsabilidade do PQT, na maioria das vezes, estava centralizada na mãos do Coordenador de Qualidade, porém , não tinha autoridade sobre este processo, uma vez que dependia diretamente de decisões políticas e administrativas que não foram tomadas.

Quanto ao processo, as ações realizadas estavam distantes do que deveria ser e efetivamente não conseguimos envolver nem clientes interno nem externo, na busca da satisfação de todos os envolvidos neste processo.

A falta de um plano de divulgação somada à ausência de relações com o cliente e a inexistência de um sistema eficaz de liderança dificultaram a implantação do enfoque da Qualidade Total no HIJG.

O fato de não utilizarem-se as informações da pesquisa feita junto à clientela externa para melhorar os serviços prestados é um equívoco decorrente da falta de compreensão do que seja qualidade.

A carência de uma definição de política de qualidade e a falta de uma definição de qual qualidade queríamos inviabilizaram a transformação dos objetivos em metas claras que envolvessem as pessoas no processo de implantação da GQT no HIJG.

Qualidade total inclui políticas que a priorizem e metas de desempenho que permitam avaliá-la.

Os resultados não foram previstos e o pouco que o foi dependeu do comprometimento da Alta Administração e da Média Gerência e de recursos materiais, humanos e financeiros. Os benefícios esperados tinham relação com as poucas ações desenvolvidas, porém, estas deram-se de forma desarticulada nos diversos níveis de governo.

Existiram ainda dificuldades derivadas do equívoco do conceito e dos princípios da qualidade, falta de coerência pela Alta Administração na diferença entre teoria e prática, de carências ou indisponibilidade de recursos, procedimentos políticos ou planos, e ainda, a inexistência de políticas e práticas administrativas que priorizassem a qualidade, de objetivos específicos de qualidade, bem como da adoção de metas de desempenho, o fato das pessoas terem sido treinadas em qualidade, mas não lhes terem sido oferecido as chances de aplicação do aprendido.

E, talvez, o ponto mais importante na GQT, é a necessidade dos dirigentes confiarem nas pessoas, acreditarem que elas têm capacidade de fazer e resolver situações do seu dia-a-dia, e, assim, transferir-lhes responsabilidades com a correspondente autoridade para a tomada de decisão.

Segundo estudos realizados por Davis e Lawrence in Tolovi<sup>129</sup>, as dificuldades ao se tentar modificar as organizações estão pautadas nas seguintes questões: estrutura, sistemas, comportamento e cultura.

*É fundamental que os dirigentes de nossas empresas entendam que programas de qualidade são programas que tratam do comportamento das pessoas e, portanto, levam tempo*<sup>130</sup>.

A ansiedade por resultados a curto prazo e a expectativa exagerada dos dirigentes levam ao baixo resultado dos programas de qualidade. É preciso ter paciência e ser perseverante ao se assumir esta alternativa de gestão, pois é ela uma forma de gestão que vai envolvendo as pessoas e no decorrer do tempo, se o processo for continuamente estimulado, apresenta resultados crescentes e cada vez mais surpreendentes<sup>131</sup>.

Porém, há que se considerar que a mudança é um processo lento e gradual, ainda mais, quando se mexe com os valores e princípios de cada um, sendo que esse sistema de

---

<sup>129</sup> Revista de Administração de Empresas, Vol. 34, N° 6, novembro/dezembro/1994 cit. p. 07

<sup>130</sup> Ibid., p. 07

<sup>131</sup> Ibid., p. 08

gestão a princípio rediscute a forma individual de encarar a organização, as pessoas e ambiente. Esta mudança no modo de ver o mundo não é, efetivamente, um fato que possa ocorrer num curto período de tempo, ainda mais quando se quer mudar, mas não se quer correr nenhum risco. Então quase se torna impossível a mudança.

Porém, bons resultados foram alcançados, como o exercício do planejamento pela Alta Administração, a promoção de cursos, apesar da falta de incentivo real de algumas gerências para que seu pessoal participasse.

Baseados em estudos realizados pelo Núcleo de Garantia da Qualidade da UFSC, que identificou as causas dos problemas no processo de implantação da Qualidade Total, citados por Paladini<sup>132</sup>, analisaremos quais dessas puderam ser evidenciadas no HIJG, concluindo, então a presente análise. Estas causas estão ligadas às políticas administrativas; à ação dos recursos humanos; à gestão do programa de qualidade e à própria estrutura do programa.

Em termos de posturas administrativas, verificamos que as causas estão relacionadas com:

- a Alta Administração divulgar que queria produzir qualidade, quando na verdade tinha outros objetivos em vista;
- a Alta Administração considerar ser mais fácil produzir qualidade;
- a Alta Administração associar a produção da qualidade com um único fator e nele investir seus recursos: compra de materiais e equipamentos melhores;
- a Alta Administração adotar o programa de qualidade por se tratar de um programa de governo;
- a Alta Administração esperar resultados rápidos;
- a Alta Administração não ter objetivos claros em termos de qualidade ou, se tinha, não os divulgar.

Em relação aos recursos humanos da organização evidenciou-se:

- pensar que boa intenção é suficiente para gerar qualidade;
- deficiências nos processos de treinamento;
- ausência de programas de benefícios para resultados alcançados;

No que diz respeito à gestão do Programa da Qualidade, observa-se:

- o programa se desenvolveu sem uma estrutura linear e contínua. As vezes deu-se mais importância, outras vezes, menos, a qualidade;
- o programa requeria recursos que nunca vieram. Sem equipamentos, materiais ou informações, sem pessoal qualificado em número suficiente somado a desmotivação do funcionário e sem programas de benefícios concretos aos funcionários;
- não foram fixadas claramente as funções a serem desempenhadas na implantação do PQT, sendo que só no final de 1997 é que discutiam-se essas

---

<sup>132</sup> PALADINI, op. cit. p. 195 at 200

funções, mas este fato tinha gerado algumas dificuldades que ficaram difíceis de ser superadas posteriormente;

- uma estrutura de implantação que gerou resistências e disputas internas pelo poder;

Sobre a própria estrutura do programas , enfatiza-se:

- a falta da Alta Administração no projeto e na implantação do Programa, ou seja, a Alta Administração apoiou o Programa, mas dele pouca participou;
- o programa foi mal estruturado e planejado. O planejamento não contemplou os recursos necessários; houve ausência de suporte técnico específico;
- o Programa foi mal implantado. Estruturou-se um cronograma equivocado, com tempo insuficiente de menos para ações mais complexas e tempo a mais para ações rápidas. O primeiro fato produz as coisas mal feitas, o segundo acomodações. Em ambos os casos os resultados alcançados ficaram comprometidos;
- o programa não apresentava direções claras, objetivas e bem definidas ou metas determinadas. Neste caso, a própria avaliação do Programa fica comprometida;
- pelo fato do pessoal ter sido considerado agente de ações a serem executadas e, não, beneficiário do Programa;
- a estrutura organizacional montada para suportar o programa não beneficiou uma visão integrada dos setores e não incentivou a interação destes. Além do que, no caso do HIJG aquela está desvinculada da própria estrutura organizacional. Assim, houve constantes conflitos entre setores e a nova estrutura.

