



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

GICÉLIA DE LIMA RÊGO

**GESTÃO DA QUALIDADE:
ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO NO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL
DE ENSINO**

**SALVADOR
2007**

GICÉLIA DE LIMA RÊGO

**GESTÃO DA QUALIDADE:
ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO NO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL
DE ENSINO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de mestra em Enfermagem, área de concentração “Administração de Serviços de Enfermagem”.

Orientador: Prof. Dr. Álvaro Pereira

SALVADOR

2007

R Rêgo, Gicélia de Lima
Gestão da Qualidade: Análise da Implantação no Serviço de Enfermagem de um Hospital de Ensino / Gicélia de Lima Rêgo – Salvador, 2007.137f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, 2002.

Orientador: Prof. Dr.º Álvaro Pereira

1. Administração em enfermagem. 2. Sistematização da assistência na enfermagem. 3. Gestão de qualidade. I. Título.

CDU:65:616-083

Gicélia de Lima Rêgo

**GESTÃO DA QUALIDADE: ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO NO SERVIÇO DE
ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL DE ENSINO**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de
Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau
de mestra, área de concentração Administração de Serviços de Enfermagem.**

Aprovada em 13 de setembro de 2002.

COMISSÃO EXAMINADORA

Álvaro Pereira _____
Doutor em Enfermagem, Professor da Universidade Federal da Bahia

Alacoque Lorenzini Erdmann _____
Doutora em Enfermagem, Professora da Universidade Federal de Santa Catarina

Vera Lúcia Santos Peixoto Mendes _____
Doutora em Administração, Professora da Universidade Federal da Bahia

Ângela Tamiko Sato Tahara _____
Doutora em Ciências da Saúde, Professora da Universidade Federal da Bahia

*Aos meus pais, Philemon (in memoriam) e Emília,
meus maiores exemplos de amor e dignidade.*

AGRADECIMENTOS

Minha eterna gratidão a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho, especialmente:

A Deus por ter-me dado a vida e permitido compartilhar do apoio e carinho de uma Bancada Espiritual.

Ao meu orientador, Dr^o Álvaro Pereira, pelo imenso apoio e incentivo neste processo de crescimento pessoal e profissional.

À Dr^a Ângela Tamiko Sato Tahara, Coordenadora da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFBA, pela compreensão, disponibilidade e atenção dispensadas.

Aos Professores da Universidade Federal da Bahia, em especial Dr^a Darci de Oliveira Santa Rosa e Dr^o José Lucimar Tavares, pelas valiosas contribuições no desenvolvimento deste trabalho.

À Dr^a Marluce Maria Araújo Assis, docente do Curso de Enfermagem da UEFS, pela apreciação e validação do projeto de pesquisa com tão importantes contribuições.

À Dr^a Alacoque Lorenzini Erdmann, Professora Titular da UFSC, pela disponibilidade e pelo carinho na apreciação e validação deste trabalho, com tão valiosas sugestões e palavras de incentivo. MUITÍSSIMO OBRIGADA.

À Dr^a Vera Lúcia Santos Peixoto Mendes, docente do Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da UFBA, pelo acompanhamento desta trajetória, com observações, críticas e sugestões essenciais. Minha eterna gratidão.

À Prof^a Maria Luiza Dias dos Santos, pela apreciação e validação do instrumento de investigação.

Às colegas do mestrado, em especial, Dule, Tânia, Cristina, Isa, Graça, Adriana, Cláudia, e Telmara, pelo convívio e amizade.

Às colegas do Hospital Geral Roberto Santos, pela compreensão e respeito durante toda a trajetória do Curso de Mestrado.

Ao hospital investigado, especialmente à Divisão de Enfermagem e sua corporação e à equipe da Divisão de Recursos Humanos, pela participação tão valiosa na construção deste trabalho.

À Enfermeira Almerinda Luedy Reis, pelo carinho e atenção constantemente dispensados. Meu sincero apreço pelo trabalho realizado.

À Professora Noélia Oliveira, pelo grande incentivo para trilhar este caminho.

Aos meus irmãos, Gilson, Gerson e Geraldo, pela compreensão e afeto.

À minha prima Jacira, demais familiares e amigos, pela ajuda inestimável.

Ao meu marido Cláudio pelo companheirismo e amparo na finalização desta etapa.

Aos funcionários do Núcleo de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFBA, em especial Marlene, Edivaldina, Henrique e José Carlos pelo carinho, solidariedade, paciência e atenção no atendimento às minhas solicitações.

À CAPES, pela importante e oportuna contribuição dispensada à pesquisa científica nesta área.

À todos que de alguma forma contribuíram para a realização desta pesquisa.

RÊGO, Gicélia de Lima. **Gestão da qualidade**: análise da implantação no serviço de enfermagem no hospital de ensino, 2002. 137f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

RESUMO

A expectativa deste estudo foi investigar como se desenvolveu a implantação da qualidade no serviço de enfermagem das unidades de internação de um hospital de ensino da cidade de Salvador. Trata-se de um Estudo de Caso de natureza qualitativa, com caráter exploratório descritivo, que objetivou descrever e analisar a(s) forma(s) de implementação da qualidade no serviço de enfermagem das referidas unidades. Os atores sociais foram eleitos a partir do universo de profissionais de enfermagem direta ou indiretamente responsáveis pela qualidade do serviço de enfermagem no período de 1995 - 2000. A entrevista gravada foi incorporada como estratégia de coleta de dados através de um roteiro semi-estruturado, fundamentado por princípios básicos identificados a partir do modelo de Gestão da Qualidade. Este roteiro foi submetido à avaliação por um corpo de juízes composto por um grupo de cinco enfermeiros professores da área de Administração, com experiência docente e/ou de pesquisa na temática qualidade em serviços de enfermagem, que se prestaram a identificar falhas e/ou melhor forma de abordagem das questões do instrumento, a fim de assegurar maior eficácia na sondagem da temática em questão. Foi realizada também análise da situação através de registros contidos em documentos arquivados na instituição visando a complementação dos dados coletados. Estes foram analisados atendendo aos requisitos de análise temática proposta por Bardin (1994). Os resultados demonstraram que o modelo de Gestão pela Qualidade Total implantado em 1995 não obteve o sucesso esperado sendo interrompido ao final de 2000 por decisão político-administrativa. Além das evidências de envolvimento passivo de pessoas da alta e média-gerência esta investigação revelou a ausência de uma estrutura para a qualidade. Não houve participação dos servidores como sujeitos do processo de produção, desencadeando-se diversas formas de resistência muito evidentes na categoria de enfermagem.

Palavras-chave: 1. Administração em enfermagem. 2 Sistematização da assistência na enfermagem. 3. Gestão de qualidade.

RÊGO, Gicélia de Lima. **Management of the Quality: Analysis of the Implantation in the Service of Nursing of a Hospital of Education**, 2002. 137f. Dissertation (Master degree in Nursing) – School of Nursing, Federal University of the Bahia, Salvador, 2007.

ABSTRACT

The purpose of this study was to investigate as it was developed the implantation of the quality in the service of nursing of the places of internment from hospital of education of Salvador, Bahia. One is about a Study of Case of qualitative nature, with descriptive exploratory character, that objectified to describe and to analyze the forms of implementation of the quality in the service of nursing of the related departures. The social actors had been elected from the universe of professionals of direct nursing or indirectly responsible for the quality of the service of nursing during 1995 - 2000. The recorded interview was incorporated as strategy of collection of data through a half-structuralized script, based for identified basic principles from the model of Management of the Quality. This script was submitted to the evaluation for one jury formatted for a group of five professors in nurse and of the area of Administration, with teaching experience and/or of research in the thematic quality in nursing services, that it identifies to imperfections and/or better form of boarding of the questions of the instrument, in order to assure greater effectiveness in the sounding of the thematic in question. The complementation of the collected data was carried through also analysis of the situation through registers contained in documents filed in the institution having aimed at. These had been analyzed taking care of to the requirements of thematic analysis Bardin's proposal (1994). The results had demonstrated that the model of Management for the implanted Total Quality in 1995 wasn't success and it was interrupted to the end 2000 for politician-administrative's decision. Beyond the evidences of passive involvement of people with high and the average-management this inquiry disclosed the absence of a structure for the quality. There wasn't participation of the servers as character of the production process unchaining several evidentes forms of resistance in the category of nursing.

keyword: Administration, Management of the Quality

SIGLAS E ABREVIATURAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
CC	Centro Cirúrgico
CEEPEn	Comissão de Estudos e Pesquisas em Enfermagem
CEP	Controle Estatístico de Processo
CME	Centro de Material Esterilizado
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN-Ba	Conselho Regional de Enfermagem da Bahia
CORENs	Conselhos Regionais de Enfermagem
CPPHO	Centro Pediátrico Prof. Hossanah de Oliveira
CRPA	Centro de Recuperação Pós-Anestésica
FAMED	Faculdade de Medicina
FAPEX	Fundo de Apoio à Pesquisa
FCO	Fundação Christiano Ottoni,
GQT	Gestão de Qualidade Total
HC	Hospital Clínico da Bahia
HUPES	Hospital Universitário Professor Edgard Santos
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
ISEB	Secretaria de Saúde do Estado
ISO	International Standardization Organization
JCAH	Joint Commission on Accreditation of Hospitals
MEC	Ministério da Educação e Cultura
NDRH	Núcleo de Desenvolvimento de Recursos Humanos
PA	Pronto Atendimento
PDCA	Plan, Do, Check, Action
PROQUALI	Programa de Qualidade
QH	Qualidade Hospitalar
QT	Qualidade Total
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAI	Serviço de Assistência Interna
SESAB	Secretaria de Saúde da Bahia

SPE	Serviço de Assistência a Paciente Externo
SQC	Método Estatístico de Controle de Qualidade
STI	Serviço de Tratamento Intensivo
SUS	Sistema Único de Saúde
TQC/CQT	Controle da Qualidade Total
TQM/GQT	Gerenciamento da Qualidade Total
UCCC	Unidade de Cardiologia e Cirurgia Cardiovascular
UDAI	Unidade Discente Assistencial de Infectologia
UDAP	Unidade Discente Assistencial Pediátrica
UFBA	Universidade Federal da Bahia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 BASES TEÓRICAS DO ESTUDO	18
2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS DA GESTÃO DA QUALIDADE	18
2.2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS DA GESTÃO DA QUALIDADE	22
2.2.1 O MÉTODO “5 S”	23
2.2.2 O GERENCIAMENTO DA ROTINA	25
2.2.3 O GERENCIAMENTO PELAS DIRETRIZES	27
2.2.4 O CRESCIMENTO DO SER HUMANO	28
2.3 A QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE	28
2.3.1 A QUALIDADE EM SERVIÇOS DE ENFERMAGEM	31
3 CAMINHO METODOLÓGICO	33
3.1 O LOCUS DE INVESTIGAÇÃO	34
3.2 OS ATORES SOCIAIS DE INVESTIGAÇÃO	37
3.3 AS ESTRATÉGIAS DE INVESTIGAÇÃO	38
3.4 A ANÁLISE DOS DADOS	40
3.5 AS LIMITAÇÕES DA PESQUISA	41
4 A GQT E SEUS PERCALÇOS	42
4.1 GQT: EM BUSCA DE UMA ESTRUTURA DE IMPLANTAÇÃO	42
4.2 IMPLANTANDO A GQT COMO “TÁBUA DE SALVAÇÃO” ORGANIZACIONAL	45
4.3 DESENVOLVENDO A CULTURA DO “APAGAR INCÊNDIOS”	47

4.4	RESTRINGINDO O TREINAMENTO	50
4.4.1	EQUÍVOCOS NA IMPLANTAÇÃO SISTEMÁTICA DO 5S	51
4.4.2	PARTICIPAÇÃO PASSIVA DAS PESSOAS	52
4.4.3	ASSOCIAÇÃO DA GQT À MANUTENÇÃO DAS ETAPAS DO MÉTODO “5S”	55
4.5	RESISTINDO A MUDANÇAS	57
4.6	BUSCANDO MOTIVAÇÃO E ESTÍMULO PARA DESENVOLVER O PROGRAMA	61
4.7	PROMOVENDO A DESCONTINUIDADE DO PROGRAMA A PARTIR DE MUDANÇAS NO STAFF ADMINISTRATIVO	64
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
	REFERÊNCIAS	68
	APÊNDICES	
	ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

As crescentes transformações econômicas dos últimos anos têm sido permeadas por sérias preocupações quanto à reformulação da estrutura e dos modelos de gestão organizacionais. No escopo desses modelos, a qualidade dos produtos e serviços oferecidos emerge como objeto de reflexão. Nesse sentido, a idéia de qualidade adotada está atrelada ao compromisso com a atenção ao usuário no que tange ao atendimento das suas necessidades.

Dentre as diversas estratégias encontradas e implementadas nesse contexto, o programa de qualidade desenvolvido nos Estados Unidos (durante a II Guerra Mundial) e aperfeiçoado no Japão no período do pós-guerra, aparece como uma importante ferramenta. A mesma tem conquistado amplo destaque nos mais diversos setores econômicos, sendo, por vezes, apreendida como única possibilidade de sobrevivência das organizações.

Apesar da sua ampla utilização em serviços de saúde, a noção de implementação da qualidade emergiu do setor industrial e recebeu crescente atenção a partir do seu desenvolvimento em indústrias japonesas, em 1946. A partir daí um movimento de busca pela qualidade tomou corpo em diversos países e, posteriormente, influenciou outros setores, dentre eles, os serviços de saúde.

A qualidade é compreendida como um conjunto de atributos que leva o homem à perfeição e que o qualifica. Constituindo-se uma antiga questão, ela é atualizada na modernidade por ser considerada essencial à sobrevivência econômica de empresas produtoras de bens e prestadoras de serviços (NICZ; KARMAN, 1995). Em verdade, ela nunca deixou de estar presente nas relações de troca de bens, produtos ou serviços, devido à constante busca da humanidade por melhoria e aperfeiçoamento. A qualidade é uma propriedade ou condição que determina a natureza de objetos e pessoas, permitindo a avaliação e conseqüentemente aprovação ou reprovação destes.

Já há muito tempo o tema qualidade faz parte do conjunto de atributos necessários à atividade gerencial. Recorrendo à literatura pertinente, é possível perceber que este tipo de preocupação acompanhava o pensamento administrativo desde 400 a.C.. Chiavenato (1993), por exemplo, aponta que a Civilização Egípcia daquela época já reconhecia a necessidade de planejar, organizar e controlar o seu trabalho. Mas deve-se considerar, é claro, a evolução deste conceito gerencial ao longo do tempo. MALIK (1996) e AKERMAN (1996) apontam para a implementação de técnicas inovadoras de cuidado pela enfermeira italiana Florence

Nightingale durante a Guerra da Criméia¹ e do fato dela deter o reconhecimento pelo pioneirismo na busca pela qualidade da assistência em saúde. Entretanto, a literatura pertinente ressalta a existência da preocupação com a qualidade dos serviços de saúde na publicação do Relatório Flexner (1910). O referido relatório terminou por adquirir caráter institucional a partir da fundação, em 1913, do Colégio Americano de Cirurgiões e passou a influenciar cursos no campo da saúde por todo o mundo, desde então.

No Brasil, uma maior preocupação com a questão da qualidade emergiu durante a década de 80, enquanto se ampliavam as discussões sobre o contexto das políticas de saúde e a pressão social sobre a necessidade de se repensar o sistema de saúde vigente no país.

Atualmente, atendendo à lógica da concorrência entre as organizações, é fato que o tema da qualidade tornou-se objeto de reflexão em todos os setores de atendimento, mobilizando diversas instituições hospitalares brasileiras a buscarem mudanças em seus serviços tendo, como foco, a assistência ao usuário.

Nesse sentido, em atendimento às exigências do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e às expectativas e anseios desta categoria profissional expressos em recomendações elaboradas no contexto dos encontros científicos promovidos pela mesma (BRASIL, 2002), os Conselhos Regionais de Enfermagem (CORENs) têm participado ativamente do movimento de busca por melhorias na qualidade dos serviços de saúde, através da regulamentação da sistematização da atuação do profissional de enfermagem nos diversos âmbitos da assistência prestada ao usuário de serviços de saúde.

O Conselho Regional de Enfermagem da Bahia (COREN-Ba), com o objetivo de inserir uma nova política de qualidade no atendimento das instituições de saúde no âmbito do Estado, aprovou a Decisão 07-2000 (BAHIA, 2000), que regulamenta critérios e prazos para que a “Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)” seja implantada nessas instituições.

Assim, ante a percepção do movimento em busca de melhoria da qualidade na saúde, e das preocupações com as relações intrínsecas entre o ato de assistir e a sua sistematização, o presente estudo foi realizado. Ele abordou a implantação da qualidade no serviço de enfermagem das unidades de internação de um hospital de ensino² no período compreendido entre os anos de 1995 e 2000. Diante dos resultados obtidos, é possível

¹ Guerra travada pela Grã-Bretanha, Turquia e França contra o avanço russo no Mediterrâneo, entre 1854 e 1856. (BROWN, 1993); (AKERMAN, 1996)

² Comungando com Pereira (1985), foram considerados hospitais de ensino, aqueles que prestam assistência à saúde, sendo também utilizados no desenvolvimento de pesquisa e na capacitação de recursos humanos nesta área.

verificar que o presente trabalho poderá trazer valiosas contribuições ao desenvolvimento de estratégias de Gestão da Qualidade em organizações hospitalares de ensino.

A opção pela temática exposta surgiu ainda no começo da minha vida profissional, em meados da década de 90, enquanto enfermeira de unidades de internação pediátrica de hospitais de ensino na cidade de Salvador. No primeiro contato com a unidade de internação pediátrica, foi possível vivenciar modificações ocorridas na organização e no planejamento do serviço oferecido nesta unidade.

Naquele momento estava tendo início a implantação da série ISO 9000³ nos hospitais de Salvador. No período, e ainda hoje, é possível perceber que a sistematização da assistência tem constituído ferramenta primordial no gerenciamento do serviço de enfermagem, já que viabiliza o atendimento contínuo e individualizado, além de possibilitar condições para a manutenção e/ou melhoria da qualidade da assistência oferecida. Desde então, tenho buscado estar atenta às abordagens referentes ao gerenciamento dos serviços de saúde, tanto no campo das práticas quanto no campo bibliográfico pertinente.

Ao longo da minha trajetória em hospitais de ensino, também foi possível observar que, diante de constantes modificações organizacionais, a assistência ao usuário dos serviços de saúde exige grande compromisso do profissional de enfermagem. Ademais, requer habilidades cognitivas e operacionais específicas que viabilizem o direcionamento da sua participação para uma eficácia cada vez maior do atendimento.

Desta forma, torna-se possível que os enfermeiros⁴ atuantes nestas instituições possam contribuir de modo expressivo para a formação de novos enfermeiros e o aperfeiçoamento profissional de outros enfermeiros. Nesse sentido, considero importante destacar o modelo de referência que os profissionais de enfermagem de instituições hospitalares públicas vêm apresentando para graduandos e para profissionais de enfermagem atuantes em outros contextos.

Todos esses fatos intensificaram minhas inquietações acerca do gerenciamento do serviço de enfermagem em unidades de internação em hospitais de ensino, de tal forma que, enquanto aluna do Curso de Especialização em Saúde da Criança e do Adolescente, realizado entre março e setembro de 1999, direcionei meu trabalho monográfico de conclusão de curso

³ A ISO (International Standardization Organization) é uma Organização internacional responsável pela elaboração de conceitos e diretrizes subordinados ao consenso mundial. Esta organização é representada por entidades de normatização de 91 países, dentre os quais encontra-se o Brasil, por intermédio da ABNT (Associação Brasileira de Normas e Técnicas). A ISO 9000 representa as normas que incorporam os conceitos e diretrizes sobre gestão de qualidade publicados em 1987 (MENDES, 1994).

⁴ Profissionais graduados em enfermagem, independente de gênero.

(RÊGO, 1999) para o caso de uma instituição de ensino em Salvador, com vistas a identificar o referencial metodológico utilizado como base para a organização das atividades da equipe de enfermagem.