Numa visão geral, a partir dos estudos realizados e experiências vivenciadas, podemos concluir que os baixos resultados gerados na implantação do PQT no HIJG estão baseados em duas questões centrais:

- qualidade não foi entendida corretamente e,
- não houve envolvimento e compromisso nos diversos níveis gerenciais da administração pública para que fosse efetivada.

Para dar continuidade ao PQT no HIJG é preciso, antes, considerarem-se os motivos que levaram ao baixo sucesso dos resultados nesses dois anos iniciais, como vimos anteriormente, para posteriormente, identificar as sugestões para concretizar a implantação da GQT no HIJG.

#### **4.3 - Propostas de continuidade do Programa da Qualidade Total no HIJG**

Para dar continuidade ao PQT no HIJG, inicialmente, há que se superar a visão tradicional das organizações hospitalares para nortear-se uma gestão mais voltada para a

integração crescente e a presença ativa dos integrantes da organização e sua motivação, com resultados positivos no desempenho da instituição<sup>133</sup>.

Faz-se necessário mudar a maneira pela qual se vê o mundo e as pessoas, para envolver as pessoas numa nova forma de gestão. Uma vez que estas não querem trabalhar por uma causa que tenha pouco significado, ainda que isso possa levar ao aproveitamento máximo de suas capacidades. É necessário que existam objetivos que as satisfaçam completamente<sup>134</sup>. Salientamos, porém, que a mudança de comportamento começa por nós mesmos.

A GQT é uma nova filosofia gerencial baseada em uma nova forma de comportamento frente à organização e às pessoas, nem podendo ser considerada como mais um programa a ser executado nem pode está estruturada de forma desconexa na estrutura organizacional. Neste sentido, todos devem perceber que a qualidade é uma prioridade para a Alta Administração e esta deve expressar e divulgar sua firme intenção, desenvolvendo ações concretas.

*Administradores do setor saúde devem assumir que a necessidade por qualidade como entidade definível existe e que faz parte de seu papel a criação de um ambiente que facilite sua obtenção. Em última instância, isto significa interferir sobre a cultura da organização de modo a partilhar com todo seu corpo vivo a responsabilidade pela qualidade. Ou seja, qualidade se torna indelegável<sup>135</sup>*

Como a GQT permeia toda organização e, por ser a política que tem vinculação direta com as decisões centrais, acreditamos que o Escritório da Qualidade deve está diretamente vinculado à Direção Geral do HIJG, como órgão assessor das decisões centrais da organização, agilizando e facilitando a comunicação nos processos decisórios.

É preciso definir-se um perfil adequado para os membros do Escritório da Qualidade e multiplicadores setoriais, para que estes possam efetivamente desenvolver e realizar as atividades necessárias. E uma das principais características é a capacidade de comunicação dos membros, para que estes possam multiplicar o conhecimento apreendido, bem como liderança e iniciativa.

Como vimos anteriormente, a qualidade decorre de uma série de fatores. Todos têm importância e precisam ser considerados. Porém, o fundamental é buscar, a participação de todos, para implantar a GQT, não apenas de um grupo de pessoas.

Covey<sup>136</sup> propõe fazer acordo de benefícios mútuos, nos quais os resultados desejados e as diretrizes são claramente estabelecidas, os recursos disponíveis, identificados e as responsabilidades e conseqüências, acordadas. A confiança o fundamento de todos os relacionamentos e organizações eficazes.

Ainda, propomos estruturar sistemas de informação gerencial democratizados para apoiar as decisões em todos os níveis hierárquicos, assim, devem estar disponíveis para

---

<sup>133</sup> Revista de Administração de Empresa, Vol. 38, N° 1 – janeiro/março/1998, cit. p. 83

<sup>134</sup> COVEY, op. cit. p. 171

<sup>135</sup> Revista de Administração de Empresas. Vol.32, N° 4 – setembro/outubro/1992, cit. p. 41



todos os servidores, pois todos devem ser responsáveis pelo resultado do trabalho. As informações devem ser selecionadas, organizadas de acordo com as necessidades dos decisores em todos os níveis, ou seja, para a Alta Administração deve ser composto por informações que possibilitem a formulação de políticas, planos e decisões de caráter estratégico; para gerentes, subgerentes, chefias e supervisores, os sistemas de informação deve estar voltado às decisões de caráter tático; e os operadores ocupados com informações ligadas ao dia-a-dia, para que estes possam monitorar as atividades realizadas.

A profissionalização do gerenciamento nas organizações hospitalares se faz importante neste processo, pois o médico, em geral, recebe pouco treinamento para o exercício de função executiva. É este um problema já superado nos países desenvolvidos; no Brasil, esta preocupação ainda está ausente. Neste sentido, os diversos profissionais de saúde deveriam voltar-se a profissionalização nesta área. Não adianta que os cargos intermediários tenham um bom preparo gerencial, se quem comanda a organização não tiver formação gerencial adequada.

É importante, que uma filosofia gerencial tenha como objetivos principais a melhoria da qualidade do serviço prestado, a equidade e a eficiência. Assim, os administradores no serviço público precisam mudar sua concepção de nível de responsabilidade, a fim de gerenciar o crescimento do ser humano de forma que possam construir juntos uma melhoria nos serviços que prestam.

Todos os setores devem crescer juntos, possibilitando o crescimento de setores mais frágeis, o que não significa enfraquecer os setores que estejam indo bem, mas dar certa homogeneidade aos setores. Isso possibilita gerar uma estrutura mais horizontalizada.

É preciso buscar-se maior autonomia de gestão para praticar mecanismos de recompensa, incentivos, treinamentos, desenvolver programas de reconhecimento e valorização profissional, de forma individual e coletiva, principalmente, incentivando os resultados dos esforços coletivos.. Porém, autonomia de gestão não pode ser entendida sem uma integração do sistema de saúde.

Investir em treinamento e desenvolvimento para todos os níveis hierárquicos, no qual o aluno seja responsável pela aprendizagem, o que significa que este possa manter seu próprio ritmo e escolher os métodos para alcançar objetivos acordados mutuamente. O aluno deve ensinar o que aprendeu, uma vez que ensinar reforça o compromisso e propicia maior assimilação.

Colocar em prática o acordo de desempenho para mútuo benefício, bem como o processo de responsabilidade, através de reuniões com o pessoal administrativo – com agendas e atas orientadas pela ação; sistemas de sugestões de empregados, nos quais as idéias que venham a resultar em economia sejam recompensadas, além de pesquisa de opinião anônimas.

Segundo Luís Bär<sup>137</sup>, só é possível pensar-se em qualidade quando os recursos

---

<sup>136</sup> COVEY, op. cit. p. 177

<sup>137</sup> Revista de Administração Pública, Vol. 30, N° 3 – maio/junho/1996, cit. p. 130

humanos são vistos como parceiros de fato, que compartilham não só a estruturação de rotinas e procedimentos, mas, também, a estipulação de objetivos e a própria definição de estrutura.

A GQT pressupõe modificar relações de trabalho, nas quais chefes e subordinado passam a ser parceiros para atingirem-se as metas da organização. Este processo poderá ser mais efetivo caso consiga: envolver todos no processo de mudança; modificar a estrutura administrativa, tornando-a mais ágil e flexível; reduzir erros e repetições no mesmo trabalho, diminuindo os custos de produção; sensibilizar os servidores e os gerentes.

Outro fator importante para alcançar-se o sucesso deste processo é um planejamento bem feito, discutido e participativo, devendo incluir metas, treinamento, metodologia a ser aplicada, velocidade da implantação, áreas a serem abordadas e pessoas envolvidas.

Independentemente da forma de implantação, sugerimos que a organização adote um esquema para se empregado neste processo, baseado nos estudos de Paladini<sup>138</sup>:

- a) Definição da política e metas da qualidade, que é atribuição da Alta Administração. A partir desta definição de tomada de decisões, é preciso, então, definir os investimentos que serão feitos no sistema de qualidade, as estratégias a serem adotadas, os objetivos gerais do sistema e sua abrangência;
- b) Desenvolver um diagnóstico prévio que vise avaliar os recursos disponíveis: o potencial dos recursos humanos e dos materiais, das carências observadas no sistema, bem como uma avaliação geral da organização (estrutura formal e informal, processos de trabalho, entre outros);
- c) É preciso considerar-se a política da organização que envolve a infra-estrutura para a qualidade; órgão do controle da qualidade (atribuições/estrutura); organização de sistemas de informações; administração da qualidade; ações externas (clientes/fornecedores); alocação, formação e qualificação de recursos humanos e se necessário, definição da assessoria externa ou de convênios para viabilizá-la;
- d) Estruturar um plano de ação, que viabilize a política da organização e a implante, bem como a definição de: atividades a serem desenvolvidas; alocação dos recursos necessários; estratégias operacionais; objetivos específicos; cronogramas; atribuições e as responsabilidades a serem conferidas ao pessoal operacional;
- e) Em relação ao processo de implantação propriamente dito a primeira ação a ser executada refere-se à reestruturação da organização e administração ( os aspectos citados no item c). Esta é a fase operacional, na qual são executadas as atividades previstas nas fases anteriores. Os resultados da implantação devem ser todos documentados. Estruturar sistemas de qualidade, que reunam atividades

---

<sup>138</sup> PALADINI, op. cit. p. 42-43

planejadas e o roteiro prático de sua efetivação. Torna-se conveniente que os manuais sejam editados somente após a implantação experimental do que foi planejado, bem como sua completa avaliação;

- f) A avaliação inclui atividades como reuniões para a discussão do processo de implantação; resultados alcançados, dificuldades e auditorias.

Neste caso, propomos um sistema de documentação baseado na NBR ISO 9004-2/1993<sup>139</sup>:

- um manual de qualidade, que deve conter: política e objetivos da qualidade, estruturas da organização da qualidade, incluindo as responsabilidades, descrição do sistema de qualidade, as práticas de qualidade da organização, a estrutura e a distribuição da documentação do sistema de qualidade;
- um plano de qualidade;
- definição de procedimentos, a serem aceitos, acessíveis e entendidos por todos;
- todos os documentos da qualidade devem ser registrados

Acreditamos, que o PQT deve investir inicialmente na sensibilização e no gerenciamento do crescimento do ser humano, sendo que, só após, algumas ações concretas é que a implementação da melhoria da rotina deverá ser desenvolvida, sustentada por um programa eficiente de educação e treinamento.

Além disso, sugerimos que a Secretaria de Estado de Saúde viabilize apoio técnico para assessorar a Alta Administração e Coordenadores da Qualidade das Unidades, de forma sistemática. Acreditamos, que este apoio deva ser formado por alguns Coordenadores da Qualidade das Unidades com experiência nesta área somada a uma assessoria externa. E, ainda, que estruture um sistema de auditoria formado pela comunidade que possa acompanhar o investimento realizado neste programa, bem como o processo de implantação. Neste último caso, sugerimos que dentre as organizações da comunidade, além dos próprios usuários devam ser consideradas as organizações privadas com experiência em qualidade, que possam trazer contribuição fundamental neste processo. Essas análises devem ser formais e periódicas, devendo servir a dois objetivos: verificar a adequação e eficácia do sistema de qualidade e avaliar os resultados de sua aplicação.

Sugerimos a continuidade da pesquisa quanto a satisfação da clientela externa para todas as unidades do HIJG. Porém, para tal intento, é preciso pensar-se numa estrutura adequada para gerar informações para as gerências, sub-gerências e chefias para que estas possam monitorar seus processos de trabalho nelas baseadas.