Dentre os resultados que encontrei durante o trabalho supracitado, foi possível perceber que, mesmo diante do alto ritmo da evolução tecnológica no campo da saúde verificado atualmente, é possível encontrar profissionais alheios às mudanças impostas pelo meio profissional e ao compromisso com a qualidade na assistência em saúde, expresso nos anseios da maioria dos consumidores dos serviços de saúde e controlado pelo código de ética profissional (BRASIL, 1993)⁵

Face às evidências do movimento pela qualificação da atuação do profissional de enfermagem e do atendimento em serviços de saúde, e porque os hospitais de ensino são organizações que detêm importante papel na formação de recursos humanos em saúde, busquei aprofundar os estudos relativos à qualidade do serviço de enfermagem, visando contribuir com a profissão e, principalmente, com os profissionais de enfermagem com papel gerencial em serviços de saúde.

Embora a preocupação com a qualidade da assistência esteja evidenciada na literatura há algum tempo, ainda hoje não é possível assegurar que ela esteja sendo implementada de forma adequada nos serviços de enfermagem. Ao avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem nos hospitais universitários brasileiros, Pereira (1985), constatou que freqüentemente a avaliação da qualidade se processava de maneira assistemática, sob a forma de processo⁶, através de fichas de avaliação do desempenho e de guias de observação, entre outros; apreciando-se etapas de menor importância à realização do cuidado de enfermagem.

Uma década mais tarde, ao avaliar a qualidade da assistência de enfermagem em hospitais gerais de Salvador, Santos, M. L. (1995) concluiu que a maioria dos enfermeiros não demonstra segurança ao aplicar o processo de avaliação da assistência. A autora aponta que isso pode ser verificado através das dificuldades apresentadas pelos profissionais no momento

⁵ BRASIL, Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 160, de 1993**. Aprova o Código de Ética dos profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro, 1993.

⁶ Avedis Donabedian (1980) sintetizou as abordagens referentes à qualidade dentro das categorias da *Estrutura*, do *Processo* e dos *Resultados* da produção de serviços de saúde, assim definidas: *Estrutura* – é a categoria que consiste na avaliação das técnicas de cuidado e sua organização, incluindo estrutura física; recursos humanos, financeiros e materiais; e equipamentos; *Processo* - é a categoria que consiste na avaliação do cuidado em sua essência, incluindo as ações de cuidado direto realizadas com o cliente e família; *Resultado* – é a categoria que consiste na avaliação do resultado final do cuidado através dos efeitos da assistência prestada ao cliente, identificados através do seu estado de saúde, bem-estar e satisfação.

do uso dos instrumentos avaliativos para a identificação de necessidades do usuário e de falhas no resultado da assistência.

Ao estudar o gerenciamento da qualidade em serviços de saúde, Mendes (1994) abordou a ausência de preocupação com a qualidade total nos programas específicos da área. A autora verificou que tais programas estão ausentes ou voltados para a quantificação de aspectos relacionados à eficiência e eficácia dos serviços.

Diante disso, pressupondo que a preocupação com a qualidade ainda se encontra expressa de forma incipiente na formalização e organização dos serviços de saúde, busquei investigar a implantação da mesma no serviço de enfermagem de hospitais de ensino da cidade de Salvador. Face à quase ausência de programas de qualidade implantados nas referidas organizações, optei por realizar um estudo de caso em apenas um dos hospitais universitários, o único serviço de saúde pública da cidade a ter desenvolvido programa de qualidade. Desta forma, estabeleci, como eixo norteador de investigação, a seguinte questão: Como se desenvolveu a implantação da qualidade no serviço de enfermagem das unidades de internação de um hospital de ensino da cidade de Salvador-Ba, no período compreendido entre os anos de 1995 e 2000?

Tomando como base estudos anteriores sobre a qualidade, a exemplo de Santos, M. L. (1995) e Mendes (1994), foi adotado, como pressuposto teórico da presente investigação, um conjunto de princípios básicos da Gestão da Qualidade utilizado pelos enfermeiros das referidas unidades para conduzir o desenvolvimento de uma assistência de qualidade.

Assim, foram estabelecidos os seguintes objetivos: Identificar o modelo de Gestão da Qualidade adotado num hospital de ensino da cidade de Salvador-Ba durante o período de 1995-2000, considerando a metodologia desenvolvida e as práticas implementadas; Descrever a(s) forma(s) de implementação da qualidade no serviço de enfermagem das unidades de internação deste hospital e analisá-las à luz dos princípios básicos aqui identificados.

Para dar continuidade ao estudo, procurei identificar os princípios norteadores da filosofia da Gestão da Qualidade adotados pela instituição e identificar as estratégias utilizadas para desenvolver o programa de qualidade no serviço de enfermagem do hospital abordado.

Visando atingir os objetivos propostos, esta dissertação está dividida em quatro capítulos, que culminam com as considerações finais. No primeiro capítulo, apresento minha compreensão sobre os fundamentos teóricos da Gestão da Qualidade, descrevendo aspectos históricos, conceituais e seus princípios básicos. O capítulo também aborda a noção de

qualidade em serviços de saúde, considerando a relação do programa ISO 9000 com esta área, a qualidade no âmbito hospitalar e a importância da implementação da qualidade em serviços de enfermagem.

O segundo capítulo tem caráter metodológico e contém a descrição do *locus* de investigação, incluindo as estratégias utilizadas para a realização do estudo de caso.

O terceiro capítulo apresenta os resultados da investigação proposta, analisando o desenvolvimento da Gestão da Qualidade no serviço de enfermagem com base em princípios preconizados pela literatura.

Por fim, as considerações finais, onde são apresentadas algumas recomendações para possíveis estudos e investimentos futuros relacionados ao tema.

A relevância da abordagem deste tema reside na crescente importância que vem sendo atribuída à questão da qualidade em serviços de enfermagem e, principalmente na busca de um novo modelo de gestão que lhes permita obter resultados mais efetivos.

2 BASES TEÓRICAS DO ESTUDO

2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS DA GESTÃO DA QUALIDADE

A atual abordagem da qualidade é resultante da longa evolução histórica por que tem passado a humanidade. Desde os seus primórdios, o homem vem fazendo uso de idéias inovadoras em busca da melhoria e aperfeiçoamento dos seus produtos e serviços.

A princípio, a produção desenvolvia-se de forma artesanal, limitando-se ao consumo local. Nesse contexto, os artesãos inspecionavam o seu próprio trabalho nas oficinas ou o trabalho dos aprendizes sob suas responsabilidades. À medida que estas oficinas foram se desenvolvendo, houve um aumento considerável da produção e da complexidade das relações sócio-econômicas vigentes.

Esta realidade permeou o surgimento das primeiras fábricas e a subsequente divisão do trabalho em favor da mão de obra técnica e especializada, preconizada por Frederick Taylor⁷ e Henri Fayol⁸ (1911; 1916 *apud* CHIAVENATO, 1992 p.9, 10 e 93). Assim, a inspeção deixou de fazer parte da prática dos artesãos e foi-se tornando, aos poucos, uma atividade isolada. Inspetores passaram a ser treinados para desenvolver as funções de supervisão com vistas a evitar que produtos defeituosos chegassem ao mercado.

Nesse momento, houve um importante aumento do número e de variedade de empresas, criando e reforçando problemas como as lutas de classe entre proprietários e operários, a alta concorrência, o desperdício e o crescente volume de perdas por decisões mal formuladas. Tudo isso veio a contribuir para o desenvolvimento de uma ciência da Administração, tendo, como pioneiros, os trabalhos de Taylor e Fayol, dando início ao período do desenvolvimento industrial científico, preconizado por Taylor. Nesta fase, o propósito primordial de aumento da produtividade, com exagerada ênfase na execução das

⁷ O engenheiro americano Frederick Winslow Taylor (1856-1915) é considerado o fundador da Escola da Administração Científica, a primeira tentativa da Teoria da Administração. Oriundo de uma família com princípios rígidos voltados para a disciplina, poupança e devoção ao trabalho, em seus estudos, Taylor preocupou-se exclusivamente com as técnicas de racionalização do trabalho dos operários, procurando desenvolver um sistema educativo baseado na intensificação do ritmo de trabalho em busca da eficiência empresarial.

⁸ O engenheiro francês Henri Fayol (1841-1925), considerado o fundador da Teoria Clássica da Administração, preconizava que as funções básicas da empresa, principalmente as administrativas e os chamados princípios gerais de Administração, são procedimentos universais aplicáveis a qualquer empresa ou organização e, portanto, essenciais à estrutura de uma organização que pretenda ser eficiente.

tarefas, causou certo distanciamento da idéia de qualidade (CHIAVENATO, 1993; SANTOS, M. L., 1995).

Em meados da década de 1920, a inspeção de produtos recebeu grande ênfase e, por isso, tornou-se alvo de um exame minucioso. Porém, foi a partir da publicação do artigo intitulado *The Economic Control of Quality in Manufactured Products*, em 1931, por Shewarth⁹, que a necessidade de procedimentos efetivos para garantir e melhorar a qualidade dos produtos tornou-se mais evidente. Assim, a inspeção passou a envolver toda a produção, do planejamento ao produto final (ZANEI et al., 1996).

Com o desenvolvimento da indústria aeronáutica, durante a Segunda Guerra Mundial, os métodos de controle da qualidade baseados na teoria de Shewarth disseminaram-se rapidamente pela Grã-Bretanha e Estados Unidos.. Além disso, tais métodos ganharam ainda mais visibilidade a partir da sua aplicação mais intensiva entre as indústrias japonesas na época do período pós-guerra, mais especificamente em maio de 1946. Foi um processo de mudança que emergiu dos princípios de qualidade identificados por Edwards Deming¹⁰(1990) e Joseph Juran¹¹ (1992) e que proporcionou o aumento da competitividade dessas empresas e a conquista de mercados internacionais.

Salientando que a qualidade pode ser afetada nos diversos estágios do ciclo industrial, Feigenbaum (1951) apresentou a primeira definição e ênfase no controle da mesma em toda a empresa. Assim, propôs o Controle da Qualidade Total (TQC/CQT) como um sistema para integrar responsabilidade e interesse na produção de qualidade. Os japoneses ampliaram ainda mais esse conceito, enfatizando a participação de todos os níveis hierárquicos num esforço corporativo, o que deu início ao Gerenciamento da Qualidade Total (TQM/GQT).

O desenvolvimento econômico do Japão acabou por influenciar diversos países, que logo adotaram princípios de Gestão da Qualidade em seus serviços. Este modelo, introduzido no setor industrial brasileiro na década de 70, tornou-se essencial à sobrevivência das empresas no mundo das organizações (MENDES, 1994; SERVA, 1999). A partir de

⁹ Walter Shewarth era um engenheiro americano que em 1931 desenvolveu o método estatístico de controle de qualidade, denominado de SQC ou Controle Estatístico de Processo (CEP), muito utilizado pelos americanos durante a Segunda Guerra Mundial (CAMPOS, 1994).

¹⁰W. Edwards Deming, físico americano nascido em 1900, é hoje reconhecido como um grande líder da gerência da Qualidade. Tudo isso por conta do trabalho que desenvolveu no Japão após a Segunda Guerra Mundial. Ali, Deming identificou catorze princípios para o alcance da qualidade, o que contribuiu decisivamente para o aperfeiçoando do método Estatístico de Controle de Qualidade (SQC), desenvolvido anteriormente pelo engenheiro americano Walter Shewarth (SERVA, 1999).

¹¹ Joseph M. Juran, engenheiro e advogado romeno, nascido em 1904, foi considerado um dos mestres da qualidade, devido à contribuição decisiva no movimento japonês em prol da qualidade (SERVA, 1999).

então, a qualidade tornou-se objeto de reflexão nos diversos setores de ordem econômica e sócio-político-cultural do país, sendo seus princípios adotados em praticamente todos os serviços, existentes, inclusive de saúde.

Nos dias atuais, a Gestão da Qualidade envolve inúmeros programas e técnicas, baseados em princípios fundamentais voltados para a melhoria contínua da produção nas organizações. Numa nova abordagem administrativa do processo produtivo integrada e voltada para o aspecto humanístico, busca-se a implementação de seus programas e a criação de novos modelos de gestão que atendam às exigências de qualidade associada ao baixo custo e satisfação do cliente. É perceptível que a qualidade tornou-se a garantia de sobrevivência das organizações no Brasil. Todavia, o que vem a ser qualidade?

Ao se falar em qualidade, Qualidade Total (QT) e Gestão da Qualidade Total (TQM/GQT), torna-se necessário precisar os sentidos atribuídos a estes termos no presente trabalho. Desta forma, evitam-se falsas interpretações e contribui-se de forma mais clara com o debate atual em torno do tema. Para isso, reitera-se aqui a idéia de Mezomo (1995, p. 167), de que qualidade representa uma filosofia de ação e compromisso institucional. .

O conceito de qualidade gira em torno do que o ser humano deseja, sempre que realiza uma de suas atividades. Pode-se dizer que a idéia de qualidade, enquanto uma disciplina, ainda se encontra em formação. Antes disso, ela estava relacionada e voltada para a inspeção. Atualmente, porém, assiste-se a um incremento cada vez maior das atividades e funções ligadas à gestão da qualidade e da sua importância na produção de bens e serviços. Tudo isso numa escala tal, que tem sido considerada ferramenta chave para o sucesso de uma organização. Se no início estava estritamente vinculada a produção e operações, hoje engloba os diferentes setores dos serviços, de tal ordem que muitos produtos destinados ao mercado internacional de exportação encontram-se condicionados ao selo de garantia de Qualidade Total (QT).

Diante da polissemia que lhe é atribuída, a noção de qualidade mostra-se como um termo sujeito a amplas definições e interpretações, costumeiramente aplicado a toda e qualquer situação da vida cotidiana. Tal fato acaba por demandar a delimitação do tema por qualquer estudo que pretenda abordá-lo.

Ishikawa (1993), por exemplo, interpreta o tema qualidade de forma ampla. Para o autor, a idéia refere-se a inúmeros itens, tais como: trabalho, serviço, informação, processo, divisão, pessoal, sistema, empresa, objetivos, entre outros. Seu enfoque básico é a necessidade de controlar a qualidade em todas as suas manifestações. Ishikawa ainda enfatiza a importância do papel social da empresa no momento que educa e treina seus integrantes, já

que dessa forma estaria contribuindo para a promoção da qualidade de vida de cada colaborador e de toda a sociedade entorno.

Para Crosby (1995), a qualidade significa “[...] conformidade com os requisitos.” E ela é absoluta, visando ao “zero defeito”¹². Juran (1992) define qualidade por sua adequação ao uso, enfatizando a subordinação ao custo e à ausência de falhas. Edwards Deming compreende este conceito como algo que propicia orgulho ao trabalhador. Além disso, contribui para o conseqüente aprofundamento do conhecimento e desenvolvimento de habilidades adequadas pelos trabalhadores e técnicos. Para Chiavenato (1992, p. 201), “[...] qualidade é uma questão de mentalidade e de cultura [...] É uma compatibilidade entre o que o cliente espera e o que é oferecido. Enfim, todos estes autores situam qualidade na uniformidade ou conformidade das especificações para a satisfação de clientes ou de consumidores de bens ou serviços que lhe são oferecidos.

Já Avedis Donabedian (1969; 1980), líder da implementação da filosofia da qualidade na área de saúde, e, reconhecidamente, um importante teórico sobre o assunto, entende a qualidade como vinculada à questão risco/benefício, incluindo-se, neste equilíbrio, a satisfação das expectativas do cliente e o custo monetário. Para ele, a qualidade possui três dimensões: técnica, interpessoal e ambiental. A técnica se refere à aplicação da ciência e da tecnologia na solução de um problema de saúde. A dimensão interpessoal refere-se à relação estabelecida entre o profissional que presta o serviço e o paciente. A ambiental, por sua vez, diz respeito às comodidades/amenidades (conforto, privacidade, cortesia e aceitabilidade) oferecidas ao paciente (MEZOMO, 1995; MENDES, 1994)

Tais conceitos expressam o pensamento de grandes representantes da filosofia da qualidade, entre os quais Deming (1990), Juran (1992), Donabedian (1969; 1980), e relacionam-se às idéias de conformidade, adequação ao uso e satisfação do cliente, cujas variáveis (produto, cliente e uso) interagem dinâmica e sistemicamente (SERVA, 1999). Nesse entendimento, a qualidade constitui-se pelas melhores condições possíveis para que o indivíduo realize o seu trabalho. A busca da qualidade numa organização refletir-se à na satisfação dos trabalhadores e clientes da mesma.

Enquanto o conceito de qualidade aproxima-se mais da noção de satisfação do cliente, o conceito de QT amplifica a necessidade da busca da eficácia e eficiência no relacionamento entre os diversos elementos que compõem o modelo da organização, levando

¹² Grifo do autor.

em consideração tanto o contexto interno, quanto o externo. Dessa forma o GQT, considerado por Mezomo (1993; 1995) e Brocka; Brocka (1994) a revolução do pensamento administrativo, apresenta-se como um modelo de gestão que preconiza a participação total dos setores e pessoas da empresa na busca da qualidade. Destaca-se dos demais modelos pela sua flexibilidade e descentralização, o que permite sua aplicação em todas as etapas da gestão. Ao levar em conta a essência do modelo de administração preconizado pela Teoria das Relações humanas, que salienta a preocupação com o homem no trabalho e nos grupos, Santos, M.L.(1995) relata que este tipo de gestão enfatiza o ser humano e suas relações no trabalho.

Na contemporaneidade, a GQT é um dos modelos de gestão mais divulgados na literatura gerencial, o que se justifica quando se considera a introdução de uma série de intensas mudanças técnicas e estruturais na organização e no processo de trabalho. Dentre tais transformações, está a mudança cultural, considerada, por seus defensores, o aspecto mais importante do programa. Segundo Roesch;Antunes (1994), este modelo apresenta uma lógica inegável: visa continuamente novas fatias de mercado e o atendimento às exigências do cliente a um custo mínimo.Em face de sua amplitude, esse modelo de gestão baseia-se na idéia de que seus princípios e métodos são aplicáveis a toda e qualquer empresa. Os mesmos são considerados elementos básicos para o desenvolvimento da filosofia da qualidade numa organização e se encontram descritos a seguir.

2.2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS DA GESTÃO DA QUALIDADE

A melhoria da qualidade de uma organização não ocorre pura e simplesmente com a formação de grupos a partir de objetivos comuns. Para que isso aconteça, faz-se necessário um esforço corporativo no estabelecimento de mudanças fundamentais ao desenvolvimento organizacional. Dessa forma, o modelo de Gestão da Qualidade requer roteiro sistematizado que direcione as ações a serem implementadas numa organização, conforme todo e qualquer método utilizado para gerenciar atividades diárias do ser humano.

Entretanto, em virtude das peculiaridades de cada organização, torna-se inviável o estabelecimento de um modelo único de implementação. Em lugar disso, faz-se necessária, por parte de cada organização, a elaboração do seu próprio modelo de implementação, conforme necessidades e recursos disponíveis, e adequando-se aos princípios básicos requeridos pelos órgãos fiscalizadores do Estado.

Os princípios da Gestão da Qualidade variam de organização para organização, entretanto, abordam, de alguma forma, os catorze princípios propostos por Deming (1990), com a finalidade de analisar e repensar estruturas, funções e atividades das organizações: “criar constância de propósitos para a melhoria do produto ou serviço; adotar uma nova filosofia mais adequada às necessidades; cessar a dependência da inspeção externa para o alcance da qualidade; limitar a prática de decisão baseada no preço, minimizando o custo total a partir do trabalho com um só fornecedor; melhorar todo processo de planejamento, produção e serviço; instituir o treinamento em serviço; adotar e instituir a liderança; fugir do medo; derrubar as barreiras entre as áreas; eliminar *slogans*, exortações e metas para a força de trabalho; eliminar as cotas numéricas para os trabalhadores e os objetivos numéricos para a administração; remover as barreiras que tiram das pessoas o orgulho pelo trabalho e eliminar o sistema de mérito anual; instituir um vigoroso programa de educação e de auto-melhoria de cada um; e, finalmente, convocar a participação de todos para a realização da transformação”. Embora cada organização tenha especificidades que determinem diferentes processos para diferentes organizações, a Gestão da Qualidade apresenta alguns estágios considerados mínimos para a sua implementação. Dentre os caminhos traçados por seus idealizadores, Deming (1990), Juran (1992), Campos (1995ab) e Mezomo (1995), esse modelo obedece às seguintes etapas: informação e sensibilização geral para a qualidade (alta-gerência e demais pessoas da organização); diagnóstico situacional da organização; identificação das expectativas do cliente; criação do sistema de qualidade (estrutura, comitês e equipes da qualidade); planejamento do programa e qualidade; gerenciamento da rotina; acompanhamento e revisão das estratégias; e desenvolvimento de auditorias internas e externas.