*Um programa que pretenda a obtenção e excelência numa organização tem de possuir o respaldo ético necessário para não se tornar uma ferramenta de controle e manipulação, exigindo (...) um ambiente em que prevaleça a verdade e a coerência, a equidade nas relações funcionais e um comprometimento da direção que não se limite ao*

---

<sup>139</sup> NBR ISO 9004-2/1993, doc. cit. p. 07

*discurso, ao lado da possibilidade de satisfação no trabalho. Um ambiente no qual a regra não seja a disputa pelo poder dentro de um princípio amoral de “os meios justificam os fins”, onde a posse e retenção de informações não sejam disputados (...); onde a progressão funcional não se faça por candidatos “armados, como num jogo de poquer (...)” (Penna, 1970)<sup>140</sup>.*

Neste sentido acreditamos que as contribuições teóricas e a experiência vivenciada nos trouxeram subsídios para desenvolver um processo de implantação da GQT no HIJG com mais firmeza, e a certeza de que, quando a Alta Administração, gerentes e servidores quiserem utilizar esta alternativa de gestão, muitos desafios terão que ser superados, porém muitos resultados positivos poderão serem alcançados.

---

<sup>140</sup> Revista de Administração Pública, Vol. 30, N° 3 – maio/junho/1996, cit. p. 130

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer desse estudo verificamos que a modernização da gestão pública brasileira é impulsionada por fatores macro e micro-determinantes, uma vez que os métodos gerenciais que deram certo no passado não são mais passaporte para o mundo competitivo e de economia globalizada.

Em relação aos fatores macro-determinantes podemos observar que a administração pública vem sendo reestruturada, no Ocidente, em função de um mundo cada vez mais competitivo, pela inserção de novas tecnologias, pelo reordenamento no processo produtivo mundial, mudando a lógica da relação capital/trabalho e os padrões de consumo, nos quais a globalização surge como alternativa para dinamizar um mercado frente a crise instalada.

Inserido nesta conjuntura internacional, o Brasil apresenta aspectos estruturais, conjunturais e organizacionais que exigem novas formas de relacionamento com a administração pública.

Estruturalmente, podemos identificar o esgotamento do modelo de desenvolvimento decorrente de políticas adotadas desde a época do Estado Novo. Conjunturalmente, a recessão econômica fortalecida por um ajuste fiscal, um crescente déficit público. Organizacionalmente, a administração pública se caracteriza com uma série de distorções, como dificuldade de explicitar objetivos, centralização administrativa na três esferas de governo, um imenso distanciamento entre planejador e executor de ações, corporativismo, clientelismo, favoritismo e corrupção.

Além disso, a falta de capacidade dos legisladores e a falta de habilidade gerencial, somada às questões citadas anteriormente levaram às organizações públicas a não se modernizarem.

No campo da administração pública, as organizações de saúde, em particular nos hospitais o estado de deterioração se agrava por falta de novos investimentos, fracasso de resultados esperados e a utilização inadequada dos escassos recursos existentes, gerando um serviço de baixa qualidade.

Podemos verificar, também, que o crescente aumento dos gastos nos serviços de saúde, nos últimos anos têm aumentado, causados pelo surgimento de novas doenças, envelhecimento da população, a medicalização e hospitalização, a inserção de novas tecnologias, somadas à falta de preocupação com a racionalização de escassos recursos.

Neste contexto, percebemos que os modelos de gestão tradicional não são capazes de resolver desafios que essas organizações terão que enfrentar. Assim, as organizações de saúde tendem a buscar formas alternativas de gestão para superar a presente situação, impulsionadas por pressões externas e internas à organização. Neste campo, a sociedade terá um papel importante, uma vez que os usuários de serviços de saúde estão ficando mais exigentes e informados sobre seus direitos sociais.

Identificamos, também, que o PQT como foi implantado no HIJG, apresentou uma série de distorções teóricas e dificuldades no seu processo de implantação, podendo ser entendida estrutural e organizacionalmente. Sendo que no primeiro caso, as questões estão mais voltadas para a escassez de recursos para fazerem-se novos investimentos, e vinculadas à falta de autonomia de gestão. A segunda é vinculada a questões culturais e à opção política de superar velhos vícios como clientelismo, corporativismo e favoritismo.

Neste sentido, podemos concluir que a complexidade e as particularidades das organizações de saúde criam obstáculos para o desenvolvimento de um processo gerencial como a GQT.

Porém, o fato de termos tido dificuldades para a implementação dessa proposta não pode justificar a não continuidade do trabalho, pelo contrário, será necessário partir do que já foi feito, ainda que de forma incipiente, aprender com os erros e desenvolver as melhorias necessárias.

Mesmo entendendo que os fatores macro e micro-determinantes condicionam a realidade organizacional, é importante reconhecer que eles não a determinam por completo, pois ... *os indivíduos , enquanto seres vivos, intencionalmente direcionados, são responsáveis pela construção daquela realidade. Na sua interação são estabelecidos 'pactos normativos', que em última instância preservam ou modificam a realidade*<sup>141</sup>.

Assim, enquanto as categorias profissionais preocuparem-se basicamente com seus interesses profissionais, não haverá unidade e interação organizacional e, conseqüentemente, não será possível um gerenciamento para a qualidade ou nenhum outro tipo de administração flexível e moderna, que a sociedade atualmente exige. Há que se buscar ações conjuntas para alcançarem-se os objetivos organizacionais, sem a perda da autonomia profissional.

*O que certamente está claro é que se trata de um processo de longo prazo, para o qual quase todos os esforços estão por ser desenvolvidos. Discutir questões administrativas sem estabelecer novos parâmetros assistências e/ou de resultados será aplicar de forma parcial um instrumento e mais uma vez defender a falácia de que a tecnologia administrativa não é aplicável/aplicada ao setor saúde*<sup>142</sup>..

A implantação desse modelo de gestão envolve a implantação a partir de decisões firmes e conscientes da Alta Administração; prioridade absoluta dos clientes; percepção clara de que a qualidade depende de um conjunto de fatores e não apenas de um ou outro. Todas devem ser enfatizadas igualmente; políticas, objetivos e recursos; adesão, motivação, formação e qualificação dos servidores; melhoria contínua e interação adequada entre a organização e o empregado, tendo-se compreensão das necessidades mútuas e acima de tudo, confiança.

Sabemos que a falta de um gerenciamento responsável e profissional é um dos fatores que levaram os setores públicos, principalmente os na área de saúde ao desgaste.

---

<sup>141</sup> URIBÉ RIVERA (1991) apud LIMA, cit. p. 61

<sup>142</sup> Revista de Administração de Empresa, Vol. 32, N° 4 – setembro/outubro/1992, cit. p. 41

*...É preciso romper com a lógica dominante de irresponsabilidade em relação aos resultados organizacionais, mesmo num contexto onde existem tantas adversidade. Neste sentido é necessário que os dirigentes dessas organizações, em suas atitudes cotidianas organizacionais, assumam, a responsabilidade de alcançar resultados organizacionais predefinidos, ao mesmo tempo disseminando e capilarizando uma lógica de compromissos, responsabilidades e resultados por toda a organização<sup>143</sup>.*

A GQT no serviço público no Estado de Santa Catarina ainda é um desafio a ser concretizado, porém há que se aprender com as experiências de sucesso e baixos resultados para buscarmos o caminho mais adequado à nossa realidade. É necessário avaliar-se criticamente os conceitos básicos dessa proposta de gestão e aperfeiçoá-los no decorrer do processo, ou seja, há que se considerar que um conjunto de técnicas gerenciais não pode ser imposto de cima para baixo e usado em todos os ambientes de trabalho da mesma forma. Até mesmo, porque há que se respeitar especificidade e uma série de variáveis que implicam na mudança de comportamento na organização.

Á medida que exercitarmos novas formas nas relações de trabalho nas organizações públicas, iremos aprender que as complexidades e dificuldades são oportunidades de melhorias; são desafios para aqueles que têm a capacidade de superá-las.

Neste sentido, acreditamos que pensar na GQT nos hospitais é responsabilidade social e profissional de todos aqueles envolvidos neste processo. Nele, não podemos desconsiderar os ambientes externo e interno da organização, a fim de conquistar a excelência dos serviços públicos de saúde e, ainda, não podemos esquecermo-nos de que o exercício de mudança, apesar de um processo difícil, se faz emergente. Até mesmo porque não podemos ficar inertes frente aos acontecimentos, sempre esperando que novos governantes decidam, em nosso lugar, melhorar aquilo que sabemos já não estar indo bem.

A qualidade está vinculada diretamente à satisfação pessoal e profissional, sem a qual não poderá ser concretizada. Neste sentido, faz-se importante mudar o comportamento frente ao servidor para conquistar qualidade e, antes de tudo ter a humildade de aprender um com o outro, uma vez que todos somos iniciantes nessa trajetória.

Para tal intento, é premente usarem-se mais do que técnicas para melhorar os processos de trabalho, ou seja, faz-se necessário mudar a forma de compreender a realidade e as pessoas nela inseridas, redefinindo ações à medida que se vai construindo novos referenciais e relações de trabalho, que primem pela satisfação de todos os envolvidos no processo.

*A administração da qualidade não é receita, nem deve ser encarada como modismo. Por mais que seus princípios, como tantos outros, não pareçam inovadores a todos, por mais que se tenha a impressão de que tudo já foi tentado, reveste-se hoje com este rótulo a tentativa de ser reverter aquilo que neste momento, não satisfaz nem aos trabalhadores do setor nem a de seus usuários<sup>144</sup>.*

---

<sup>143</sup> Revista de Administração Pública, Vol. 28, N° 4- outubro/dezembro/1994, cit. p. 62

<sup>144</sup> Revista de Administração de Empresas, Vol.32, N° 4 –setembro/outubro/1992, cit. p. 41

Enfim, concluímos, ainda que parcialmente, que apesar de todas as dificuldades, acreditamos que é possível implantar a GQT no serviço público, bem como na organização hospitalar, desde que se tenha conhecimento e firmeza para enfrentar os desafios, sempre comprometidos com a satisfação de todos os envolvidos no processo de produção de produtos e/ou serviços. Sempre respaldados na ética, na confiança, na coerência, na equidade das relações funcionais e no comprometimento de uma direção que não se limite ao discurso.



# BIBLIOGRAFIA

## Livros

- BERWICK, Donald M.; GODFREY, A. Blanton; ROESSNER, Jane. *Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde*. Makron Books, São Paulo/SP, 1994. 296 p.
- CAMPOS, Vicente Falconi. *TQC – controle da qualidade total (no estilo japonês)*. Editora Bloch, Rio de Janeiro/RJ, 1992. 229p.
- CASTELAR, Rosa Maria; MORDELET, Patrick; CRABOIS, Victor (direção). *Gestão hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro*. Éditions Ecole Nationale De La Santé Publique, Cooperação Brasil-França, 1995. 235p.
- COVEY, Stephen R. *Liderança baseada em princípios*. 2<sup>o</sup> Reimpressão. Editora Campus, Rio de Janeiro/RJ, 1994. 348 p.
- DAVIS, Frank Stephen. *Qualidade total em saúde*. Editora STS Publicações e Serviços Ltda., São Paulo, 1994. 216 p.
- DELLARATTI FILHO, Osmário ; DRUMOND, Fátima Brant. *Itens de controle e Avaliação de processos*. Fundação Christiano Ottoni/UFMG. Belo Horizonte/MG, 1994. 151 p.
- FUNDAÇÃO CERTI. *Gestão da qualidade total: conceitos e métodos básicos*. Florianópolis/SC, (s.d.). 30 p.
- GIANESI, Irineu G.N.; CORRÊA, Henrique Luiz. *Administração estratégica de serviços: operações para a satisfação do cliente*. Editora Altas S. A., São Paulo/SP, 1994. 233 p.
- KONDO, Yoshio (editado). *Motivação humana: um fator-chave para o gerenciamento*. 2<sup>o</sup> Edição, Editora Gente, São Paulo/SP, 1994. 214 p.
- KISIL, Marcos. *Educação em administração de saúde na América Latina: a busca de um Paradigma*. Universidade de São Paulo/Faculdade de Saúde Pública, São Paulo/SP, 1994. 17 p.