Geralmente, o processo de implementação desenvolve-se através de quatro métodos, os quais são considerados como as linhas básicas da filosofia da QT. São eles: Método “5S”, Gerenciamento da Rotina, Gerenciamento pelas Diretrizes e Crescimento do Ser Humano.

2.2.1 O MÉTODO “5S”

Surgido no Japão, no final da década de 60, diante da constatação da falta de limpeza das fábricas, O método "5S" desempenhou papel decisivo na implantação da QT

naquele país. Tal implementação contribuiu efetivamente para a recuperação das empresas japonesas por conta das mudanças efetivadas através de pequenas ações do dia-a-dia praticadas de forma persistente.

Este método tem como finalidade o preparo do ambiente para a qualidade. Por conta disso, causa grande impacto na estrutura e mobiliza todos os integrantes de uma organização. Segundo Ribeiro (1994), é baseado em cinco princípios, todos eles derivados de palavras japonesas iniciadas com a letra S, a saber: *SEIRI* ou Senso de seleção/utilização; *SEITON*, Senso de ordenação/organização; *SEISOU*, ou Senso de limpeza/conservação; *SEIKETSU*, Senso de saúde/bem-estar; e *SHITSUKE*, ou, Senso de autodisciplina.

Como no caso da Gestão da Qualidade, alguns elementos são considerados pré-requisitos para o sucesso na implementação do “5S”: o compromisso da alta-gerência, a responsabilidade dos chefes departamentais e seções na execução do método e no cumprimento das metas estabelecidas, bem como o envolvimento de todos os membros da organização.

O primeiro, *SEIRI* ou senso de seleção e utilização, consiste na idéia de ter à disposição somente o necessário, no momento e na quantidade certa. Significa a organização ou separação de materiais de acordo com o grau de utilização, importância, tipo e dimensão, com a finalidade de liberação de espaço, melhor controle do material, eliminação do material desnecessário, economia de tempo e esforço na procura do material, dentre outros. (RIBEIRO, 1994)

O *SEITON*, ou senso de ordenação e organização, consiste na disposição sistemática dos objetos e dados, e na excelente comunicação visual, de forma a facilitar acessos e fluxos. A idéia central deste senso é a de um local apropriado para cada coisa, ou seja, cada coisa em seu devido lugar, considerando a rapidez e facilidade para encontrar aquilo que se precisa. (RIBEIRO, 1994)

O *SEISOU*, ou senso de limpeza e conservação, consiste em se manter o ambiente de trabalho limpo e conservar materiais e equipamentos nas melhores condições possíveis, com a finalidade de torná-los mais agradáveis, manter o controle sobre a conservação dos mesmos e evitar desperdícios. (RIBEIRO, 1994)

O *SEIKETSU*, ou senso de saúde e bem-estar, refere-se à preocupação e o cuidado com o asseio e a aparência pessoal. Abrange a manutenção das condições de trabalho, físicas e mentais para a saúde, com a finalidade de proporcionar equilíbrio físico e mental, melhoria do ambiente de trabalho e da produtividade, bem como da melhoria da convivência social, da imagem da organização e do nível de satisfação e motivação de todo o quadro de

pessoal. Para o método “5S”, este aspecto é o reflexo de uma boa implementação do programa. (RIBEIRO, 1994)

O SHITSUKE, ou senso de autodisciplina, consiste na busca constante pela melhoria e aperfeiçoamento pessoal e profissional. Assim, refere-se ao cumprimento espontâneo de procedimentos operacionais e éticos e dos padrões estabelecidos pela organização, constante auto-análise e busca de aperfeiçoamento pelos funcionários, melhor entrosamento entre todos e incentivo à capacidade criativa. (RIBEIRO, 1994).

2.2.2 O GERENCIAMENTO DA ROTINA

O Gerenciamento da Rotina é um método organizacional que consiste na busca pelo cumprimento de normas para que a produção se mantenha no caminho planejado. O objetivo deste tipo de gerenciamento é a padronização e documentação das atividades diárias, a fim de que sejam reproduzidas sempre da mesma forma e com vistas a proporcionar estabilidade e previsibilidade em relação aos resultados dos processos. Através dele, mantém-se o controle das atividades diárias pelo gerenciamento individual e pessoal de todos os colaboradores/empregados/funcionários/corpo profissional da organização. Ou seja, cada um é responsável pelo gerenciamento de sua própria rotina de trabalho.

O Gerenciamento da Rotina é um método considerado fundamental na identificação de soluções para os problemas, bem como no desenvolvimento da melhor maneira de se realizar um determinado trabalho. Para isso, requer procedimentos, técnicas e instrumentos adequados que o auxiliem na manutenção e melhoria contínua dos processos existentes. O ciclo PDCA (*Plan, Do, Check, Action*), introduzido por volta de 1930 por Shewhart e levado ao Japão por Deming, em 1950, é utilizado para proporcionar níveis elevados de melhoria contínua num processo de trabalho. (CAMPOS, 1994a), (SERVA, 1999).

O PDCA é um ciclo que se repete cada vez que o processo de trabalho é alterado, sendo composto de quatro fases básicas: *Plan, Do, Check* e *Action*. A primeira, *Plan* (Planejar), contempla as etapas do diagnóstico e do planejamento propriamente dito. Para isso, envolve a alta gerência e inclui as pesquisas de mercado, levantamento de clima organizacional, determinação das mudanças requeridas, estabelecimento de metas e identificação de estratégias de implementação, dentre outros.

A segunda, *Do* (Executar), contempla as etapas de execução das tarefas previstas no planejamento. Assim, inclui comunicação, treinamento e implementação de grupos da qualidade. Nesta fase, o treinamento, é adaptado a cada nível hierárquico e, em geral, abrange conceitos relativos a qualidade, habilidades interpessoais e técnicas de controle e solução de problemas.

Na terceira fase, *Check* (Verificar), os resultados alcançados são comparados com as metas planejadas, com vistas a identificar efeitos não desejados, que deverão, por sua vez, ser corrigidos na fase A – *Action* (Agir corretivamente), para que não voltem mais a ocorrer (CAMPOS, 1994a).

O PDCA permite o reconhecimento de um problema, bem como a identificação das suas causas e da melhor maneira de eliminá-las. Com a continuidade do ciclo, obtém-se o melhoramento contínuo dos processos. Contudo, o PDCA configura-se através de seqüências lógicas para a solução de problemas, o que, por si só, não garante a eficácia e eficiência exigida por um modelo de Gestão da Qualidade. Nesse contexto, faz-se necessária a utilização de ferramentas como: Diagrama de Causa e Efeito, Gráfico de Pareto, Gráfico de Controle, Folha de Verificação e Fluxograma; bem como de técnicas gerenciais da qualidade, como o Brainstorming, as quais encontram-se descritas a seguir.

O Diagrama de Causa e Efeito é utilizado para a focalização das possíveis e diversas causas de um problema. Também chamado de Diagrama da Espinha de Peixe ou Diagrama de Ishikawa¹³, ele determina a relação causa-efeito em um determinado processo de trabalho, possibilitando à equipe uma visão geral dos fatores causais (causas) de um dado problema a ser solucionado (efeito/conseqüência de um processo de trabalho) e sugerindo ações apropriadas para preveni-lo e/ou corrigi-lo.

O Gráfico de Pareto é um diagrama de barras verticais ou retângulos utilizado para classificar as causas que incidem sobre dado processo, de acordo com o seu grau de importância. Ele mostra quais são os problemas mais relevantes existentes naquele contexto e auxilia no estabelecimento da ordem de prioridades de resolução, conforme o impacto de cada problema no todo. O gráfico é elaborado com base numa folha de verificação ou noutra fonte de coleta de dados.

A Folha de Verificação é um dispositivo utilizado para o registro de dados, conforme as necessidades de cada cliente. Esta ferramenta permite a informação completa sobre a situação e acerca dos pontos críticos que necessitam de atenção.

¹³ Dr. Karon Ishikawa introduziu esse diagrama pela primeira vez no Japão na década de 1950 (BERWICK, 1994, p. 197).

O Fluxograma é uma representação gráfica que demonstra todos os passos de um processo, permitindo que qualquer elemento envolvido possa fazer comparações entre o fluxo real e o fluxo que o processo deveria seguir, além do que facilita a identificação de áreas problemáticas e a melhoria do processo.

O Gráfico de Controle é, pois, uma representação gráfica que permite verificar se um processo está dentro dos limites de controle especificados.

2.2.3 O GERENCIAMENTO PELAS DIRETRIZES

O gerenciamento pelas diretrizes está vinculado ao planejamento da organização. Seu objetivo principal é direcionar a organização a partir da visão estratégica da sua relação com a sociedade, levando em conta missão e valores organizacionais, e tendo, como princípios básicos, o estabelecimento, manutenção e melhoria dos padrões. Nesta etapa, os processos de trabalho são analisados com a intenção de identificar empecilhos ao seu melhor desempenho, a fim de eliminá-los ou modificar os passos do processo. Assim como o Gerenciamento da Rotina, o gerenciamento pelas diretrizes utiliza o ciclo PDCA para alcançar metas que visem às melhorias da organização.

A GQT apresenta uma forma de gerenciamento global que, além de desenvolver o gerenciamento estratégico pela definição de diretrizes, inclui, predominantemente, o gerenciamento da rotina do trabalho.

Para elaboração do planejamento, a metodologia da Gestão da Qualidade apresenta uma ferramenta constituída por expressões interrogativas da terminologia americana: quatro ou mais que se iniciam pela letra W; e uma, ou mais, iniciadas pela letra H. Assim, esta ferramenta é caracterizada desde 4W1H até 6W2H, conforme a quantidade das letras W e H.

De tal forma, sua aplicação se inicia mediante as perguntas básicas: *What* (Que fazer?) (que fazer ou o que faz?), *Who* (Quem fazer?), *Where* (Onde fazer?), *When* (Quando fazer?), e *How* (Como fazer?); podendo ser complementada por *Why* (Por que fazer?), *For Whom* (Para quem fazer?) e *How much* (Quanto gastar?).

2.2.4 O CRESCIMENTO DO SER HUMANO

A questão da satisfação da clientela e o respeito aos valores e à cultura alheios aparecem como pontos importantes na aplicação dos princípios da Gestão da Qualidade, sobretudo no sistema de saúde. Um hospital não vive sem os seus recursos humanos, os quais se constituem a força de trabalho da organização.

Mezomo (1995, p. 62) ressalta a qualidade dos recursos humanos de uma organização como condição *sine qua non* para o sucesso da mesma ao afirmar que “[...] o verdadeiro patrimônio de uma empresa (e de qualquer organização) são as pessoas que nela trabalham.” Nesse contexto, Mezomo recomenda a implementação de melhorias na organização a partir da qualificação das pessoas através da educação e treinamento, desenvolvimento de competências, conscientização responsável e criação de uma visão ética do trabalho.

Desse modo, considerando que a filosofia da qualidade preconiza a satisfação de todas as pessoas, a implementação desse modelo de gestão requer o desenvolvimento de uma política de recursos humanos que atenda tanto as necessidades da organização quanto às de seus servidores. Assim, a participação das pessoas não deve ocorrer em meio a exortações, convocações e imposições. O envolvimento de cada trabalhador deve começar na tomada de decisões que afetam seu processo de trabalho, para que ele ou ela se sinta envolvido e valorizado e se interesse pela qualidade do serviço.

Ishikawa (1993) ressalta a prática da educação e treinamento contínuo como estratégia essencial para o desdobramento da Gestão da Qualidade. Para o referido autor, esta prática deve ser conduzida ininterruptamente no próprio serviço, de modo a oportunizar a eliminação de deficiências individuais e, conseqüentemente, o direcionamento do grupo.

2.3 A QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE

A partir do levantamento bibliográfico realizado, foi possível evidenciar que a preocupação com a qualidade em saúde já existe há muito tempo. Conforme Cianciarullo *et al* (2001, p. 294), os primeiros ensaios sobre o tema datam de 1700 a.C. “[...] quando no Império Babilônico foram descritas sanções decorrentes da baixa qualidade de assistência a saúde; e,

desde então, muitos estudos foram desenvolvidos buscando-se a organização do conhecimento nesta área.”

Nesse contexto, vale ressaltar a influência da enfermeira italiana Florence Nightingale em meados do século XIX. Ao introduzir novas técnicas durante a reorganização de diversas unidades de cuidados de saúde, a referida autora apresentou idéias consideradas revolucionárias para a época e que logo a destacaram como um gênio da administração (BROWN, 1993).

Desde o seu primeiro emprego, em 1853, foi confiada a Nightingale a administração de serviços de saúde, levando-a a entregar-se de corpo e alma à organização destes serviços e a firmar-se como especialista em sua área. Contudo, foi a partir de sua atuação durante a Guerra da Criméia que Florence teve o seu mérito reconhecido. Nesse período implementou técnicas inovadoras de cuidado que contribuíram para uma abrangente reforma no sistema de saúde do exército e na administração dos hospitais. Por conta disso, entrou para a história como “A Dama do Lampião” (BROWN, 1993) e logo se tornou uma celebridade no assunto. Em 1890, a sua grande contribuição à administração hospitalar foi destacada, face ao interesse pela sistematização de estatísticas hospitalares como base para a avaliação da assistência prestada nos hospitais (MENDES, 1993).

Embora a preocupação com a qualidade em saúde tenha tido sua gênese em tempos imemoriais, com base na revisão da literatura é possível afirmar que a maior inquietação em relação ao tema emergiu atrelada à questão da qualidade do cuidado médico, devido à vigência do modelo clínico de assistência [(DONABEDIAN, 1980), (BERWICK, 1994), (MENDES, 1996)]. O uso excessivo de equipamentos e serviços ditos especializados determinou a elevação dos custos com a assistência médica, favorecendo a introdução das técnicas de gerência industrial nas unidades hospitalares.

A grande maioria dos estudos relata que os primeiros ensaios acerca do assunto datam do início do século XX. Em 1910, sob o patrocínio da Fundação Carnegie, foi publicado o Relatório Flexner (FLEXNER, 1910), (MENDES, 1996) denunciando as precárias condições da prática médica e evidenciando a necessidade do controle do exercício profissional. Daí, com a fundação do Colégio Americano de Cirurgiões em 1913, que propunha a criação de parâmetros para avaliar a qualidade das intervenções médicas. Desta forma, a preocupação com o processo de trabalho em saúde adquiriu caráter institucional.

Três anos depois, em 1916, foi publicado o trabalho de Codman (MENDES, 1996), (REIS *et al.*, 1990). Este autor propunha avaliação da qualidade das intervenções médicas através de uma metodologia de verificação contínua das condições de saúde do

paciente. Este trabalho exerceu grande influência sobre o Colégio Americano de Cirurgiões que, desde então, responsabilizou-se pela avaliação da qualidade das práticas cirúrgicas e dos hospitais.

Em seguida, mais precisamente em 1918, foi criada a Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH), visando assegurar a garantia de qualidade. Uma década mais tarde, em consequência da avaliação da qualidade feita pelo Colégio Americano de Cirurgiões em cerca de 800 hospitais, e dos estudos realizados por Codman, estabeleceu-se o Hospital Standardization Program, considerado o embrião da JCAH (REIS *et al.*, 1990).

Pereira (1985) relata que o grande interesse pela qualidade ressurgiu na década de 50, com a criação de um programa de verificação da qualidade dos cuidados de saúde pela Companhia Seguro-Doença do Canadá. Desde então, esta questão vem sendo amplamente discutida, ganhando maior proporção a partir do uso exagerado da tecnologia e da conseqüente elevação dos custos com a assistência médica. Ademais, a discussão tem permeado o desenvolvimento de trabalhos e pesquisas de verificação de qualidade e custos hospitalares. Dentre os diversos estudos sobre o assunto, ainda hoje atribui-se maior importância aos trabalhos realizados pelo pesquisador americano Avedis Donabedian, considerado um especialista no assunto.

No Brasil, a preocupação com esta questão manifestou-se durante a década de 80, quando se ampliaram as discussões sobre o contexto das políticas de saúde diante da necessidade de se modificar o sistema de saúde vigente no país. Neste período, a saúde enfrentava grave crise no país em consequência do milagre brasileiro. O sistema vigente encontrava-se desorganizado e permeado de serviços mal distribuídos, inadequados e insuficientes para atender às necessidades da população.

Sobre esse aspecto, Pereira (1985) menciona a situação dos recursos humanos de enfermagem e o desempenho do papel desta categoria como causas desencadeantes dos constantes debates sobre a prática de assistência á saúde.

Nos últimos anos, tem sido possível observar um acentuado desenvolvimento da ciência e da tecnologia, preconizando-se o crescimento acelerado com elevada taxa de produtividade. Isso tem favorecido a mão de obra técnica e especializada e o predomínio da medicina curativa, utilizada como estratégia geradora de capital. Este processo favoreceu o desenvolvimento das atividades técnicas e administrativas na enfermagem, conduzindo-a à diversificação da sua prática, focalizada para a produtividade e o aperfeiçoamento de normas e rotinas no trabalho (GOMES, 1990).

Assim, perante às exigências constantes do mercado capitalista, voltado cada vez mais para a especialização e sofisticação tecnológica, crescem as necessidades de se controlar a implementação de instrumentos, métodos e processos de trabalho. Tudo isso, com vistas ao aperfeiçoamento incessante de sistemas e a oferta de uma assistência que atenda às necessidades e expectativas da população. A qualidade passou a ser o meio de avaliação desses serviços.

Neste sentido, acreditando ser a diversidade de interesses e qualificações um grande obstáculo para o desenvolvimento de uma equipe na qual as pessoas apresentem visões e interesses semelhantes, a seguir busco trazer para discussão a importância do envolvimento da enfermagem no desenvolvimento da Gestão da Qualidade no serviço de saúde.

2.3.1 A QUALIDADE EM SERVIÇOS DE ENFERMAGEM

Segundo a filosofia da GQT, o serviço de enfermagem constitui-se como uma força de trabalho essencial ao sucesso de uma organização do campo da saúde. Afinal, apresenta-se como um subsistema nos serviços de saúde e possui grande representatividade quantitativa no quadro de recursos humanos da mesma. É o serviço de enfermagem que geralmente recebe o usuário no serviço, desempenhando um papel importante como “linha de frente” no atendimento ao mesmo (YAMARCHI; MUNHOZ, 1994, p. 51), e responsabiliza-se pelo seu acompanhamento até a alta hospitalar. Além disso, costuma estar disponível ininterruptamente junto ao usuário, principal objeto de trabalho dos serviços de saúde.

Lunardi Filho (2000, p. 152), ao investigar “O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina”, identificou que “o enfermeiro, no modo como desenvolve o seu trabalho, apresenta características peculiares, que lhe permitem exercer funções que o configuram como elemento de referência para os demais profissionais e usuários do setor ou unidade onde atua.”

Mezomo (1995), numa abordagem sobre resultados e requisitos da qualidade, ressalta que, para que haja esforço corporativo, faz-se necessário energizar todas as pessoas. E recomenda que o processo deve ser iniciado junto àqueles que lidam diretamente com o cliente.

Portanto, traçando um paralelo entre este cliente e o o usuário dos serviços, é possível constatar que a qualidade em enfermagem constitui-se como um dos fatores determinantes da qualidade em saúde. De tal forma, evidencia-se a necessidade de que esta categoria passe a incorporar novas formas de organização do trabalho que viabilizem a valorização profissional e a conseqüente melhoria da qualidade na assistência prestada ao usuário.

Neste sentido, este trabalho concorda com o fato de que a metodologia da Gestão da Qualidade pode trazer importantes contribuições para a organização do trabalho da enfermagem, constituindo-se “[...] numa estratégia que possibilita a inovação no gerenciamento/assistência; oferecendo melhores cuidados aos clientes, melhores condições de trabalho aos profissionais e garantindo a própria sobrevivência da organização.”(DEI SVALDI; LUNARDI FILHO 2000, p. 241).