- MACEDO, Alberto Amarante; PÓVOA FILHO, Francisco Liberato. *Glossário da Qualidade Total*. Universidade Federal de Minas Gerais/Fundação Christiano Ottoni. 2º edição, julho, 1995. 76p.
- MALIK, Ana Maria. *Avaliação, qualidade, gestão...para trabalhadores da área de saúde e outros interessados*. Editora SENAC, São Paulo/SP, 1996. 38 p.
- MENDES FILHO, Gildásio A.; SANTOS, William Douglas R. dos. *Gestão dos serviços públicos com qualidade e produtividade*. 2º Ed., Editora Universitária (Universo).Niterói/RJ, 1997. 120 p.
- MIRSHAWKA, Victor. *Hospital: fui bem atendido. A vez do Brasil*. Editora Makron Books, SãoPaulo/SP, 1994.
- NOGUEIRA, Roberto Passos. *Perspectivas da qualidade em saúde*. Editora Qualitymark, Rio de Janeiro/RJ, 1994.
- OLIVEIRA, Djalma de Pinho Rebouças. *Planejamento estratégico: conceitos, metodologias e práticas*. 12ª Edição. Editora Atlas S.A. São Paulo/SP, 1998. 294 p.
- OLIVEIRA, José Mauricio de. *Gerência em saúde e concepções sobre natureza humana nas organizações: a visão dos diretores de hospitais gerais do município de Campinas*. Fundação Getúlio Vargas/Escola de Administração de Empresas de São Paulo, São Paulo/SP, 1995. 216 p. (dissertação de mestrado).
- PALADINI, Edson Pacheco. *Qualidade total na prática: implantação e avaliação de sistemas de qualidade total*. Editora Atlas S. A., São Paulo/SP, 1994. 214 p.
- SCHOLTES, Peter R. *Times da qualidade: como usar equipes para melhorar a qualidade*. Qualitymark Editora, Rio de Janeiro/RJ, 1992. 7.46 p.

## Revistas

- AKERMAN, Marco. Gerência de Qualidade nos hospitais paulistas. In: *Cadernos da Fundação do Desenvolvimento Administrativo*. Janeiro/Abril/1996. São Paulo/SP/Br. 79-87 p.
- AMÂNCIO FILHO, Antenor. Cenários e situações da formação em saúde no Brasil. In: *Boletim Técnico do SENAC*. Vol. 23, N<sup>o</sup> 3 – setembro/dezembro/1997. Rio de Janeiro/RJ/Br. 11-26 p.
- AMBONI, Nério; LIMA, Arnaldo José de; SARDÁ, Laudelino José. Transformação organizacional e valores. In: *Revista latino-americana de administração e negócios*. Vol. 3, N<sup>o</sup> 5 – outubro/1997. 04-12 p.
- BÄR, Fernando Luís. Metodologias TQC e administração científica: um esboço de Análise das similaridades. In: *Revista de Administração Pública*. Vol. 30, N<sup>o</sup> 3 – maio/junho/1996. Rio de Janeiro/RJ/Br. 116-33 p.
- BARBOSA, Pedro Ribeiro; LIMA, Sheyla Maria Lemos. Gestão em saúde: bases para maior responsabilidade, eficiência e eficácia. In: *Revista Espaço para a saúde*. Vol. 5, N<sup>o</sup> 5 – setembro/1996. Curitiba/PR/Br. 05-12 p.
- BURKHARD, Daniel; MOGGI, Jair. A essência da transformação. In: *Revista de Administração de Empresas light*. Vol. 3, N<sup>o</sup> 4, s.d. São Paulo/SP/Br. 8-18 p.
- CARVALHO, Gilson de Cássia Marques de. O que fazer quando as necessidades são maiores que a capacidade de resposta? In: *Saúde em debate*. N<sup>o</sup> 35 – julho/1992. 56-7 p.
- CASTOR, Belmiro Valverdi Jobim. Fundamentos para um novo modelo do setor público no Brasil. In: *Revista da Administração Pública*. Vol. 28, N<sup>o</sup> 3 – julho/setembro/1994. Rio de Janeiro/RJ/Br. 155-61 p.
- CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. A modernização gerencial dos hospitais públicos: o difícil exercício da mudança. In: *Revista da Administração Pública*. Vol. 31, N<sup>o</sup> 3 – maio/junho/1997. Rio de Janeiro/RJ/Br. 36-47 p.
- FERNANDES, Eda Conte; RENDÓN, Jaqueline Villafuerte. Sondagens de opinião interna como instrumento de informação. In: *Revista de Administração*. Vol. 27, N<sup>o</sup>

1 – janeiro/março/1992. São Paulo/SP/Br. 36-60 p.

FIQUEIREDO, Paulo César Negreiros de. Gestão da tecnologia em organizações Brasileiras: na reta da competitividade ou da tavalagem high-tech? In: *Revista de Administração Pública*. Vol. 28, N<sup>o</sup> 4 – outubro/dezembro/1994. Rio de Janeiro/RJ/Br. 163-85 p.

FRITSCH, Rosângela. Planejamento Estratégico: instrumental para a intervenção do Serviço Social? In *Serviço Social e Sociedade: O mundo do trabalho*. Ano XVIII, N<sup>o</sup> 52 – dezembro/1996. Editora Cortez, São Paulo/SP/Br. 127-143 p.

GOMES, Ricardo Corrêa. Análise exploratória da perspectiva de implantação da filosofia da qualidade na administração pública. In: *Revista de Administração Pública* Vol.31 ,N<sup>o</sup> 3– maio/junho/1997. Rio de Janeiro/RJ/Br. 48-58 p.

GONÇALVES, Ernesto Lima. Estrutura organizacional do hospital moderno. In: *Revista de Administração de Empresas* .Vol.38,N<sup>o</sup> 1– janeiro/março/1998. São Paulo/SP/Br. 80-90 p.

GONÇALVES, Alexis P. A alta administração tem de se envolver. In: *Revista Controle da Qualidade*. Julho/1997. São Paulo/SP/Br. 77-80 p.

HODGETTS, Richard; AZEVEDO, Ana. Total Quality Management: lições para América Latina. In: *Revista de Administração Pública*. Vol. 28, N<sup>o</sup> 4 – outubro/dezembro/1994. Rio de Janeiro/RJ/Br. 145-53 p.

INOJOSA, Rose Marie; FARRAN, Neide. Qualidade em serviços públicos: um caso de mudança. In: *Revista de Administração Pública*. Vol. 28, N<sup>o</sup> 4 – outubro/dezembro/1994. Rio de Janeiro/RJ/Br. 76-96 p.

KASZNAR, Istvan Karoly. Identificação das diversas atividades desempenhadas por administradores públicos profissionais na gerência dos sistemas de mérito. In: *Revista de Administração Pública*. Vol. 30, N<sup>o</sup> 3 – maio/junho/1996. Rio de Janeiro/RJ/Br. 19-37 p.

KOTAKA, Filomena; PACHECO; Maria Lícia R.; HIGARI, Yasue. Avaliação pelos usuários dos hospitais participantes do programa de qualidade hospitalar no Estado de São Paulo, Brasil. In: *Revista de Saúde Pública*. Vol. 31, N<sup>o</sup> 2, 1997. 171-77 p.

LIMA, Clóvis Ricardo M. de ; LIMA, Carlos Rogério M. de. A avaliação do

- custo-eficácia das intervenções em organizações de saúde. In: *Revista de Administração de Empresas*. Vol. 38, N<sup>o</sup> 2 – abril/junho/1998. São Paulo/SP/Br. 62-73 p.
- LIMA, Sheyla Maria Lemos. Definição e implementação de objetivos nas organizações públicas de saúde. In: *Revista de Administração Pública*. Vol. 28, N<sup>o</sup> 4 – outubro/dezembro/1994. Rio de Janeiro/RJ/Br. 38-64 p.
- MACHADO, Maria Helena. As profissões e o SUS – arenas conflitivas. In: *Divulgação em saúde para o debate: questões contemporâneas de recursos humanos no Sistema Único de Saúde*. N<sup>o</sup> 14- agosto/1996. Londrina/PR/Br. 44-47 p.
- MALIK, Ana Maria. Desenvolvimento de recursos humanos, gerência de qualidade e cultura das organizações de saúde. In: *Revista de Administração de Empresas*. Vol. 32, N<sup>o</sup> 4 – setembro/outubro/1992. São Paulo/SP/Br. 32-41 p.
- MALIK, Ana Maria. Qualidade em serviços de saúde nos setores público e privado. In: *Revista da Fundação do Desenvolvimento Administrativo: Qualidade em saúde*. Janeiro/abril/1996. -24 p.
- MARTINS FILHO, Edison de Oliveira. A crise do Estado: relacionamento entre Estado e sociedade no Brasil e diagnóstico da crise. In: *Revista Administração Pública*. Vol. 30, N<sup>o</sup> 6 – novembro/dezembro/1996. Rio de Janeiro/RJ/Br. 89-104 p.
- MEDICI, André Cezar; GIRARDI, Sábado Nicolau. Emprego, remuneração de pessoal e Produtividade em saúde: um balanço da literatura recente. In: *Divulgação em saúde para o debate: questões contemporâneas de . recursos. humanos no Sistema Único de Saúde*. N<sup>o</sup> 14, agosto/1996. Londrina/PR/Br. 38-43 p.
- \_\_\_\_\_, André Cezar; SILVA, Pedro Luiz Barros. A administração flexível: uma introdução às novas filosofias de gestão. In: *Revista de Administração Pública*. Vol. 26, N<sup>o</sup> 3 – julho/setembro/1993. Rio de Janeiro/RJ/Br. 26-36 p. (cedido para Reprodução – 267-278 p.)
- MERTHY, Emerson Elias. Ineficiência do setor público. In: *Saúde em debate*. N<sup>o</sup> 35, Julho/1992. 46-50 p.
- MOTA, Eliane Veigas; RIBEIRO, José Luis Duarte. Avaliação dos sistemas de garantia de qualidade de três hospitais. In: *Revista Produto & Produção*. Vol. 1, N<sup>o</sup> 1, 1997. Porto Alegre/RS/Br. 22-29 p.

- NOGUEIRA, Roberto Passos. Estabilidade e flexibilidade: tensão de base nas novas Políticas de recursos humanos em saúde. In: *Divulgação em saúde para o debate: questões contemporâneas de recursos humanos no Sistema Único de Saúde*. Nº 14, agosto/1996. Londrina/PR/Br. 18-22 p.
- NOVAES, Humberto de Moraes. Implantacion de programas de garantia de la calidad en los hospitales de America Latina y El Caribe. In: *Educacion médica y salud*. Vol. 27, Nº 3, 1993. 357-375 p.
- NUNES, Tania Celeste Matos. A formação de recursos humanos: algumas anotações referenciadas pela constituição do campo da saúde coletiva no Brasil. In: *Divulgação em saúde para o debate: questões contemporâneas de recursos humanos no Sistema Único de Saúde*. Nº 14, agosto/1996. Londrina/PR/Br. 53-58 p.
- PUSTIGLIONE, Marcelo. A saúde do trabalhador no contexto das series ISO. In: *O mundo da saúde*. Vol. 21, Nº 5- setembro/outubro/1997. São Paulo/SP/Br. 290-92 p.
- RODRIGUES FILHO, José. A crise gerencial no sistema de saúde. In: *Revista de Administração Pública*. Vol. 28, Nº 4 – outubro/dezembro/1994. Rio de Janeiro/RJ/Br. 65-75 p.
- RIBEIRO, Eliana Cláudia de Otero; MOTTA, José Inácio Jardim. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. In: *Divulgação em Saúde para Debate*. Nº 12 – julho/1996. 39-44 p.
- RIVERA, Francisco Javier Uribe. Planejamento estratégico-situacional ou controle da qualidade total em saúde? Um contraponto teórico-metodológico. In: *Revista da Fundação do Desenvolvimento Administrativo: Qualidade em saúde*. Janeiro/abril/1996. 25-46 p.
- SANCHES, Osvaldo Maldonado. Estratégias para a implantação e gerência de sistemas de informação de apoio à tomada de decisões. In: *Revista Administração Pública*. Vol. 34, Nº 4 – julho/agosto/1997. Rio de Janeiro/RJ/Br. 68-100 p.
- SANTANA, José Paranaguá de. Recursos Humanos: Desafios para os gestores do SUS. In: *Divulgação em saúde para o debate: questões contemporâneas de recursos humanos no Sistema Único de Saúde*. Nº 14, agosto/1996. Londrina/PR/Br. 33-36 p.
- SANTOS, Izabel; CHRISTÓFARO, Maria Auxiliadora Córdova. A formação do

Trabalhador na área de saúde. In: *Divulgação em saúde para o debate: questões contemporâneas de recursos humanos no Sistema Único de Saúde*. N<sup>o</sup> 14, agosto/1996. Londrina/PR/Br. 48-52 p.