Diante da afirmativa de Mezomo (1995, p.238), segundo a qual “[...] a qualidade é, ao mesmo tempo, uma filosofia e um conjunto de ferramentas para a melhoria dos processos que todos devem utilizar para produzir serviços com qualidade”, pode-se considerar que esta filosofia envolve todo processo de produção. E, pelo fato da implementação da mesma no serviço de enfermagem das unidades de internação do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES) constituir-se como objeto do presente estudo, a seguir, busco analisar a participação da enfermagem no programa de GQT, a partir de questões contidas no instrumento de coleta de dados (APÊNDICE D).

3 CAMINHO METODOLÓGICO

A idéia de estabelecer uma análise da (s) forma(s) de implementação do programa de Gestão da Qualidade no serviço de enfermagem das unidades de internação de um hospital de ensino, considerando a possibilidade de maior apreensão do objeto em questão, propiciou a opção pelo Estudo de Caso com abordagem do tipo qualitativa e caráter exploratório–descritivo, cujo delineamento mostrou-se mais adequado para direcionar a presente investigação; dada a necessidade de descrição completa da condição subjetiva do objeto em questão, considerando o meu desconhecimento sobre o mesmo no *locus* da investigação.

Gibson, Ivancevicch, Donnelly apud Costa (1998) afirmam que o Estudo de Caso é muito utilizado como método de estudo das organizações, argumentando ser de extrema validade em pesquisas exploratórias.

Além disso, a simplicidade dos procedimentos, a flexibilidade que propicia estímulo a novas descobertas e a ênfase na totalidade, referidas em Gil (1996) e Lüdke; André (1986), tornaram este método bastante favorável ao alcance dos objetivos propostos. Estes últimos, também ressaltam a viabilidade dessa modalidade de investigação na forma de pesquisa qualitativa, por permitir a descrição da complexidade do objeto em estudo, favorecendo a exploração mais abrangente dos dados. Nesse sentido, a abordagem qualitativa possibilita maior apreensão da realidade concreta, proporcionando compreensão e aprofundamento no objeto de investigação.

O estudo descritivo é ressaltado em Oliveira (1997) pela abrangência num contexto social e por permitir melhor compreensão dos fatores e elementos que interferem em determinado fenômeno.

Gil (1991) e Marconi; Lakatos (1990) relatam que o estudo exploratório é utilizado quando não se tem informação sobre determinado tema, e se deseja conhecer o fenômeno sem excluir aspectos importantes para a explicação do problema.

Portanto, na tentativa de descrever e analisar os fatos e fenômenos de uma determinada realidade, o caráter exploratório-descritivo foi desenvolvido nesta investigação.

3.1 O LOCUS DE INVESTIGAÇÃO

Por se tratar de um Estudo de Caso sobre a Gestão da Qualidade em serviços de saúde pública, a presente investigação desenvolveu-se exclusivamente num hospital de ensino da cidade de Salvador; então escolhido, por estar incluído entre as melhores instituições formadoras de recursos humanos na área de saúde; que desenvolvem atividades direcionadas á assistência, ao ensino e á pesquisa.

Constituiu-se como *locus* de investigação o Hospital Universitário Professor Edgar Santos (HUPES), localizado na capital baiana. Conforme registros, a idéia da construção do HUPES surgiu na década de 1930, quando os estudantes da Prima-Mater Escola de Medicina do Brasil, instalada no Terreiro de Jesus desde 1808, ainda assistiam às aulas teórico-práticas em precárias instalações que não correspondiam às necessidades de assistência e ensino preconizadas pelo velho Hospital Santa Isabel da Santa Casa de Misericórdia. Sob a liderança do Cirurgião Prof^o Edgar dos Santos Rêgo, então Diretor da Escola de Medicina (1936 – 1946), iniciou-se a longa campanha para a edificação de um hospital universitário. Após onze anos de dura jornada, em novembro de 1948, no governo do Presidente Eurico Dutra, inaugurava-se o Hospital das Clínicas da Bahia (HC), culminando um sonho tenazmente perseguido pelo Prof^o Edgar Santos. Conforme projeto arquitetônico da época, ocupando uma área de 30.000 (trinta mil) metros quadrados, o HUPES ainda hoje se delinea sob a forma de um H de hospital, no qual as pernas desta letra constituem as unidades de internação, os ambulatórios e serviços de apoio diagnóstico; e a perna central de ligação configura a administração hospitalar, as salas de aula, o anfiteatro, os gabinetes de chefias, e o laboratório central e de pesquisas.

Atualmente o HUPES configura-se como um hospital público federal, pertencente á rede própria de hospitais do MEC, que tem como finalidade a assistência, o ensino e a pesquisa na área de saúde, sendo considerado um centro de formação de recursos humanos a nível de graduação e de pós-graduação nesta área. Atende ao Sistema Único de Saúde (SUS) nas especialidades médico-cirúrgicas, pediátricas, psiquiátricas, infectológicas, dialíticas (hemodiálise e diálise peritoneal), intensivas e ambulatoriais (médico-cirúrgica, pediatria e psiquiatria), em regime eletivo; e de urgência nas especialidades coronarianas. Configura-se como um órgão suplementar da Universidade Federal da Bahia (UFBA) que possui organograma e regimento definidos, e compõe-se de um Conselho Deliberativo e uma Diretoria com cinco Divisões (Administrativa Técnica, Complementar, Médica e de

Enfermagem). Tem como finalidades: Prestar assistência médico-hospitalar nos termos do regimento. Integrar-se nos demais órgãos de saúde federais, estaduais, municipais e autárquicos; Servir de campo de ensino, pesquisa e extensão aos alunos matriculados nos cursos de graduação da área de saúde ou afins; Servir de campo de ensino, pesquisa e extensão aos alunos matriculados nos cursos de pós-graduação “strictu-sensu”, especialização, aperfeiçoamento e extensão, relacionados com as divisões no campo da saúde e de particular interesse para a região.

Tem como missão, que, dentro dos padrões éticos, de excelência e de qualidade, deve: prestar assistência à saúde da população; Formar recursos humanos voltados para as práticas de ensino, pesquisa e assistência; Produzir conhecimentos em benefício da coletividade.

E tem como visão: ser um Hospital de Ensino, Pesquisa e Assistência, tornando-se referência nacional em nível de excelência dentre os demais Hospitais Universitários, onde novas práticas de saúde possam ser investigadas, analisadas e padronizadas, servindo de modelo para o Sistema Único de Saúde e demais sistemas de assistência até o ano 2005.

O HUPES é um hospital de grande porte, com capacidade de internação plena de 389 leitos. Atende cerca de 500 pacientes/dia em seus ambulatórios e realiza aproximadamente 4.800 cirurgias/ano. Possui em seu quadro de pessoal cerca de 153 médicos, 634 profissionais de enfermagem, 163 professores e 842 estudantes da graduação da Faculdade de Medicina da UFBA (FAMED), além de 116 médico-residentes, 80 alunos de mestrado e doutorado em Medicina Interna e Cirurgia da FAMED, e profissionais e estudantes das Escolas de Enfermagem, Nutrição, Farmácia e Serviço Social.

A organização de suas unidades assistenciais fundamenta-se nos Padrões Técnicos de Assistência de Enfermagem em Recuperação da Saúde, definidos desde 1978 pelo Ministério da Saúde e pela Organização Pan Americana de Saúde.

A **Divisão de Enfermagem** (DE) está hierarquicamente subordinada à Diretoria e é composta por 141 Enfermeiros, 103 Técnicos de Enfermagem e 390 Auxiliares de Enfermagem, distribuídos em sete serviços conforme a seguinte discriminação: Serviço de Assistência à paciente Externo (SPE) – constituído pelos serviços de enfermagem ambulatorial e assistência domiciliar; Serviço de Assistência Intermediária (SAI) - constituído pelos serviços de enfermagem em unidades de internações clínicas e cirúrgicas; Serviço de Tratamento Intensivo (STI) - constituído pelo serviço de enfermagem em tratamento intensivo; Serviço de Centro Cirúrgico (CC) e Centro de Material Esterilizado (CME) - constituído pelos serviços de enfermagem em CC, CME e Centro de Recuperação pós-

anestésica (CRPA); Serviço de Assistência Complementar (SAC) - constituído pelos serviços de enfermagem diagnóstico-terapêutica complementar (endoscopia urológica e gástrica, diagnóstico por imagem, quimioterapia, aférese e transplante); Serviço de Assistência Pediátrica (CPPHO) - constituído pelos serviços de enfermagem em pronto atendimento (PA), berçário, unidades de internação pediátrica e metabólica; Serviço de cardiologia (UCCV) - constituído pelos serviços de enfermagem cardiovascular (pré-operatório de cirurgia cardíaca, unidade coronariana, PA, hemodinâmica e exames complementares); Serviço de nefrologia - constituído pelos serviços de enfermagem em nefrologia (diálise e hemodiálise).

Este contingente profissional é mantido pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) e pela Fundação de Apoio à Pesquisa e Extensão (FAPEX), órgãos que regem seus contratos de trabalho; tendo ainda alguns profissionais do antigo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), e alguns outros do convênio com a Secretaria de Saúde do Estado (ISEB).

A Divisão de Enfermagem tem como filosofia, o princípio de que, todo cliente tem direito de receber uma assistência de enfermagem qualificada, sem discriminação de política, raça, religião, nacionalidade ou situação econômica, individualizada e planejada de acordo com suas necessidades físicas, emocionais, psicológicas e espirituais. A Divisão de Enfermagem tem suas ações integradas com a Escola de Enfermagem da UFBA, no processo docente assistencial; tendo como finalidade o planejamento, execução e avaliação dos Programas Assistenciais de Enfermagem nos níveis de prevenção primária, secundária e terciária. Compete ainda à Divisão de Enfermagem, a coordenação, comando e controle das atividades gerenciais, de treinamento e de pesquisa em enfermagem; previsão, coordenação, comando e controle dos recursos humanos de enfermagem. Tem como missão: prestar assistência de enfermagem qualificada à comunidade, obedecendo aos princípios éticos e científicos; formar recursos humanos; desenvolver pesquisa na área de enfermagem.

E tem como visão: ser um serviço de enfermagem de referência entre os demais hospitais universitários, onde novas práticas de saúde possam ser investigadas, analisadas e padronizadas, servindo de modelo para o Sistema Único de Saúde e outros sistemas de assistência até o ano de 2005.

O **Serviço de Assistência Intermediária (SAI)** é constituído por treze unidades de internação distribuídas conforme a seguir: UDAI – Unidade Docente Assistencial de Infectologia; UDAP – Unidade Docente Assistencial Pediátrica; 1C – Neurologia e Ortopedia; 1D (UCCV) – Unidade de Cirurgia Cardíaca Vascular; 2A – 1ª Clínica Médica; 2B – 2ª Clínica Médica; 2C – Oftalmologia (em reforma); 2D – Ginecologia; 3C – Urologia; 3D –

Clínica Cirúrgica ; 4A – 3ª Clínica Médica; 4B – 4ª Clínica Médica; 4D - Clínica Cirúrgica.

Cada unidade de internação possui em média vinte e dois leitos, assistidos por pelo menos um enfermeiro e quatro ou cinco auxiliares de enfermagem no turno matutino. Nos demais turnos geralmente encontram-se cinco enfermeiros à tarde e três à noite, que se dividem entre duas ou mais unidades; e dois a quatro auxiliares de enfermagem por unidade.

3.2 OS ATORES SOCIAIS DA INVESTIGAÇÃO

Os atores sociais foram escolhidos a partir do universo de profissionais de enfermagem das unidades de internação, que direta ou indiretamente foram responsáveis pela implementação do modelo de GQT no serviço de enfermagem durante o período de 1995-2000.

Em virtude das características deste estudo, optei pelo levantamento das opiniões e identificação de dados junto aos referidos profissionais. Foram considerados informantes da pesquisa, todos aqueles que executaram atividades de cuidado direto relacionadas com o paciente e família; bem como o Chefe da Divisão de Enfermagem, os Supervisores de área e os Coordenadores das Unidades.

Dentre os quarenta e sete enfermeiros identificados, sete não foram localizados devido férias ou licenças, e dez não foram procurados. Dos trinta contactados, sete não faziam parte do quadro neste período; nove recusaram-se a realizar a entrevista, argumentando não terem participado das atividades desenvolvidas; e oito não encontraram tempo disponível, sendo abordados por duas ou mais vezes.

Os seis enfermeiros entrevistados situaram-se na faixa etária entre vinte e seis e quarenta e oito anos e os auxiliares e técnicos de enfermagem entre vinte e oito e cinquenta e um anos.

Os enfermeiros possuíam entre seis e vinte e cinco anos de experiência profissional e os auxiliares e técnicos de enfermagem entre cinco e trinta e um anos.

3.3 AS ESTRATÉGIAS DE INVESTIGAÇÃO

Para o alcance dos objetivos desta etapa do estudo, a coleta de dados demandou o estabelecimento de um referencial para orientar a análise do processo de implementação do modelo de Gestão da Qualidade efetivado nas unidades de internação do Hospital em foco. Nesse sentido, com base nos princípios do modelo de Gestão da Qualidade identificados por Berwick (1994) e Yamarchi; Munhoz (1994), foram estabelecidos sete princípios básicos, descritos a seguir, considerados de maior relevância para este estudo, e então escolhidos por acreditar-se que possam assegurar o desenvolvimento da Gestão da Qualidade em qualquer organização de saúde: A administração da qualidade emprega três atividades básicas: planejamento, controle e melhoria; A abordagem à qualidade fundamenta-se no pensamento científico e estatístico; O trabalho produtivo ocorre através de processos em que o trabalhador assume as funções de cliente, processador e fornecedor; A responsabilidade das pessoas pelo trabalho que realizam se torna possível a partir da compreensão da importância do sistema de produção; Uma liderança comprometida é condição essencial para a implantação da filosofia da qualidade; e, O paciente é a linha de base da organização. A partir desses, foi construída uma tábua de correlação dos princípios que direcionaram a consulta aos documentos da organização e a entrevista semi-estruturada junto aos profissionais do serviço, sendo estabelecido o norteamento dos dois instrumentos de coleta de dados deste estudo.

Para viabilizar o início da coleta de dados, foi encaminhado um ofício (APÊNDICE A) e uma cópia do projeto dessa pesquisa à Coordenação da Divisão de Enfermagem do HUPES para devida apreciação e posterior autorização da realização da mesma no âmbito dessa organização durante os meses de maio a agosto de 2001. Cerca de seis meses após o encaminhamento do ofício obtive o parecer favorável da Comissão de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEen) e conseqüentemente a autorização da Coordenação da Divisão de Enfermagem para proceder ao levantamento de dados. Diante disso, a coleta de dados desenvolveu-se no período de setembro de 2001 a janeiro de 2002.

A inserção no campo ocorreu de forma gradual e contínua, a partir do primeiro contato com o grupo, quando já foram explicitados a intenção de realização desta investigação e os objetivos da mesma. Em face de minha presença estranha no âmbito do contexto de investigação, as dificuldades de estabelecer maior aproximação com os atores sociais deste estudo me levaram a iniciar o levantamento de dados a partir da consulta aos documentos técnicos do cotidiano da organização, visando complementar os dados obtidos através do

instrumento semi-estruturado de entrevista. Devido a ausência de estrutura do sistema de qualidade implementado, busquei os documentos que trouxessem informações sobre o modelo de Gestão da Qualidade, sua metodologia e prática implementada no serviço. Foram identificados dois Relatórios de Gestão apresentados pelo NDRH e QH¹⁴, um Manual de Orientação para Implementação do “5S”, um Módulo sobre o Gerenciamento da Rotina, o Plano Operacional de Enfermagem da Gestão 1999 - 2001 e os Livros de Relatório e de Ocorrências de Enfermagem do período 1995-2000. Esta consulta procedeu-se mediante um roteiro (APÊNDICE E) com nove itens que contemplaram os princípios básicos estabelecidos para orientar este estudo.

A entrevista foi incorporada como procedimento de coleta de dados através de um roteiro semi-estruturado, que foi submetido á avaliação por um *corpo de juízes*, composto por cinco enfermeiros professores da área de Administração, com experiência docente e/ou de pesquisa na temática qualidade em serviços de saúde, que se prestaram a identificar falhas e/ou melhor forma de abordagem das questões do instrumento, a fim de assegurar maior eficácia na sondagem da temática em questão.

A entrevista semi-estruturada consiste na combinação de perguntas fechadas (estruturadas) e abertas, sendo considerada um dos instrumentos básicos para a coleta de dados na pesquisa qualitativa. Ela pode ser utilizada com todos os segmentos da população, viabilizando informações mais precisas, maior flexibilidade durante a formulação das perguntas e mais oportunidade para a avaliação das atitudes e condutas do entrevistado (LÜDKE; ANDRÉ, 1986; MARCONI; LAKATOS, 1990; MINAYO, 1994b; TRIVIÑOS, 1994).

As dezesseis entrevistas gravadas foram norteadas por um roteiro (APÊNDICE D) que constou de dezoito questões, tendo como propósito investigar como se deu a implementação do modelo de Gestão da Qualidade no referido serviço. Á medida que os informantes da pesquisa foram se familiarizando com a minha presença no campo, foi definido junto aos mesmos, data, horário e local apropriados á aplicação do instrumento semi-estruturado de entrevista. Com base na Portaria 196/96 que regulamenta a pesquisa com seres humanos, antes do desenvolvimento desta técnica, os referidos informantes foram devidamente esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, com garantia de livre acesso, sigilo e privacidade, declarando seu consentimento por escrito, e autorizando o uso de gravador.

¹⁴ Núcleo de Desenvolvimento de Recursos Humanos e Qualidade Hospitalar. (BAHIA, 2001)

3.4 A ANÁLISE DOS DADOS

O grande volume de informações obtidas foi ordenado e sistematizado de modo que permitisse uma maior aproximação da realidade concreta vivenciada pelos atores sociais durante o período de implementação da Gestão pela Qualidade Total na organização.

Considerando que não existem regras sistemáticas e universais para o tratamento dos dados, esta etapa foi operacionalizada com base em uma técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (1994, p. 42), o qual, define esta técnica como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Portanto, no sentido de compreender e melhor aprofundar-me na(s) forma(s) de implementação do modelo de Gestão da Qualidade no serviço de enfermagem das unidades de internação do hospital em estudo, os dados foram trabalhados dentro desta temática de estudo, de acordo com os seguintes passos: pré-análise, exploração do material e análise final.

Na fase de **pré-análise**, a ordenação dos dados foi iniciada pela transcrição dos depoimentos na íntegra, sendo utilizado nomes de pedras preciosas como código de identificação para cada entrevistado. Em seguida foram feitas leituras e releituras deste material, objetivando agrupar as falas dos atores sociais de acordo com cada item do roteiro de entrevista, sendo utilizado um quadro (APÊNDICE F) elaborado para este fim e separado por categoria profissional conforme distribuição a seguir: depoimentos dos Enfermeiros chefes, supervisores e coordenadores; depoimentos dos Enfermeiros assistenciais; depoimentos dos Auxiliares de Enfermagem e Depoimento do representante da Diretoria.

A seguir, para a classificação dos dados conforme o critério semântico¹⁵, foi realizada “leitura flutuante” e exaustiva do conjunto de dados de forma a apreender as idéias centrais e as estruturas de relevância, além de propiciar a constituição do *corpus*¹⁶.

A **exploração do material** foi desenvolvida através de leituras verticais e

¹⁵ Relativo à significação, é o critério de recorte mais utilizado em análise de conteúdo. Através dele é possível identificar categorias temáticas.

¹⁶ O *corpus* é compreendido como o conjunto de informações organizadas de forma a atender aos critérios de validade de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência (Bardin, 1994: 76-8), (Minayo, 1994: 209).

transversais de cada *corpo*, possibilitando o recorte das unidades de contexto, a partir dos aspectos constantes nas falas; observando-se convergências e divergências entre estes, com base nos princípios da Gestão da Qualidade aqui identificados. Através de processo mental analítico e reflexivo, foram identificadas as categorias que emergiram das falas dos informantes da pesquisa, as quais foram articuladas entre si e com as categorias previamente definidas.

A **análise final** foi contemplada a partir da compatibilização das categorias emergidas das diferentes formas de abordagem do fenômeno em questão; estabelecendo-se articulações entre os dados e a metodologia do modelo de Gestão da Qualidade.

3.5 AS LIMITAÇÕES DA PESQUISA

O volume de idéias emergidas ao longo de uma caminhada confusa, de construções e desconstruções, tornou este estudo difícil e desgastante. A abrangência do tema, associada às limitações pessoais da pesquisadora e às exigências do curso de mestrado, promoveu diversas situações conflituosas, impedindo a exploração deste material de forma mais consistente e contextualizada.

As dificuldades de aproximação com os informantes da pesquisa, aliadas ao acesso limitado estabelecido por alguns setores, prolongaram o período de coleta de dados, tornando esta investigação bastante exaustiva. Além disso, é possível que tais limitações tenham provocado a omissão de informações importantes para este estudo.

Por ter sido realizado em uma organização específica, esse estudo de caso diz respeito às realidades enfrentadas pela mesma e ao modelo de Gestão da Qualidade implementado em seus serviços. Portanto, novos estudos, aplicações e generalizações merecem maior aprofundamento.

Em função do estudo desse tema ser inesgotável, e face ao serviço investigado se constituir um laboratório fértil para outros estudos de casos, esta investigação contemplou apenas princípios básicos da Gestão da Qualidade, sem aprofundar-se em outros aspectos que fazem parte do conjunto de fatores que influenciam a qualidade do serviço.

4 A GQT E SEUS PERCALÇOS

4.1 GQT: EM BUSCA DE UMA ESTRUTURA¹⁷ DE IMPLANTAÇÃO

Nesta etapa, passo a apresentar e analisar os dados encontrados nos documentos levantados e nos relatos dos entrevistados. Em face da ausência de registros no serviço de enfermagem, este capítulo será fundamentado pelos Relatórios de Gestão produzidos pelo NDRH e QH, partindo de uma cronologia que se inicia pela implantação e vai até a extinção do programa de GQT no Hospital.

Visando mobilizar os segmentos públicos em torno da causa da melhoria da qualidade e da produtividade, o Governo do Estado lançou mão de algumas estratégias de iniciativas de implantação de programas de Gestão pela Qualidade nestes serviços, promovendo cursos de capacitação dos diversos profissionais gerentes e coordenadores, para que estes se integrassem nesse processo.

Neste sentido, em cumprimento às políticas de saúde instituídas pelo Ministério da Saúde (MS) e às decisões da Secretaria de Saúde da Bahia (SESAB), ora representado pelo Programa de Qualidade (PROQUALI)¹⁸, a implantação do programa de GQT no HUPES começou por iniciativa da alta-gerência¹⁹, conforme preconizado na literatura. Sensibilizados e estimulados com os possíveis resultados que o programa poderia proporcionar ao serviço, este projeto objetivou implantar um novo modelo de gestão, que fosse “participativo e comprometido na busca da satisfação do cliente” (BAHIA, 1999, p. 2).

Foi firmado um convênio com a Prefeitura de Salvador em parceria com o PROQUALI, sendo desenvolvido um treinamento com trinta e cinco pessoas, as quais eram chefes dos diversos serviços do Hospital em foco; dentre elas, três enfermeiras. Desde então, essas pessoas passaram cerca de seis meses estudando o programa de qualidade; participando de seminários, cursos, workshops, e outros. Ao final do ano, elas apresentaram um grande

¹⁷ Me refiro aos documentos que identifiquem os elementos, requisitos e disposições de uma organização para seu sistema de Gestão da Qualidade. Estes incluem as políticas e procedimentos da qualidade (programas, planos, manuais e registros da qualidade) (ABNT sobre a Gestão da Qualidade, 1990).

¹⁸ Programa de Qualidade no Serviço Público Estadual criado através do Decreto nº3397 de 25 de agosto de 1994. (BATISTA, 1998)

¹⁹ Neste trabalho os termos alta-gerência, alta direção e alta administração são entendidos como tendo o mesmo significado, se referindo à Diretoria Executiva e seus assessores diretos.

seminário, sendo indicada uma pessoa estrategicamente selecionada para coordenar o Programa (BAHIA, 2001), caracterizando um modelo de gestão centralizada.

Para direcionar os trabalhos, foi criada uma estrutura de implantação aliada a matriz formal da organização composta pelo Escritório e Comitê da Qualidade. A composição deste comitê englobou a alta-gerência, Diretores Geral, Vice-diretor, de Enfermagem, Administrativo, Técnico, Complementar, Médico, Vice-diretor Médico; e a Coordenadora do Programa; reforçando o recomendado na literatura quando ressalta que cabe á alta-gerência a condução do processo de QT. A ausência de registros evidencia que não houve formação de Núcleos Setoriais e de Grupos de Melhoria da Qualidade.

Dentre os documentos identificados no Hospital, não foram encontrados dados que esclarecessem as funções exercidas pelo Comitê e Escritório da Qualidade. Como o Programa desenvolveu-se com base nas referências de Campos (1994a e 1994b), provavelmente o Comitê atuava como uma espécie de órgão fiscalizador do processo, cabendo ao Escritório a responsabilidade de promover todo o desenvolvimento do mesmo na organização.

Conforme Campos (1994b), os membros do Escritório da Qualidade atuam como facilitadores do processo em toda a organização, cabendo aos facilitadores setoriais a coordenação local como elementos auxiliares do Escritório da Qualidade. No contexto do *locus* de investigação, os facilitadores setoriais denominados “multiplicadores da qualidade” foram selecionados ao longo do processo conforme afinidade e grau de interesse. Foi verificado que face a incipiência e ao restrito conhecimento sobre os conceitos da qualidade, tais multiplicadores não se encontravam integrados ao programa, conforme pode ser observado nas falas abaixo:

Puxa, o mecanismo que eu usava, às vezes até se tornava até um desgaste, até físico, porque... se alguém tirasse alguma coisa do lugar, e não fosse colocar... eu não sou muito assim de falar com as pessoas assim, de reclamar; eu fazia a minha parte e ainda ia fazer a do próximo, pra que mantivesse sempre aquela organização (ÁGATA)

Assim eu não sei dizer porque tinham umas reuniões; e participava uma pessoa da enfermaria (AMAZONITA).

De acordo com os depoimentos citados, pude perceber que muitos membros facilitadores não difundiam os conceitos e práticas da qualidade. A própria Ágata refere desgaste perante a constante atitude de retificar o erro do próximo na tentativa de se manter a

ordem no serviço; demonstrando desconhecimento sobre a filosofia da qualidade e pouca habilidade para influenciar outras pessoas. Essa desintegração com o programa dificultava a disseminação dos conceitos e práticas para a qualidade, prejudicando a atuação dos multiplicadores, que muitas vezes, tinham suas intenções bloqueadas pela média-gerência²⁰ resistente a mudanças. Estes fatos foram constatados a partir de declarações informais em que há confissões de ausência em determinados cursos e/ou treinamentos por determinação do chefe imediato.

A lentidão reconhecida nas esferas burocráticas dos serviços públicos não foi diferente na hora de assimilar os princípios e práticas da QT, transparecendo o desenvolvimento de um perfil centralizador por parte do Escritório da Qualidade, o qual, em face da profunda inspiração e anseio de melhorias, planejava, conduzia, monitorava e executava todas as ações referentes a proposta de implantação do programa, realizando treinamento, cursos, palestra, coordenando e participando de eventos ligados a qualidade.

Dentre as diversas causas desencadeantes da lentidão nos serviços públicos, a falta de recursos constitui-se o principal fator, visto que a fragilidade financeira do Estado vem provocando súbitos cortes no orçamento público, diminuindo ou até mesmo eliminando investimentos básicos, permeando desmotivação e falta de credibilidade dentro do próprio serviço.

Tal situação, característica do contexto do *locus* de investigação, comprometeu a qualidade do serviço e coibiu o desenvolvimento do programa; proporcionando a participação passiva dos coordenadores e impondo sobrecarga aos membros do Escritório da Qualidade.

Nesse contexto, face a ausência de relatos que evidenciem a participação ativa da alta-gerência no programa de GQT, é possível inferir que este tenha sido implementado de forma precipitada superestimando as expectativas de resolução dos problemas organizacionais, conforme será possível perceber na etapa subsequente.

²⁰ Me refiro aos supervisores de área e coordenadores de unidade.

4.2 IMPLANTANDO A GQT COMO “TÁBUA DE SALVAÇÃO” ORGANIZACIONAL

Temos motivos suficientes para acreditar que a energia dispensada pela equipe responsável pelo programa alavancou a implantação do programa de GQT na organização investigada.

[...] eu acreditava que para aqui, pro Hospital... eu acreditava que era realmente a saída aqui pro Hospital [...] que a gente precisava implantar esse modelo pra que um dia a gente tivesse resolvido todos os problemas (BRILHANTE).

Eu só faltava andar com a bandeira da qualidade na mão. [...]Então quando eu vi a qualidade, que era pra consertar as coisas, sabe? Fui lá, com as duas mãos. Ao primeiro chamado eu fui a primeira (OURO).

O desejo de ver implantado um determinado modelo que resolvesse as dificuldades na assistência pode ter demandado esforços para a efetivação do programa de qualidade. Mas a falta de condições estruturais possivelmente fez com que esses investimentos não ultrapassassem os limites da implantação.

Mesmo considerando a qualidade pelas condições processuais, foram identificados vários problemas que comprometeram a qualidade da assistência de enfermagem e que independiam unicamente da interferência ou dos esforços da alta-gerência da organização, necessitando na sua maioria da atuação dos órgãos gestores do serviço público.

Donabedian (1992), em seu estudo sobre a avaliação da qualidade da atenção médica, amparado na teoria de sistemas, estabelece que a qualidade da assistência interdepende das condições oferecidas pela estrutura. Ele ressalta que cada categoria isoladamente pode apresentar problemas e insuficiências, devendo ser pensadas como uma cadeia ininterrupta em que os meios antecedem os fins, e estes servem de intermédio para outros fins; já que a estrutura conduz ao processo, e este ao resultado.

Portanto, é possível que o programa de GQT tenha sido utilizada como uma alternativa para a organização, visto que o Hospital atravessava sérias crises como estrutura física antiga, equipamentos e serviços funcionando de forma deficiente, e dificuldades com recursos humanos e materiais; e diante destes, acreditou-se no desenvolvimento da GQT como uma alternativa para a organização.

Um outro aspecto a ser ressaltado, é o fato dos primeiros passos para a implantação ocorrerem sob a consultoria da Fundação Cristiano Otoni (FCO)²¹, e posteriormente, as referências de Campos (1994a e 1994b) servirem de guia básico para o desenvolvimento da GQT nos serviços. Tais referências baseiam-se nos moldes industriais, e preconizam a produtividade e competitividade, utilizando-se dos métodos do CQT para conforme o próprio Campos (1994a, p. 1) “criar condições internas que garantam a sobrevivência das organizações a longo prazo.”

Todavia, a ausência de dados que demonstrassem a participação ativa do Comitê, além da ausência de Núcleos Setoriais e de Grupos de Melhoria, com conseqüente sobrecarga ao Escritório da Qualidade, se constituíram fortes evidências do desejo de se desenvolver QT a partir da instituição do programa, não se encontrando nos discursos dos envolvidos ou nos relatórios técnicos indicativos diretos de compromisso com o desenvolvimento do mesmo na organização.

Tudo indica que as responsabilidades com o programa foram transferidas para o Escritório da Qualidade, mais especificamente para a coordenação do mesmo, a qual, movida por entusiasmo e desejo de mudanças, incorporou e desenvolveu essa tarefa com ânimo, firmeza e coragem; encarregando-se de estudar, analisar e adequar o modelo à realidade da organização, comprometendo-se com o planejamento, condução efetiva e execução de todas as ações relacionadas ao desenvolvimento dessa filosofia nos diversos serviços. Uma tarefa essencial a recuperação do prestígio da qualidade do trabalho realizado pela enfermagem nesta organização.

Dentre os conceitos básicos para um gerenciamento de enfermagem baseado na filosofia da QT, a adoção desta por todos os componentes do sistema é ressaltada por Yamarchi; Munhoz (1994), as quais salientando que não se atinge a Gerência da QT com a simples instituição de um Programa ou criação de um Departamento ou Setor de Controle de Qualidade.

Nesse sentido cabe algumas digressões sobre esse processo. Se considerarmos que se esta filosofia não chegou a ser adotada por todos os sujeitos do universo investigado, e por conseqüência não se atingiu a Gerência da QT, é possível inferir que a GQT pode ter sido entendida como a única alternativa para a resolução dos problemas da assistência, desencadeando vários processos transitórios característicos de uma cultura do tipo “apagar

²¹ Empresa de consultoria em gestão da qualidade sediada no Rio Grande do Sul.

incêndios”; favorecendo a formação de equívocos, subsequente clima de desmotivação e formas de resistência diversas.

Analisando os registros dos documentos e relatos dos entrevistados, foi possível verificar que estes aspectos se encontravam muito evidentes na categoria de enfermagem, dificultando o desenvolvimento da qualidade no serviço. Todavia, em cumprimento a ordem cronológica dos fatos, estes aspectos serão discutidos mais adiante.

4.3 DESENVOLVENDO A CULTURA DO “APAGAR INCÊNDIOS”

Qualquer administração que adote a filosofia da qualidade passará por um conjunto de mudanças em sua forma de organização do trabalho, requerendo a modificação de atitudes hábitos e costumes arraigados no modo de ser e de agir do homem. Esta não é uma tarefa fácil, e seu êxito demanda tempo, paciência e persistência, exigindo uma excelente programação.

Face ao compromisso da alta-gerência na implantação e condução do programa, torna-se inevitável sua responsabilidade pelo delineamento das diretrizes e estratégias necessárias para formação de atitudes propícias à edificação da base da qualidade. Isto requer um planejamento bem estruturado e alinhado à missão organizacional de forma que garanta a qualidade do sistema em longo prazo.

Este aspecto me remete a idéia de que a mudança começa pelo modelo de planejamento utilizado; o qual deve apresentar diretrizes e propor estratégias capazes de enfrentar uma realidade social criativa, tratando a incerteza do futuro de forma eficaz.

No contexto do *locus* da investigação não foram encontrados registros e nem evidências do desenvolvimento deste modelo de planejamento. Face ao relato de consultoria da FCO fica subentendido que foi iniciado o processo de levantamento das necessidades para implantação do programa, ainda que o planejamento da qualidade não tenha sido elaborado.

Diante das dificuldades enfrentadas pelo Hospital, tais como: condições estruturais precárias, desorganização e desmotivação o programa se iniciou a partir do método 5S; devido a crença do comitê em seu potencial de sensibilizar as pessoas e mobilizá-las num esforço conjunto; o que pode ser percebido no seguinte depoimento:

Então nós decidimos iniciar o programa pelos 5S. Por que? Pela mobilização que causa nas pessoas, mexe muito com as pessoas, e também pela estrutura que nós tínhamos aqui no Hospital; uma estrutura antiga [...], nenhuma dessas reformas existia na época. Então, precisávamos mesmo uma atitude de organizar o ambiente, arrumar a casa pra gente começar a trabalhar com aspectos (BRILHANTE).

Nos documentos levantados, não foram encontrados registros das estratégias utilizadas para o desenvolvimento efetivo deste método como um programa de sensibilização para a qualidade. Verifiquei a simples enumeração das etapas definidas e o registro das ações desenvolvidas, tais como palestras, atividades de relaxamento, filmes, visitas técnicas e outros.

Por não existir um planejamento definindo a visão estratégica e diretrizes de longo prazo na organização, sob a consultoria da FCO, foi elaborado um plano de ação para a implantação da GQT; uma estratégia de curto e médio prazo, que envolveu cinco anos da gestão 1995-2000; sustentando a cultura tradicional, normativa e dogmática do planejamento direcionado para a resolução de problemas por meio de atitudes do tipo “apagar incêndios”, caracterizando uma gerência focalizada nos resultados e não contemplando o primeiro princípio aqui estabelecido, que diz: A gerência da qualidade emprega três atividades básicas: planejamento, controle e melhoria. Este princípio preconiza um planejamento de longo prazo, incluindo as políticas e procedimentos da qualidade; o que não condiz com o planejamento da realidade investigada.

Conforme a própria denominação determina, o planejamento normativo se caracteriza pela normatividade excessiva e participação passiva dos diversos atores da organização; evidenciando uma estratégia conservadora não condizente com a filosofia da QT. Com base neste enfoque, o planejamento é realizado por um sujeito independente, fora e acima de uma realidade histórica configurada como um sistema objetivo, estável e previsível; contemplando assim, a aproximação desse planejamento com as experiências nas quais existe grande concentração de poder e consenso popular garantindo o cumprimento das diretrizes e das normas do plano (URIBE RIVERA, 1995).

Para os estudiosos da administração o planejamento deve trazer a idéia de ações estratégicas no enfrentamento de incertezas e mudanças futuras no ambiente das organizações (KURCGANT, 1991); o que é pertinente para os hospitais que desenvolvem gestão da qualidade, visto que se constituem estruturas complexas que por si só já carecem de um planejamento de longo prazo.

Neste sentido, acredito que o planejamento com enfoque estratégico situacional se constituiria no instrumento mais indicado para direcionar o modelo de gestão da realidade

investigada, dada a sua flexibilidade e possibilidade de se utilizar métodos racionais, analíticos e intuitivos, evitando que as decisões administrativas se transformem em “políticas de apagar fogo” (GERDES; ERDMANN, 1995).

Mezomo (1995) sustenta a necessidade de definições claras da visão e da missão no planejamento e por toda a organização, destacando a importância do enfoque estratégico pela maior facilidade para definir prioridades e alocar o tempo.

Coelho Neto (1996, p. 6), ressalta que o enfoque estratégico apresenta elementos suficientes para auxiliar o gerente e a organização a pensarem sistematicamente sobre o presente e o futuro, possibilitando a melhoria evidente da qualidade de toda a organização.

Matos Santana (2001, p. 38) salienta a importância do enfoque estratégico situacional no planejamento do serviço de enfermagem por possibilitar uma gerência de forma global e permitir ao enfermeiro aumentar sua capacidade de direção, gerência e administração, levando-o a conhecer as reais necessidades do cliente”.

Diante disso, é possível compreender que o planejamento para a qualidade requer enfoque direcionado para o futuro remoto, considerando suas diferentes possibilidades alternativas; visto que, sem um compromisso de longo alcance, os resultados podem ser temporários e desarticulados das necessidades mais distantes, permeando um constante desequilíbrio na organização.

Ribeiro (1994), ressalta que o sucesso do lançamento das bases para o desenvolvimento da filosofia de QT depende de esforço e de um bom planejamento. Assim como Campos (1994b), ele considera os 5S um programa essencial à implantação da GQT, salientando a sua inserção de forma sistematizada e alinhada a uma matriz organizacional.

A ABNT sobre a Gestão da Qualidade (1990, p. 5) preconiza que os planos de qualidade devem ser escritos e coerentes com os demais requisitos do sistema de gestão de qualidade, especificando objetivos a serem atingidos, procedimentos, métodos e instruções de trabalho a serem aplicados, como elementos específicos que os mesmos devem definir.

Na realidade investigada, não foram encontrados registros que descrevessem sistematicamente esta implementação. O plano de ação, como mostra a figura 1.1., utilizou como ferramenta uma metodologia 3W1H não correspondendo ao evidenciado pela literatura. Identifiquei apenas a mera enumeração de etapas e ações realizadas para desenvolver os subprogramas da GQT (BAHIA, 1999; BAHIA, 2001).

What/O Que	Who/Quem	When/Quando	How/como
------------	----------	-------------	----------

Figura 1 - Modelo de Planejamento utilizado para o desenvolvimento da GQT

Diante disso é possível concluir que a metodologia utilizada para o planejamento da qualidade, além de não corresponder aos requisitos exigidos pelo modelo de gestão adotado não atendeu as necessidades da organização, favorecendo e desencadeando outras condições indicativas de fragilidade na efetivação do programa, as quais estão sendo discutidas ao longo deste capítulo.

4.4 RESTRINGINDO O TREINAMENTO

Como o ser humano se constitui no principal fator de sucesso da organização, cabe a esta, instituir treinamento e desenvolvimento contínuo de seu quadro de pessoal, de modo que todas as pessoas se sintam parte integrante deste contexto e passem a representar a organização no seu processo de trabalho.