SCHRAIBER, Lelia Blima. Trabalho em saúde: contribuição dos estudos sobre processos de trabalho e organização social e tecnologias das práticas em saúde. In: *Divulgação em saúde para o debate: questões contemporâneas de recursos humanos no Sistema Único de Saúde*. N<sup>o</sup> 14, agosto/1996. Londrina/PR/Br. 6-11 p.

SCWEIZER, Peter José. Uma nova arquitetura das organizações para o século XXI. In: *Revista da Administração Pública*. Vol. 31, N<sup>o</sup> 5 – setembro/outubro/1997. Rio de Janeiro/RJ/BR. 45-53 p.

SILVA, Maria Júlia Paes da. A importância da comunicação nos processos de qualidade. In: *Nursing – Revista Técnica de Enfermagem*. Vol 1, N<sup>o</sup> 1 – Junho/1998. 20-26 p.

SILVA, Ligia Maria V. da; FORMIGLI, Vera Lucia A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. In: *Cadernos de Saúde Pública*. Vol 10, N<sup>o</sup> 1 – janeiro/março/1994. Rio de Janeiro/RJ/Br. 80-91 p.

TOLOVI JUNIOR, José. Por que os programas de qualidade falham. In: *Revista de Administração de Empresas*. Vol. 34, N<sup>o</sup> 6 – novembro/dezembro/1994. São Paulo/SP/Br. 6-11 p.

## Textos

JUNIOR, Tomaz Wood; URDAN, Flávio Torres. *Gerenciamento da qualidade total: uma Revisão crítica*. s.d., 32 p. (texto mimeografado).

MÜLLER NETO, Júlio. *Organização e gestão da saúde nos pequenos e médios municípios*. 111-125 p. (texto para leitura).

NOGUEIRA, Roberto Passos. *Conceitos e princípios para programas de gestão da qualidade em serviços de saúde*. Rio de Janeiro/RJ, 1993. (texto mimeografado).

SILVA, Mauri Antonio da. *Saúde pública em tempos de neoliberalismo: qual alternativa?* s.d. 3 p. (contribuição para os debates da V Plenária Estadual de Saúde).

TEIXEIRA, Márcia; MACHADO, Maria Helena; MOYSES, Neuza; REGO, Sergio. *Trabalho e gestão em saúde – algumas considerações no contexto do SUS*. s.d. 19 p. (texto mimeografado).

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA/NÚCLEO INTERDISCIPLINAR DA PRODUÇÃO E MARKETING PARA SISTEMAS DE QUALIDADE. *Qualidade e pessoas*. s.d (texto mimeografado).

VECINA NETO, Gonzalo. *Evolução recente e perspectivas da assistência à saúde no Brasil*. s.d. 1-13 p. (texto mimeografado).

\_\_\_\_\_, Gonzalo ; MALIK, Ana Maria. *Alternativas para a gestão pública na função saúde*. S.d. 1-15 p. (texto mimeografado)



## **Jornal**

Jornal do CONASEMS, janeiro/fevereiro/1998. 6-7 p.

Folha de São Paulo, 04/02/1998. 3-6 p.

Folha de São Paulo, 30/03/1998. 9–10 p.

Folha de São Paulo, 01/04/1998. 6 p.

Folha de São Paulo, 24/05/1998. 3-4 p.

## **Documentos**

ESTADO DE SANTA CATYARINA/SQP. *Apresentação do Programa da Qualidade e produtividade do serviço público estadual*. Florianópolis/SC. 11p.

ESTADO DE SANTA CATARINA/SES. *Manual de implantação da gerência da rotina da SES*. Coordenadoria da Qualidade da SES, Florianópolis/Sc, 1998. 54 p.

FUNDAÇÃO DE SEGURIDADE SOCIAL/DIRETORIA DE CONTROLE DE QUALIDADE. *Controle de qualidade: pensando uma proposta de atuação*. (s.d.) 28 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Terminologia básica em saúde*. 2<sup>o</sup> Edição, Centro de documentação do Ministério da Saúde, Brasília/DF, 1987. 47 p.

NBR ISO 9004-2. *Gestão da qualidade e elementos do sistema da qualidade: diretrizes Para serviços*. ABNT, Rio de Janeiro/RJ, 1993. 8 p.

PINTO, Cesar Barros. *Qualidade total no serviço público do Estado de Santa Catarina* Florianópolis/SC. 9 p.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/HIJG. *Boletim Informativo*. Janeiro/setembro/1998. SAME/HIJG, Florianópolis/SC.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/HIJG. *Plano de ação de 1996*. Florianópolis/SC. 50 p.

## **Anexos**

Anexo 1 – Plano de Implantação da Qualidade Total (Plano Geral da SQP)

Anexo 2 –Organograma Oficial do HIJG

Anexo 3 –Organograma do HIJG – Proposto em 1995

Anexo 4 –Organograma de funcionamento do HIJG – Elaborado em 1997

Anexo 5 –Relatório Síntese do PSIU

Anexo 6 –Levantamento das Unidades Gerenciais Básicas (UGBs)do HIJG

Anexo 7 –Planejamento Estratégico – Planos Operacionais do HIJG

Anexo 8 –Diagnóstico Institucional Realizado pela Fundação CERTI em 1997

Anexo 9 –Questionários de Pesquisa sobre a Satisfação da Clientela Externa e Interna do HIJG

Anexo 10 –Portaria – P – 089/HIJG/98

Anexo 11 –Boletim Informativo da Qualidade

Anexo 12 –Modelo da Avaliação de Instrutor e Conteúdo Programático - CEDRHUS

Anexo 13 –Questionário da Avaliação da Satisfação da Clientela Externa

Anexo 14 –Relatório de Pesquisa do Cliente Externo -Uma Experiência na Emergência Externa

Anexo 15 –Questionário de Avaliação de Satisfação dos Funcionários da Emergência Externa