Neste sentido, em se tratando de GQT, educação e treinamento nunca são demais. Restrições e insuficiências nessa área promovem uma mudança de saltos descontínuos e propiciam uma situação de fracasso, prejudicando os esforços futuros.

A ABNT sobre a Gestão da Qualidade (1990, p. 17) preconiza o treinamento a todos os níveis de pessoal dentro da organização, ressaltando que o treinamento do pessoal técnico não deve ser limitado, face a sua relação mais direta com a qualidade.

Yamarchi; Munhoz (1994) salientam a importância da promoção do crescimento do *Ser* humano na produtividade da empresa, ressaltando o treinamento como componente da GQT.

Assim sendo, pensar em educação e treinamento em uma organização que adota esta filosofia significa que os servidores devem adquirir conhecimentos básicos sobre os conceitos, métodos e ferramentas da qualidade de forma que se transformem em aliados no processo de melhoria da organização, pensando e agindo com qualidade.

4.4.1 EQUÍVOCOS NA IMPLANTAÇÃO SISTEMÁTICA DO 5S

Em virtude da possibilidade de resultados imediatos, o método 5S se constitui um pré-requisito para todo programa de Gestão da Qualidade, sendo aplicável em qualquer ambiente. Todavia, embora pareça simples e fácil, a literatura preconiza a elaboração de planejamento criterioso, ressaltando a importância do rigor em sua prática (RIBEIRO, 1994). Assim sendo, à semelhança dos programas de qualidade, a implementação deste método requer aplicação contínua e sistemática de todas as etapas.

Na realidade investigada, há registros de que o método 5S, desenvolveu-se ao longo de seis meses, sendo oferecido não só para a comunidade interna do hospital, como também para familiares dos funcionários, professores, estagiários e residentes; “totalizando 1.430 pessoas treinadas e uma carga horária total de 5.720 horas de treinamento” (BAHIA, 2001). À primeira impressão este parece ser um número significativo; no entanto, face às evidências de participação passiva dos gerentes dos diversos serviços e ao conseqüente esquema de treinamento centralizado, ao se considerar o período no qual se desenvolveu o treinamento, o número de servidores, professores, estagiários e residentes do HUPES, é possível inferir que não houve orientação adequada para a implementação do método 5S. Isto pode ser percebido também ao se evidenciar a implantação da qualidade no serviço a partir de aulas, palestras e reuniões sobre o 5S; o que não contempla as etapas recomendadas pela literatura. Os depoimentos que se seguem evidenciam esta constatação:

“Primeiro nós tivemos uma aula; sobre aquelas letras! Sabe?! Teve palestras, é..., depois foi pra prática” (AMAZONITA).

“Primeiro teve reunião referente a senso de responsabilidade, arrumação... aquelas coisas todas dos 5S! Sabe?!” (TURMALINA).

Decodificando esses depoimentos é possível afirmar que o treinamento constituiu-se mera apresentação das pessoas ao programa, não deixando transparecer a eficácia dessa estratégia no cotidiano dos profissionais.

Ribeiro (1994), preconiza o treinamento de pequenos grupos, a partir do (s) responsável (eis) pela promoção, passando pela média-gerência e facilitadores, até alcançar os comitês locais. Neste sentido, ele estabelece estágios semelhantes àqueles fixados pelo programa de GQT, recomendando várias etapas para o treinamento das equipes; dentre as

quais: sensibilização, fundamentos dos 5S, apresentação do programa, apresentação de metas estabelecidas para a organização, acompanhamento das atividades de descarte e limpeza, e preleção.

No âmbito da investigação, não foram encontradas evidências do desenvolvimento desses estágios, ficando subentendido que a simples exposição dos conceitos impuseram uma participação passiva das pessoas e caracterizaram que o treinamento havia sido implementado.

4.4.2 PARTICIPAÇÃO PASSIVA DAS PESSOAS

Para que haja sensibilização, conscientização e instrumentalização do quadro pessoal de uma organização, faz-se necessário o treinamento dos conceitos básicos, métodos e ferramentas de trabalho por meio da prática constante e bem orientada. A educação continuada apresenta-se como estratégia de apoio a essas medidas. Dessa forma torna-se imprescindível a educação e o treinamento em serviço, de modo que atendam aos objetivos de desenvolvimento da organização e dos recursos humanos envolvidos.

Mezomo (1995, p. 56) salienta que “a educação fundamental e continuada resgata a dignidade do trabalhador e potencializa seu desempenho, garantindo-lhe uma motivação interna que o leva superar-se permanentemente na obtenção das metas e objetivos previstos.” E para que o treinamento produza tais resultados algumas condições se fazem necessárias, dentre as quais, o desenvolvimento de habilidades aplicáveis, o uso de metodologia e conteúdo adequados aos objetivos e aos participantes, e a abordagem especificada de toda a rotina de trabalho (MEZOMO, 1995 p. 90).

Nesse contexto, o treinamento para a qualidade requer a transmissão de informações e o desenvolvimento de habilidades práticas, de modo que haja formação de conceitos e atitudes capazes de proporcionar mudança de comportamento nas pessoas.

Embora a literatura reconheça a eficácia desse treinamento, cabe aqui ressaltar a importância que as políticas de recursos humanos com vistas à melhoria do ambiente de trabalho apresentam no desenvolvimento da qualidade nos serviços. A verdadeira motivação para o trabalho decorre de aspectos que favorecem um ambiente saudável, dentre os quais, valorização pessoal e profissional e integração indivíduo-organização se constituem fatores bastante contributivos na construção desse ambiente. Desse modo torna-se possível o

estabelecimento de um espírito de equipe capaz de sensibilizar as pessoas para a busca de melhoria contínua no serviço.

Na realidade investigada, foi verificado que os atores sociais não se envolveram efetivamente com o programa, face às evidências de descompromisso dos mesmos com a garantia da qualidade dos processos. Ao serem questionados sobre esta responsabilidade não se identificaram no contexto, conforme pode ser percebido nos seguintes depoimentos:

Puxa, na época não tinha assim uma pessoa não. Normalmente era direcionado à enfermagem, né. À enfermeira (CRISTAL).

Tinha uma pessoa. Aqui eu não sei quem era. Mas na época que eu fiz o estágio na outra enfermaria tinha uma auxiliar respondendo, eu não lembro como é que chamava o nome da pessoa que ficava responsável pela... pela organização, pela continuação dos 5S. Eu não me lembro, mas tinha uma pessoa, uma auxiliar de enfermagem (RUBI).

Eu soube que existia assim umas equipes, né, que foram feitas; em cada enfermaria uma equipe; tanto do turno matutino, como vespertino, como noturno. Mas eu disse a você que eu não participei da implementação, então eu não sei. Pra mim, é... a qualidade, sempre eu pegava a enfermeira da unidade e... fulana, que era a coordenadora do programa (PÉROLA).

Tais depoimentos reforçam o modelo de centralização da responsabilidade sobre a qualidade, não contemplando o quarto princípio básico aqui estabelecido; de que a responsabilidade das pessoas pelo trabalho que realizam se torna possível a partir da compreensão da importância do sistema de produção (BERWICK, 1994 p. 37).

Yamarchi e Munhoz (1994) abordam esta problemática associando sua causa ao departamento de qualidade; cenário no qual se configurou o *locus* dessa investigação, evidenciando mais uma fragilidade decorrente da transferência de responsabilidades para o Escritório da Qualidade com conseqüente centralização do sistema.

Um outro aspecto a ser ressaltado é o fato de que o treinamento instituído durante os cinco anos da gestão 1995 – 2000 não atingiu 100% da organização, sendo desenvolvido de forma centralizada, fora do contexto de trabalho dos servidores; muitas vezes, sem a devida implementação das habilidades na prática. Dessa forma, constato que os atores sociais investigados não foram efetivamente motivados e preparados para participarem ativamente dos processos, sendo desenvolvido em muitos deles o sentimento de exclusão do contexto da GQT; conforme demonstrado nos depoimentos a seguir:

[...] inclusive o curso de 5S, né, que foi o que iniciou, pra pessoas terem conhecimento do que seria o programa de Qualidade Total no Hospital das Clínicas; eu fui uma das enfermeiras que não fizeram. Eu tive dificuldades porque, veja só: Marcavam o curso com as enfermeira de acordo com os horários que era programado pelos Recursos, pelo pessoal do TQC, né. Então nem sempre coincidia com o horário que eu estava disponível no Hospital [...]Então, as coisas são muito programadas em função das enfermeiras da manhã, entendeu? (PRATA).

Assim eu não sei dizer porque tinham umas reuniões; e participava uma pessoa da enfermaria. Mas não era eu essa pessoa. Essa pessoa trabalhava pela manhã (AMAZONITA).

Mas como eu trabalho de noite também, então aí fica um pouquinho difícil de acompanhar se foi feito ou não [...].Mas a grande dificuldade acho que foi a frustração, isso até pela falta de compromisso das pessoas e pela falta de reciclagem em relação à qualidade (PÉROLA).

É porque é assim: um projeto como esse é preciso que seja realmente amplamente divulgado! Entendeu? Então a gente fica sabendo de coisas aqui, coisas ali, e não tem uma divulgação completa. Então precisa realmente que abranja todo mundo, que abranja os auxiliares, que abranja toda a equipe, pra poder todo mundo se engajar. Porque não adianta três, quatro fazerem e, e, e.. outras três, quatro não fazem; entendeu? Então precisa que essas quatro façam, mas as outras também façam. Entendeu? É tudo uma união, uma questão de união. Ou você trabalha junto, ou você não trabalha junto (ESMERALDA).

Analisando estes depoimentos pude verificar que as evidentes deficiências de divulgação do projeto, a falta de implementação de uma estrutura programática de educação continuada no serviço, e a conseqüente transitoriedade no desenvolvimento do processo de educação e treinamento favoreceram o descomprometimento das pessoas com o programa, promovendo em muitos o sentimento de frustração diante de constantes descasos. A partir das falas de Prata e Amazonita fica claro que o programa de educação e treinamento não apresentava a consistência necessária para sensibilizar, motivar e comprometer as pessoas com a GQT.

Mezomo (1995, p. 93) salienta que o treinamento precisa ser bem planejado e estruturado, em pequenos grupos, voltado para o atendimento das expectativas dos clientes. Em um outro momento, ele ressalta a importância do treinamento para a capacitação plena das pessoas, exemplificando o modelo do Japão, onde o funcionário passa 25% do tempo dos primeiros seis anos em programas de treinamento.

Em Berwick (1994), um dos grupos participantes da proposta de implementar ferramentas industriais da qualidade em serviços de saúde, ressaltou que poderia ter obtido ganhos mais rápidos se tivessem gasto mais tempo educando o departamento sobre ferramentas básicas.

Portanto, torna-se evidente que educação e treinamento se constituem um dos princípios básicos mais importantes para o desenvolvimento da cultura da qualidade, requerendo a implementação contínua e sistemática de todas as etapas essenciais a formação dos conceitos e atitudes desta filosofia.

Na realidade investigada, foi possível constatar que não houve o devido investimento em educação e treinamento dos servidores. Dentre as causas anteriormente mencionadas reafirmo a provável centralização da responsabilidade sobre a qualidade proveniente da participação passiva da alta e média-gerência no desenvolvimento do programa, visto que não foram verificados registros que confirmassem a atuação destas nas atividades desenvolvidas. Isto transparece a conotação de que o Comitê da Qualidade existia meramente para o cumprimento das formalidades do programa. Além disso, há evidências da atuação isolada do Escritório da Qualidade, mais precisamente da coordenação deste departamento, que face aos diversos obstáculos enfrentados, demonstrou entusiasmo superestimado diante dos poucos resultados alcançados, subdimensionando a extensão dos problemas.

Essa insuficiência na capacitação proporcionou diversas fragilidades ao programa, permeando o desenvolvimento de muitos conceitos errôneos que levaram os atores sociais desta investigação a acreditarem que desenvolviam QT no serviço implementando as etapas do método 5S.

4.4.3 ASSOCIAÇÃO DA GQT À MANUTENÇÃO DAS ETAPAS DO MÉTODO “5S”

A GQT se constitui um programa que requer abordagem sistemática e compromisso de longo prazo com a melhoria contínua da qualidade. Trata-se, portanto, de uma tarefa difícil, que exige muita paciência e persistência para o desenvolvimento de clima de cooperação e mudança; necessitando, pois, de formação de bases sólidas que propiciem a modificação de hábitos e atitudes incorporados em nossa maneira de ser e de agir pela convivência e experiência ao longo de nossas vidas. Para que isso ocorra, as pessoas precisam ser sensibilizadas e sentir-se verdadeiramente motivadas e envolvidas com o seu trabalho, de maneira que se tornem responsáveis pela melhoria contínua do mesmo.

Mezomo (1995, p. 56-57), profere que a educação das pessoas, o preparo para o trabalho em equipe e a definição clara da missão da organização, constitui medidas básicas

para o nascimento da verdadeira motivação para o trabalho e a solidariedade das pessoas com a organização.

Neste propósito, o método 5S, é considerado o ponto de partida para o desenvolvimento de um programa de GQT; pois, apresenta resultados rápidos e visíveis, exercendo grande influência sobre a motivação para a qualidade, representando uma estratégia barata e eficaz para a mudança da cultura da organização. Este método preconiza a prática de bons hábitos e de zelo, partindo da reestruturação do ambiente de trabalho; propiciando assim, a formação de hábitos e atitudes coerentes com os princípios que promovem a GQT. No entanto, apesar de parecer simples e fácil, exige uma preparação cuidadosa, de maneira que possibilite a implementação de forma coordenada em todos os setores e níveis hierárquicos da organização.

Ribeiro (1994) o considera a base da QT, ressaltando a necessidade de planejamento criterioso e a importância do rigor em sua prática.

Campos (1995b) enuncia que ele pode preceder ou ser implementado em conjunto com o TQC. Todavia, diante das diversas etapas deste, a aplicação concomitante pode confundir as pessoas, levando-as a pensar que a simples manutenção do 5S significa que estejam desenvolvendo QT, conforme foi possível constatar na realidade onde se deu a investigação; na qual este método serviu de base para a implantação do programa- de GQT.

Não foi possível precisar como se desenvolveram tais estratégias; sendo porém identificadas manifestações que evidenciam a associação dos 5S ao programa de GQT, expressas principalmente pela preocupação excessiva com a organização do ambiente de trabalho sob o ponto de vista estrutural como se identifica nos discursos abaixo:

Aqui no hospital quando implantou, eu achei uma coisa boa. [...] A arrumação da unidade; vestuário; é... posto de enfermagem, como organizar, botaram novos boxes, colocaram medicações separadas por paciente. Eu achei muito importante (AMAZONITA).

Foi um programa bom. A partir deles as pessoas passaram a ter mais conscientização de organização. Melhorou o visual da Instituição (AMETISTA).

[...] e a gente vê que melhorou muito a organização, aquela coisa de só usar o necessário [...] (ESMERALDA).

É... é... Eu conheço mais assim como programa de 5S, né; que foi implementado aqui no Hospital. Na verdade eu fiz um curso mais fora daqui, em outro hospital que eu trabalho, do que aqui mesmo. Aqui eu fiz um curso só de... de... pra conhecer o Programa, né; mas na verdade eu conheço ele muito pouco, e é assim conhecido

mais como se fosse mesmo é... programa de 5S. Basicamente o que eu conheço (PÉROLA).

Esta preocupação com a organização do ambiente de trabalho identifica maior aproximação às etapas do método 5S, demonstrando pouca ou quase nenhuma afinidade com a GQT, evidenciando o desconhecimento dos sujeitos sobre esta filosofia. Eles falam sobre o método como se este representasse o programa de QT implementado no serviço.

Mezomo (1995, p. 56), ao abordar sobre o verdadeiro sentido da reorganização do trabalho, salienta que “não se trata apenas de mudança da estrutura organizacional, mas da implantação de uma nova filosofia no relacionamento das pessoas [...]”

Na realidade investigada, pude constatar que a ausência de uma estrutura consistente originou o desenvolvimento de processos transitórios, desencadeando confusão entre 5S e GQT. Tais processos não conseguiram envolver e comprometer todas as pessoas com o programa, proporcionando atitudes de resistência que permearam conflitos e impediram a superação das dificuldades; conforme é possível observar na etapa que se segue.

4.5 RESISTINDO À MUDANÇAS

Todo estado de segurança é confortável e assegura tranqüilidade do indivíduo em qualquer esfera de atuação da sua vida. No trabalho, a padronização de modelos determinaram uma certa ojeriza a mudanças e à instabilidade nas organizações complexas. A sociedade por esse princípio vem reagindo a mudanças devido ao medo e a instabilidade que ela traz.

Segundo Moscovici (1998, p. 159), “toda mudança provoca resistência.” E o medo do novo, do desconhecido, geralmente é percebido como uma ameaça á estabilidade humana; provocando certo desequilíbrio e deflagrando comportamentos diversos e inesperados (MOSCOVICI: 1998).

Dentro deste processo, Moscovici (1998) e Silva (1991) referem que estes aspectos caracterizam a fase de *descongelamento* e são essenciais ao processo de mudança, por suscitarem dúvidas, ansiedade, motivação para examinar o novo; e conseqüentemente, sensibilização e conscientização de problemas e da necessidade de mudanças. Entretanto, esta necessidade não é percebida pelas pessoas da mesma forma. Alguns a enfrentam como

desafio e oportunidade de crescimento, enquanto outros a associam á ameaça e instabilidade (SILVA: 1991, p. 235).

Comportamento comum á natureza humana, a resistência a mudanças também na enfermagem configura-se como um processo de perda do controle sobre o seu ambiente de trabalho, permeado por desequilíbrio e reações diversas que caracterizam o desenvolvimento de barreiras²² que determinam a produção da não-qualidade. Esse fato é explicitado por alguns autores, considerando-se a influência da organização sobre o processo de trabalho da enfermagem.

De acordo com os princípios da GQT, esta resistência constitui sério obstáculo á implementação da qualidade no processo de trabalho, exigindo de seus líderes competência e habilidades propícias ao desenvolvimento da motivação em busca do envolvimento de todas as pessoas.

Ribeiro (1994), Berwick (1994) e Mezomo (1994), ressaltam a importância de envolver as pessoas desde a tomada de decisões, para que elas se sintam participantes da organização. Para que isto seja possível a educação e capacitação permanente, o preparo para o trabalho em equipe, e a definição clara da missão organizacional e dos princípios administrativos a serem adotados se constituem medidas básicas capazes de promover o sentido de realização e participação responsável, transformando as pessoas em verdadeiros parceiros da organização (MEZOMO, 1995).

Os depoimentos que se seguem mostram de forma velada que diante da crise de pessoal e de material os profissionais resistiram a implantação de um modelo de qualidade que precisa ser trabalhado em todas as esferas administrativas.

Então eu tinha essa dificuldade de... de acesso á enfermagem no sentido da gente mobilizar mais a enfermagem no trabalho da... da Qualidade (BRILHANTE).

E existiam barreiras extremas de enfermeira que não queria essa tal de Qualidade Total. Muitas não, não... eram contra. Falavam que Qualidade Total era pra prender papel em parede; não se inseriam no contexto; e nunca gostavam dessa parte, essa palavra avaliação ou auto-avaliação. [...] Então o pessoal estava assim na resistência, e o resultado foi... foi o pior possível. [...] duas vezes nós fizemos trabalho; e a frequência não demonstrava interesse que eles demonstravam no início; parecia mais uma barreira; mas na hora que a gente chamou pra discutir todos os itens da sistematização, o número que apareceu mesmo de pessoas pra discutir foi mínimo; foi mais estudantes do que as próprias pessoas que estavam reclamando (DIAMANTE).

²² Neste estudo, as barreiras são compreendidas como obstáculos criados inconscientemente pelas pessoas, como formas de resistência á mudanças no seu ambiente.

Como podemos [...] melhorar a qualidade da assistência de enfermagem se temos apenas 01 auxiliar de enfermagem para cuidar de mais de 15 pacientes, alguns graves e outros bastante dependentes? (BAHIA, 1996).

Menina louca! Tá aqui falando em qualidade, em satisfação do cliente, faltando material! (reproduzido por BRILHANTE).

Tais depoimentos fortaleceram a percepção do desconhecimento sobre o programa de GQT e evidenciaram a interferência da dimensão estrutural sobre a qualidade da assistência, confirmando as insuficiências ressaltadas em Donabedian (1992), conforme já discutidas anteriormente. Estes aspectos favoreceram o desenvolvimento da desmotivação pessoal e a conseqüente resistência a mudanças aqui indicada para análise. Provavelmente as deficiências na educação e treinamento das pessoas, ou mesmo a má compreensão da média-gerência sobre os princípios preconizados por esta filosofia, tenham contribuído para o crescimento das fragilidades do programa.

Brocka e Brocka (1994) relatam que a resistência á mudanças é inevitável, apontando a remoção de barreiras como um dos elementos básicos para melhoria e avaliação contínua no gerenciamento da qualidade.

Mezomo (1993), chama atenção para a necessidade de se identificar os fatores de apoio e de resistência á mudança, destacando a preparação inadequada para a mesma como um dos aspectos indicativos de resistência.

Ao referir-se a mudanças em enfermagem, Silva (1991) descreve algumas etapas indispensáveis á implantação desta, de forma planejada, identificando a necessidade de habilidade, conhecimento e atitude em diagnóstico, implantação e avaliação; sustentando assim, o segundo princípio básico aqui estabelecido para o desenvolvimento da GQT e considerado de maior relevância para esta investigação: A fundamentação da abordagem a qualidade no pensamento científico e estatístico.

Há que se considerar que a resistência, ao contrário do que se pensa, não constitui um aspecto negativo da mudança, e sim, um alerta que exige melhor esclarecimento dos objetivos e dos resultados pretendidos (SILVA: 1991).

Dei Svaldi e Lunardi Filho (2000 p. 248) salientam a necessidade de se “verificar o contexto antes de tudo, principalmente quanto às pessoas, expectativas, crenças e valores.” Nessa percepção, verifica-se o diagnóstico da mudança como uma fase essencial ao desenvolvimento da GQT, da qual depende o sucesso ou o fracasso da mesma. Somente a partir desta fase toma-se conhecimento da dimensão real da situação na qual os problemas

ocorrem bem como de suas causas potenciais, identificando-se soluções e estratégias viáveis à implantação da mudança.

Desse modo, é possível constatar que a preparação para uma mudança sem interrupções constitui condição essencial à implantação de qualquer programa. Não se considerar este aspecto propicia a situação de fracasso, prejudicando os esforços futuros de implantação diante da contaminação do “já tentamos isso e não deu certo”. Se uma mudança ocorre através de saltos descontínuos, reduz-se o entusiasmo, esperança e confiança no programa; sendo a energia consumida por prestação; caracterizando tal atitude de “modelo gafanhoto” (CÔRREA 1994, p. 103).

Em seus relatos sobre a implantação do denominado PQTO²³ a FCO (1996) considerou a ampla divulgação do programa a todo quadro de pessoal como uma das principais etapas a serem seguidas; ressaltando a necessidade de se realizar pesquisa de clima no sentido de identificar aspectos contribuintes da satisfação das pessoas, bem como geradores de insatisfação e desmotivação; pois, através desse passo é possível se implantar ações corretivas, gerenciar conflitos e sistematizar a comunicação.

Serva (1999), ao analisar as mudanças ocorridas no trabalho de enfermeiras a partir da adoção da Gestão da Qualidade, ressalta “a importância do compromisso das enfermeiras em participar das mudanças, quando envolvidas nesse processo como sujeitos” (grifo nosso).

Nesta investigação pude verificar que a resistência a mudanças constituiu-se em um dos fatores preponderantes ao desenvolvimento da não-qualidade no serviço de enfermagem, permeando conflitos e dificuldades ao longo da implementação do programa de GQT. Parece ter havido pouca preocupação com as necessidades e satisfações dos servidores. Tudo indica que não se tenha dado a importância necessária ao diagnóstico para a mudança, e que a alta-gerência não tenha se preparado adequadamente para lidar com a resistência.

Diante disso, ressalto a importância da ampla divulgação em todos os níveis da instituição, promovendo-se não só o conhecimento sobre as bases filosóficas da GQT, mas principalmente sobre os objetivos e finalidades da implantação deste programa; viabilizando uma participação mais crítica e o conseqüente desenvolvimento da verdadeira motivação.

²³ Programa da Qualidade Total na Operação

4.6 BUSCANDO MOTIVAÇÃO E ESTÍMULO PARA DESENVOLVER O PROGRAMA

Após o período de seis meses de treinamento sobre o 5S, aconteceu o chamado *Dia da Faxina*, no qual os servidores se mobilizaram em mutirões para organizar os seus ambientes de trabalho; oficializando a implantação desse método nos serviços. De acordo com os registros encontrados, só foi possível constatar a participação de três unidades de internação, revelando que na categoria de enfermagem a sensibilização para a qualidade não alcançou grandes proporções. Há relatos de que esse dia “aconteceu de forma bastante positiva, superando todas as expectativas”, e passando a ocorrer mensalmente (BAHIA, 2001: p. 3).

Finalmente em julho/96 foi apresentado no Hospital um grande evento sobre a QT, culminando na oficialização do Programa com a declaração do então Diretor do HUPES; sendo tal fato noticiado em jornais (ANEXO B) e programas locais de TV (BRILHANTE). Verifica-se que neste período, foi dado início à implantação da metodologia da assistência de enfermagem, a partir da testagem dos impressos de evolução, planejamento das ações de enfermagem e folha de controle geral, em duas unidades piloto (BAHIA, 1996).

Após a oficialização do Programa, deu-se continuidade ao processo de implantação do mesmo com o desenvolvimento de treinamentos sobre comunicação interpessoal, trabalho em equipe e 5S; sendo acrescentadas outras estratégias do CQT preconizado pela FCO e por Campos (1994). Foi formado o “time dos 5S” composto por representantes dos serviços, os quais faziam a auditoria dos 5S, e eram considerados multiplicadores da qualidade. Tão logo, 5S, Atendimento ao cliente, Sensibilização para qualidade e Relacionamento interpessoal tornaram-se cursos regulares; sendo periodicamente introduzidas novas etapas para o exercício da GQT. Desse modo, foi implementada a fase de Desenvolvimento do Ser Humano, sucedendo-se cursos, palestras, programas quinzenais de motivação, seminários, treinamentos, visitas técnicas, atividades de relaxamento e meditação, campanhas e eventos comemorativos (BAHIA, 2001).

Em 1997, enfatizou-se o Gerenciamento da Rotina, sendo introduzido á organização das UGQ's²⁴; as primeiras noções sobre negócio, produto, cliente, insumos, fornecedores, missão, visão e PDCA; e a premiação anual pela manutenção dos 5S. Foram

²⁴ Unidade Gerencial da Qualidade (UGQ) “É um conjunto orgânico formado por Missão, Negócio, Produtos, Clientes, Insumos, Fornecedores, Recursos e Equipamentos. Deve retratar a imagem real da organização. [...] pode ser a Empresa, Serviço, o Setor, enfim o local de trabalho”.(BAHIA, 1999 p.1).

desenvolvidos cursos sobre método de solução de problemas para as chefias, sendo formados grupos de estudo que viabilizassem a implementação do PDCA nos serviços (BAHIA, 2001).

Em 1998, deu-se continuidade aos treinamentos referentes ao Gerenciamento da Rotina, sendo focalizada a Padronização das atividades. Além das anteriores, foram realizadas as seguintes etapas: descrição do negócio e elaboração da missão e da visão das UGQ's; elaboração de impressos específicos para o Programa de GQT, tais como folha de avaliação dos 5S, POPs, plano de ação, diagrama de causa e efeito, plano de metas; pesquisa de satisfação dos clientes internos; e seminários introdutórios para residentes e estagiários (BAHIA, 2001).

Em 1999, através da Portaria nº 094/99, houve a fusão entre o NDRRH²⁵ e o Escritório da Qualidade, passando a denominar-se NDRH e QH, tendo duas enfermeiras na composição da equipe. Foram implantados os primeiros POPs em diversas UGQ's; realizaram-se vários treinamentos, campanhas, programas de motivação, eventos comemorativos, dentre outros (BAHIA, 2001).

Como no decorrer de cada ano o Programa foi ganhando novos adeptos, em 2000, muitos serviços já se encontravam sensibilizados para a qualidade e engajados no processo de mudança; conforme foi demonstrado na fala abaixo:

A linguagem da qualidade, no ano de 2000, por exemplo, eu posso falar isso pra você; já estava na boca das pessoas. Entendeu? As pessoas quando ouviam falar de qualidade já não ficavam mais espantadas, já participavam, já incorporavam. 'O que é que vem agora?' (BRILHANTE).

Neste período, novos métodos foram acrescentados; foi implantado o jornal semanal "HUPES em Pauta"; e deu-se início ao processo de preparação para a Acreditação Hospitalar pelo Ministério da Saúde. Desenvolveram-se palestras e auditorias internas com base no Manual de Acreditação, sendo os resultados apresentados em Seminário. A partir disso, foi dada ênfase ao nível I deste instrumento de avaliação da qualidade institucional (BAHIA, 2001).

Entretanto, apesar de todo o esforço despendido pelos facilitadores da Qualidade na implantação e implementação dos POPs, bem como na adequação dos serviços ao nível I da Acreditação, percebia-se que os resultados não estavam sendo satisfatórios devido à falta de estímulo das chefias. Estas observações estão intrínsecas na seguinte manifestação:

²⁵ Setor de Recursos Humanos do Hospital que tem a denominação de Núcleo de Desenvolvimento de Recursos e Respeito Humanos. (BAHIA, 2001)

Então era uma coisa que a gente via que tinha resultado, mas precisava que as lideranças efetivamente participassem. Porque o funcionário, se não tivesse uma liderança que motivasse a ele a ir procurar ali, botar na folha de verificação, a investigar a causa, ele não ia fazer isso. Então, aí isso, efetivamente eu achei que... faltou o estímulo das chefias pra aplicabilidade do PDCA. Então nós resolvemos fazer um treinamento com as lideranças. Por que? Porque a gente tinha aqui, é... muitos funcionários motivados, mas ainda tínhamos lideranças desmotivadas. Não tínhamos líderes, né (BRILHANTE).

Mezomo (1995, p. 216), abordando sobre o compromisso do staff administrativo com este programa, ressalta a necessidade da participação de todos os membros da organização no processo de educação e treinamento, para que os mesmos compreendam o processo da qualidade e aprendam “as funções que lhe cabem na sua implementação.”

Diante disso, buscando maior impacto no clima organizacional, as atenções voltaram-se para o modelo de cultura do comportamento, resultando no projeto “A arte de Liderar”, desenvolvido através de dez módulos que enfocavam teorias, discussões, reflexões e dinâmicas para as lideranças do Hospital, visando a mudança no comportamento desses líderes (BAHIA, 2001). Estes aspectos podem ser observados a seguir:

Então nós expusemos isso a uma turma de 42 líderes, né; e... e eu fiz o treinamento dessas 42 pessoas durante, é... 10 módulos, foram em 10 módulos, praticamente 03 meses. [...] Então desde, é... como participar de reunião, a questão do PDCA, o atendimento ao cliente, que eles mandavam o funcionário mas que eles não podiam participar, porque, achavam que não era necessário, não precisavam; então, a gente reforçou essa questão do atendimento ao cliente [...] pra que o conceito fosse o mesmo, tanto a linguagem também fosse a mesma deles pra, com os funcionários; é..... planejamento, é... o que mais? Não lembro aqui agora [...] (BRILHANTE).

Segundo relatos, o resultado do treinamento foi bastante positivo; pois, os chefes passaram a apresentar mais receptividade e envolvimento, viabilizando a maior integração dos serviços e conseqüentemente a motivação necessária para a continuidade do processo de mudança para a qualidade. Isto pode ser confirmado na seguinte manifestação de Brilhante:

Então também foi muito importante porque a participação deles foi muito boa, né; e... nós tivemos um resultado muito bom na questão da motivação pra continuidade disso, e a gente via os funcionários chegarem assim “pôxa, o meu chefe tá mudando [...] (BRILHANTE).

4.7 PROMOVEDO A DESCONTINUIDADE DO PROGRAMA A PARTIR DE MUDANÇAS NO STAFF ADMINISTRATIVO

Após esta etapa, deu-se prosseguimento à construção dos POPs, e pensava-se em editar e implementar 100% deles no Hospital. Porém, era período de campanha eleitoral para a próxima gestão; e cabe aqui salientar, o fato comum de um diretor constituir a nova equipe de administração de sua confiança; desencadeando retardo ou descontinuidade dos processos. Conforme regras gerais, a nova Diretoria permeou várias mudanças de chefias nos serviços do Hospital, desestruturando os grupos de líderes e facilitadores preparados para efetivar o modelo de qualidade. Houve a extinção do Escritório da Qualidade, e conseqüentemente da coordenação do Programa. Desde então, não mais se desenvolveu nenhuma atividade referente a GQT. Essas observações podem ser percebidas no seguinte depoimento:

Então foi um trabalho difícil, mas gratificante, porque a gente conseguiu fazer isso e ter um bom resultado. O que a gente ia partir, agora, era exatamente pro treinamento desses procedimentos, né; e na, na... na manutenção da avaliação da execução dos POPs. Mas aí, a gestão acabou, e quando acabou foi justamente com a conclusão dos procedimentos, da, a encadernação e tudo mais; e entrou uma outra gestão, né, entrou uma outra diretoria, [...] e de lá pra cá a gente não tem feito nada nesse sentido em função da diretoria, é... não acreditar, não sei se é essa a deles, é... não sei direito ainda como é que está funcionando (BRILHANTE).

Desde então, a cultura da qualidade vem caindo no esquecimento das pessoas, oportunizando o desenvolvimento de um retrocesso na rotinização das atividades diárias, descontrole total sobre os processos de trabalho, e acomodação ao modelo tradicional de gerenciamento; permeando o relacionamento impessoal, a desvalorização profissional, e conseqüentemente, o crescimento da não qualidade nos serviços.

Neste sentido, há que se considerar que a filosofia e o compromisso da alta administração é sem dúvida alguma, um princípio essencial ao desenvolvimento da GQT numa organização.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como núcleo central a análise da Gestão da Qualidade implementada no serviço de enfermagem de um hospital de ensino durante o período de 1995 a 2000. A partir de sua realização, foi possível constatar que a escassez de artigos sobre o tema tem obstaculizado maiores avanços nesse processo, permeando a implementação desse modelo de forma limitada.

O modelo de Gestão da Qualidade tem sido considerado a revolução do pensamento administrativo, destacando-se dos demais pela flexibilidade e descentralização. Seus princípios preconizam a prática da qualidade por todas as pessoas da empresa. Para muitos, este modelo contempla uma forma moderna de gerenciar, reconhecendo e valorizando a dignidade dos clientes internos/externos e preocupando-se com a sobrevivência da organização.

Todavia, a literatura indica que a simples adoção de seus princípios não significa o alcance da Gerência da Qualidade. O bom desenvolvimento deste programa requer mudanças de atitudes, valores e crenças, exigindo a participação e completa integração de todas as pessoas. Logo, espera-se que estas apreendam a filosofia da qualidade como um valor.

Nesse contexto, em se falando de Gestão da Qualidade, concordo com os autores que afirmam ser fundamental o desenvolvimento de proposta metodológica que atenda tanto às necessidades do serviço quanto às dos seus clientes internos e externos.

Cabe aqui ressaltar a importância de sua ampla divulgação entre todos os níveis hierárquicos, de modo que os objetivos da organização tornem-se claramente definidos entre todas as pessoas; viabilizando a cada indivíduo o alinhamento de suas necessidades aos objetivos organizacionais. Dessa forma, torna-se possível conquistar verdadeiros aliados em busca da melhoria contínua dos serviços.

Na realidade investigada, a GQT implantada em 1995 foi interrompida ao final de 2000 por decisão político-administrativa, que associada a outros fatores presentes desde o início da gestão promoveram o insucesso do programa. Além das evidências de envolvimento passivo e pouco comprometimento da alta e média-gerência, esta investigação revelou a ausência de uma estrutura adequada para a qualidade. A implantação do programa como meio de resolução dos problemas propiciou o desenvolvimento de um sistema centralizado,

determinando a precipitação de processos transitórios e conseqüentemente equívocos, desmotivações e fontes de resistência. Provavelmente a transferência das responsabilidades para o Escritório da Qualidade e a ausência de Núcleos Setoriais e Grupos de Melhoria da Qualidade tenham contribuído para estas fragilidades.

Ainda que este modelo preconize a integração de todas as pessoas da empresa, no âmbito desta investigação foi constatado que não houve participação dos servidores como sujeitos do processo de produção. Foram criados departamentos compostos por membros da diretoria para conduzir o desenvolvimento do programa. Ou seja, cabia a estes departamentos o levantamento dos problemas, a formulação de estratégias e estabelecimento dos padrões de avaliação, e principalmente a transmissão dos conceitos, métodos e metas de qualidade. Aspectos que o caracterizam como um modelo autoritário desenvolvido na alta gerência e disseminado entre os demais níveis da organização.

Outro aspecto a ser destacado foi a resistência a mudanças. Verifiquei que esta propiciou muitos conflitos e dificultou a implementação do programa de GQT no serviço, evidenciando a insuficiência de conhecimentos e habilidades para gerenciar tais conflitos, administrar as diversas fontes de resistência, sistematizar a comunicação e promover o maior envolvimento das pessoas. Neste sentido, ressalto a grande importância do esclarecimento dos objetivos e resultados pretendidos pelo serviço.

A partir do aprofundamento do conteúdo bibliográfico pude constatar que embora a Gestão da Qualidade enriqueça a visão organizacional, podendo ampliar a participação das pessoas nos aspectos relacionados aos seus processos de trabalho, tais mudanças têm se processado de modo restrito visando somente os interesses da organização. Na prática, esses modelos objetivam as mudanças comportamentais; enfatizando-se a gerência participativa para dar suporte ao programa. Desse modo, assemelha-se aos métodos Tayloristas, diferenciando-se destes pela distribuição da responsabilidade entre todas as pessoas; o que tem tornado seus princípios questionáveis (SAUPE, 1996).

Essa condução equivocada e ultrapassada tem favorecido o ressentimento e a desmotivação entre as pessoas, perpetuando a fragmentação da assistência prestada ao usuário e comprometendo a qualidade do serviço. Assim, permanece o quadro de profissionais cumpridores de tarefas, normas e rotinas de serviço, cada vez menos aptos a traçar novos horizontes e realizar um trabalho criador.

Ao analisar a experiência das unidades de internação do HUPES, verifiquei que mesmo sem um sistema de qualidade consistente, a implementação da GQT propiciou ganhos ao serviço. A preocupação com um ambiente favorável ao desenvolvimento do trabalho, ainda

que sob o ponto de vista estrutural, bem como o desejo de se retomar o desenvolvimento deste modelo de gestão, manifestado na fala de várias depoentes, demonstram o reconhecimento desses profissionais sobre a importância e a necessidade de modificações no serviço, evidenciando que os mesmos encontram-se sensibilizados e estimulados para a implementação de novas mudanças.

Nesse contexto, considerando que a descontinuidade de um processo de mudança propicia a situação de fracasso e prejudica futuros esforços de implantação, torna-se relevante a introdução de uma política de recursos humanos favorável ao desenvolvimento de um ambiente de trabalho capaz de promover o estabelecimento de um espírito de equipe e sensibilizar as pessoas para a busca de melhorias no serviço. Diante disso, torna-se fundamental ao serviço desenvolver programas de educação continuada que promovam a conscientização e integração de todo o grupo num processo de mudança e melhoria contínua.

Faz-se necessário também a reestruturação e implementação da proposta metodológica utilizada; de modo que esta propicie uma gerência descentralizada e participativa, capaz de garantir o envolvimento e compromisso de todos com a qualidade do serviço.

Com isto, espero que os resultados aqui apresentados possam subsidiar no serviço investigado outras propostas de mudanças que possam vir a contribuir com o retrocesso da crise que atinge a saúde pública, e que atenda as reais necessidades do usuário desse serviço. E por fim, desejo que a divulgação deste estudo favoreça novas reflexões sobre a Gestão da Qualidade em serviços de enfermagem, estimulando o aprofundamento de conhecimentos sobre os novos modelos de gestão.

REFERÊNCIAS

ABNT – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **Gestão da qualidade e elementos do sistema da qualidade – Diretrizes**. NB ISO – 9004, Rio de Janeiro: ABNT, Copyright, 1990, 18p.

AKERMAN, Marco. Gerência de qualidade nos hospitais paulistas. **Cadernos Fundap**; (19): 79-87, jan.-abr., 1996, 5f.

BAHIA. Universidade Federal da Bahia. Hospital Universitário Professor Edgar Santos. DE – Divisão de Enfermagem. **Livro de Ocorrências de Enfermagem**. Salvador, Ba: 1996, 200f.

BAHIA. Universidade Federal da Bahia. Hospital Universitário Professor Edgar Santos. **Relatório Anual da Gestão pela Qualidade Total**. Salvador, Ba: jan.1999, 11f.

BAHIA (Estado). Conselho Regional de Enfermagem. DECISÃO COREN – BA nº 07, de 2000. Normatiza a Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE – nas Instituições de Saúde no âmbito do Estado da Bahia. **Informativo COREN, Bahia**, Ano XIV – n. 29, p. 7, 2000.

BAHIA. Universidade Federal da Bahia. Hospital Universitário Professor Edgar Santos. **Relatório Anual da Gestão pela Qualidade Total**. Salvador, Ba: jan.2001, 15f.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Rio de Janeiro: Ed. 70, 1994, 225 p. Tradução de L'Analyse de Contenu.

BATISTA, Fábio Ferreira. Análise de Dois Programas Estaduais de Implantação da Gestão da Qualidade Total. PROQUALI e PQAP. Brasília, abril de 1998, 23 p. + anexos. Disponível na Internet: <http://www.ipea.gov.br/pub/td/td_555.pdf>. Acesso em: 9 de maio de 2002.

BERWICK, Donald M. **Melhorando a qualidade dos serviços médicos hospitalares e da saúde**; tradução José Carlos Barbosa dos Santos; revisão técnica Joaquim Emanuel Santini. São Paulo: Makron Books, 1994, 289 p.

BRASIL, Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 160, de 1993**. Aprova o Código de Ética dos profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **REFORSUS** – Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde. Disponível na Internet: <<http://www.reforsus.saude.gov.br>>. Acesso em: 9 jun. 2002.

BROCKA, Bruce. e BROCKA, M. Suzanne. **Gerenciamento da qualidade**. Tradução de Vadênio Ortiz de Sousa. São Paulo: Makron Books, 1994, 427 p. Tradução de Quality Management.

BROWN, Pam. **Personagens que mudaram o mundo: Os grandes humanistas**. FLORENCE NIGHTINGALE – A história de uma mulher corajosa que estabeleceu as bases da moderna enfermagem. Tradução de Ibraíma Dafonte Tavares. São Paulo: Editora Globo S.A., 1993, 64p.

CAMPOS, Vicente Falconi. **Gerenciamento da rotina do trabalho do dia-a-dia**. 1. ed, Belo Horizonte, MG: Fundação Christiano Ottoni, Escola de Engenharia da UFMG, Rio de Janeiro: Bloch, 1994a, 196p + anexos.

CAMPOS, Vicente Falconi. **TQC: Controle da Qualidade Total (no estilo japonês)**. 5. ed, Belo Horizonte, MG: Fundação Christiano Ottoni, Escola de Engenharia da UFMG, Rio de Janeiro: Bloch, 1994b, 229p.

CHIAVENATO, Idalberto. **Gerenciando Pessoas: o passo decisivo para a administração participativa**. São Paulo: Makron Books, 1992.

CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução à teoria geral da administração**. 4. ed, São Paulo: Makron Books, 1993.

CIANCIARULLO, Tâmara Iwanow. A avaliação do Sistema de Assistência de Enfermagem como base do desenvolvimento do conhecimento na Enfermagem. In: CIANCIARULLO, Tâmara Iwanow; GUALDA, Dulce Maria Rosa; MELLEIRO, Marta Maria; ANABUKI, Marina Hideko. **Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2001, p. 293-301.

COELHO NETO, Antero. **Planejamento Estratégico para a Melhoria da Qualidade**. Rio de Janeiro, Qualitymark, 1996, 137p.

CÔRREA, Valentino. **Serviços 5 Estrelas: uma introdução à qualidade nos serviços**. Rio de Janeiro, Qualitymark Ed., 1994, 129p.

COSTA, Tânia Maria. **Comprometimento da enfermeira com a organização hospitalar e com a carreira: um estudo de caso em uma organização hospitalar**. Salvador, UFBA: 1998, Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, 156p + anexos, p. 41-9: Capítulo II – Procedimentos metodológicos.

CROSBY, Philip. Os 14 passos da melhoria da qualidade não terminam nunca. **Folha de São Paulo**, Folha Management, São Pão Paulo, n. 17, 1995.

DANTAS, Tereza Cristina Costa. **A prática gerencial de enfermeiras em Unidades Básicas de Saúde**. Salvador, UFBA: 1999, 150p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia.

DEI SVALDI, Jaqueline Sallete; LUNARDI FILHO, Wilson Danilo. Gestão da Qualidade Total na Enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.9, n.2, pt.1, p. 238-250, mai./ago., 2000.

DEMING, W. Edwards. **Qualidade: a revolução da Administração**. Tradução por Clave Comunicações e Recursos Humanos, Rio de Janeiro. Marques Saraiva, 1990. Tradução de: Out of the crisis.

DONABEDIAN, Avedis. Some issue in evaluating the quality of nursing care. **Adm. J. Public Health**, 59(10): 1833-6, QQct, 1969.

DONABEDIAN, Avedis. **The definition of quality and approaches to its assessment**. Series: Explorations in quality assessment and monitoring. Michigan: Health Administration Press. Ann Arbor, 1980. v.1.

DONABEDIAN, Avedis. Evaluation de la calidad de la atencion medica. In OPAS, (White, K.L., editor principal). **Investigaciones sobre servicios de salud: una antología**. Washington, D.C.: OPS, 1992: p. 382-404 (Publicacion científica – 534).

FUNDAÇÃO CHRISTIANO OTTONI (FCO). **Gestão pela qualidade total em recursos humanos – casos reais / Fundação Christiano Ottoni – Belo Horizonte, MG: Escola de Engenharia da UFMG, 1996, 264p.**

GERDES, M. C.; ERDMANN, A L. Planejamento estratégico como um instrumento de gestão estratégica para a enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis: v.4, n.1, p.180-90, 1995.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3.ed, São Paulo: Atlas, 1996, 159 p.

GOMES, Elizabeth L. R. **Administração em enfermagem: constituição histórico-social do conhecimento**. São Paulo, 1990. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 1990.

ISHIKAWA, Kaoru. **Controle de Qualidade Total a maneira japonesa**. Tradução por Iliana Torres: Campos, Rio de Janeiro, 1993.

KURCGANT, Paulina. **Administração em enfermagem**. Coordenadora Paulina Kuregant. São Paulo: EPU, 1991.

JURAN, Joseph M. **Juran planejando para a Qualidade**. Tradução por João Mário Csillag e Cláudio Csillag, São Paulo: Livraria Pioneira, 1992. Tradução de: Juran on playnning for Quality.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. 2 ed, São Paulo, EPU, 1986, 99p.

LUNARDI FILHO, Wilson Danilo. **O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina**. Pelotas: Ed. Universitária/UFPel; Florianópolis: UFSC, 2000.

MARCONI, Marina de Andrade & LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 2 ed, São Paulo, 1990, 231 p.

MALIK, Ana Maria. Qualidade em serviços de saúde nos setores público e privado. **Cadernos Fundap**; São Paulo, (19): 7-24, jan.-abr., 1996.

MATOS SANTANA, Ricardo. **Planejamento Estratégico no Gerenciamento Clínico de Enfermagem**. Ilhéus, 2001. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia em convênio com a Universidade Estadual de Santa Cruz, 129p. + anexos.

MATUS, Carlos. **Entrevista com Matus: O método PES**. São Paulo: FUNDAP, 1995.

MENDES, Vera Lúcia Peixoto Santos. Gerenciando Qualidade em Serviços de Saúde. **Rev. Bras. Enfermagem**. Brasília, v. 46, n. 34, p. 211-25, jul./dez 1993.

MENDES, Vera Lúcia Peixoto Santos. **Gerenciando Qualidade em Serviços de Saúde**. Salvador, UFBA: 1994, Dissertação (Mestrado em Administração), Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia.

MEZOMO, João Catarin. A Garantia do Sucesso na Implementação de Iniciativas de Qualidade Total. **Revista Hospital Administração e Saúde**. São Paulo, v. 17, n. 4, p. 05-10, mar./abr., 1993.

MEZOMO, João Catarin. **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos**. São Paulo: J. C. Mezomo, 1995, 301p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 16ª ed, Rio de Janeiro: Vozes, 1994a, 80p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 3. ed. São Paulo – Rio de Janeiro, HUCITEC – ABRASCO, 1994b, 267p.

MOSCOVICI, Fela. Mudanças no grupo. Capítulo 12, p. 157-67. **Desenvolvimento interpessoal: treinamento em grupo**. 8ª ed. – Rio de Janeiro: José Olympio, 1998, 276p.

NICZ, Luiz Fernando, KARMAN, Jean-Marie. **A gestão da informação e da qualidade**. Capítulo XII, p. 219 – 235. In: CASTELAR, Rosa Maria et al. **Gestão Hospitalar: Um desafio para o hospital brasileiro**. 1. ed., Rio de Janeiro: Editions École Nationale de La Santa Publique, 1995.

OLIVEIRA, S. L. de. **Tratado de Metodologia Científica – Projetos de Pesquisa, TGI, TCC, Monografias, Dissertações e Teses**. Ed. Pioneira, 1ª edição. São Paulo: 1997.

PADILHA, Maria Mayra Coelho de Souza. A Qualidade Total como recurso para a Assistência de Enfermagem. **Revista Hospital Administração e Saúde**. São Paulo, v. 18, n. 5, p.275-79, set./out 1994.

PEREIRA, Álvaro. **Qualidade dos cuidados de enfermagem: Avaliação nos Hospitais Universitários Brasileiros**. Salvador: 1985, Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, 114p.

POLIT, Denise F., HUNGLER, Bernadete P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. Tradução de Regina Machado. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, 391p.

REIS, Eduardo J. F. B. dos; SANTOS, Fausto P. dos; CAMPOS, Francisco Eduardo de; ACÚRCIO, Francisco de Assis; LEITE, Marcelo T. T; LEITE, Maria Lea C; CHERCHIGLIA, Mariângela L; SANTOS, Max A dos. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**; 6(1): 50-61, jan-mar. 1990.

RIBEIRO, Haroldo. **5S: A Base para a Qualidade Total**. Salvador, BA: CASA DA QUALIDADE, 1994, 117p.

RICHARDSON, Roberto Jarry e col. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 2.ed, São Paulo: Atlas, 1989, 287 p.

ROESCH, Sylvia M. Azevedo; ANTUNES, Elaine Di Diego. **Gestão da Qualidade Total: Liderança “Top Down” versus Gerenciamento Participativo**. Porto Alegre, RS: Faculdade de Ciências Econômicas, Programa de Pós-Graduação em Administração, Série Documentos para Estudo 1994, 14p.

SANTOS, Maria Luiza Dias dos. **Avaliação da qualidade da assistência de enfermagem em hospitais gerais de Salvador**. Salvador, 1995. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, 180p. + anexos.

SANTOS, Maristela Pina dos. **Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção à saúde da criança sob a ótica do usuário**. Salvador: 1995, Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia.

SAUPE, Rosita. Incompetência e Qualidade Total. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.5, n.2, p.10-19, jul./dez. 1996.

SERVA, Maria de Fátima e Almeida Batista. **Gestão de qualidade: mudanças no trabalho de enfermeiras**. Salvador, 1999. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, 1999, 156p. + anexos.

SILVA, Vanda Elisa Felli da. Mudanças em Enfermagem. In: KURCGANT, Paulina (Coord.) **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991, 237p.

TAUBLIB, Davis. Abordagens históricas da qualidade. **Revista Hospital Administração e Saúde**. São Paulo, v. 18, n. 2, p. 90-91, mar./abr. 1994.

TELES, Maria José Santos. Qualidade da assistência de enfermagem ao paciente enfartado – avaliação através do prontuário. **Rev. RENE**. Fortaleza, v.1, p.98-105, jan./jul. 2000.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: A pesquisa qualitativa em educação**. 1 ed, São Paulo: Atlas, 1994, 173p.

URIBE RIVERA, Francisco Javier. **Por um contraponto teórico-metodológico entre o planejamento estratégico situacional (PES) e o controle da qualidade total (T.Q.C) na saúde pública.** Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1995, 47p. (Série Estudos em Saúde Coletiva n.110).

YAMARCHI, Nanci Itaomi; MUNHOZ, Cibele Helena Ferrero. **Conceitos Básicos para um Gerenciamento de Enfermagem baseado na filosofia da Qualidade Total.** R. Bras. Enferm., Brasília, v. 47, n. 1, p. 50-56, jan/mar. 1994.

ZANEI, Sueli Sueko Viski et all. Avaliação : Um instrumento Básico de Enfermagem, p. 111 – 135. In: CIANCIARULLO, Tâmara Iwanow. **Instrumentos básicos para o cuidar: Um desafio para a qualidade de assistência.** São Paulo: Atheneu, 1996.

APÊNDICE A – Solicitação de Autorização para Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ADMINISTRAÇÃO DE SERVIÇOS DE ENFERMAGEM
 Telefax (71) 332-4452 Fone (71) 245-8366 R: 354/355 E-mail: pgenf@ufba.br

Salvador, 12 de fevereiro de 2001.

Ilma Sr^a. Prof^a. Dr^a. Celeste Maria Hoecherl Ramos
 MD: Coordenadora da Divisão de Enfermagem
 Hospital Universitário Professor Edgard Santos

Senhora Coordenadora,

Pelo presente instrumento, venho solicitar a V.S^a. permissão para que a Enfermeira Gicélia de Lima Rêgo, aluna do Programa de Pós-Graduação do Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da UFBA, na Área de concentração em Administração de Serviços de Enfermagem, proceda a levantamento de dados para fins de elaboração de sua Dissertação de Mestrado intitulada “Gestão da Qualidade: Análise da implementação no serviço de enfermagem de um hospital de ensino” (em anexo).

A coleta de dados dar-se-á nos meses de maio a agosto do ano corrente, onde a pesquisadora deverá ter acesso a documentos dos serviços para proceder análise documental e estabelecer contatos com o pessoal de enfermagem para desenvolver observação sistemática das suas ações e realizar entrevistas com o uso de instrumento semi-estruturado.

Contando com vossa compreensão, desde já agradeço e subscrevo-me.

Atenciosamente,

Prof^a. Dr^a. Ângela Tamiko Sato Tahara
 Coordenadora do Programa de Pós-Graduação da EEUFBA

APÊNDICE B – Ofício ao Corpo de Juízes

Salvador, 22 de agosto de 2001.

Il.mo Senhora
MD Professora

Senhora Professora.

Em decorrência da coleta de dados do meu projeto de dissertação, intitulado “Gestão da Qualidade: análise da implementação no serviço de enfermagem de um hospital de ensino”, estamos encaminhando (em anexo) para análise de V. Sa. os instrumentos preliminares de investigação do referido projeto, que considere importante validá-lo através de opiniões de um grupo de juizes do qual seu nome foi lembrado. Solicito a V.S^a a valiosa atribuição de opiniões/sugestões com clareza, objetividade e diretividade, e/ou a confirmação das questões/ações com os princípios da Gestão da Qualidade. Minha intenção com essa estratégia foi a de assegurar maior confiabilidade e exequibilidade na aplicação dos instrumentos propostos.

Apresento em anexo uma tábua de correlação com *sete dos princípios da Gestão da Qualidade*, propostos nos referenciais de Berwick (1994) e Yamarchi; Munhoz (1994), de onde estabeleci o norteamento dos dois instrumentos de coleta de dados do meu Projeto de Dissertação.

Meu objetivo é descrever e analisar a(s) forma(s) de gerenciamento da qualidade no serviço de enfermagem das unidades de internação de um hospital de ensino da cidade de Salvador. Nesse sentido, estou propondo:

1. Questões que deverão constar no roteiro de entrevista junto aos profissionais e que investiguem como se deu a implementação da qualidade no referido serviço com base em tais princípios;
2. Itens que compõe o roteiro que norteará a consulta aos documentos da organização, e que deverão auxiliar a análise do processo de implementação da Gestão da Qualidade no serviço de enfermagem do hospital investigado por este estudo.

Desse modo rogo-lhe que considere a viabilidade de tais instrumentos e dê sugestões sobre a melhor forma de abordagem das questões e itens ali relacionados.

Certa de contar com a presteza na devolução de suas sugestões, antecipo meus sinceros agradecimentos.

Atenciosamente,

Gicélia Rêgo.

Mestranda

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
 ESCOLA DE ENFERMAGEM
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
 MESTRADO EM ENFERMAGEM
 ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ADMINISTRAÇÃO DE SERVIÇOS DE
 ENFERMAGEM
 Telefax (71) 332-4452 Fone (71) 245-8366 R: 354/355 E-mail: pgenf@ufba.br

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

NOME DO ENTREVISTADO.....
 SEXO: M() F() DATA DE NASCIMENTO...../...../..19.....
 ESCOLARIDADE..... PROFISSÃO.....
 TEMPO DE ATUAÇÃO..... TEMPO DE SERVIÇO NA INSTITUIÇÃO.....
 PÓS GRADUAÇÃO..... TEL.(..)CEL.....
 DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA:

TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA- **Gestão da Qualidade: Análise da
 implantação no serviço de enfermagem de
 um hospital de ensino.**

PESQUISADORA- Gicélia de Lima Rêgo

CARGO FUNÇÃO-Mestranda em Enfermagem na Administração de Serviços de
 Enfermagem do Programa de Pós-graduação da EEUFBA.

AVALIAÇÃO DE RISCO DA PESQUISA - Sem risco

DURAÇÃO DA PESQUISA: 04 meses

REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DA PESQUISADORA AO ENTREVISTADO SOBRE
 A PESQUISA:

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS DA PESQUISA:

Esta pesquisa qualitativa tem como objetivo, descrever e analisar a(s) forma(s) de implementação da qualidade no serviço de enfermagem das unidades de internação de um hospital de ensino da cidade de Salvador. Fazem parte do estudo, os diretores representantes das gestões anterior e atual, além de todos os profissionais de enfermagem direta ou

indiretamente responsáveis pela qualidade da assistência de enfermagem prestada nas unidades de internação do referido hospital, durante o período de 1995 a 2000. Acredito que o estudo poderá trazer contribuições à compreensão dos fundamentos deste tipo de gerência, viabilizando o desenvolvimento de novas estratégias que possibilitem a sua melhor aplicabilidade no serviço de saúde.

PROCEDIMENTOS QUE SÃO EXPERIMENTAIS:

Serão realizadas consultas aos documentos e entrevista semi-estruturada gravada junto aos diretores das gestões anterior e atual, e junto aos profissionais de enfermagem responsáveis pela qualidade do serviço de enfermagem.

DESCONFORTOS E RISCOS ESPERADOS: Nenhum.

BENEFÍCIOS QUE PODERÃO SER OBTIDOS:

A pesquisa contribuirá para o desenvolvimento de novas estratégias de implementação da assistência de enfermagem com vistas à qualidade.

ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUBTEXTO DA PESQUISA:

- Acesso a qualquer tempo às informações sobre procedimentos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.
- Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo.
- Salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.

INFORMAÇÕES:

NOME DA PESQUISADORA: Gicélia de Lima Rêgo ENDEREÇO: Rua Princesa Isabel nº 05, Itapuã

E-MAIL: Ggiginaw@hotmail.com FONE: 9926 - 1043

Gicélia de Lima Rêgo
Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Salvador, de 2001/2002.

Baseado (a) na Portaria 196/96 que regulamenta a pesquisa com seres humanos, eu _____ declaro que após convenientemente esclarecido (a) pela pesquisadora, e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar voluntariamente do presente Protocolo da Pesquisa, autorizando a utilização do conteúdo das minhas informações para fins científicos, desde que as informações confidenciais sejam respeitadas com sigilo absoluto.

Assinatura do (a) entrevistado (a)

APÊNDICE D – Tábua de Correlação dos Princípios que Direcionarão as Entrevistas junto aos Profissionais do Serviço

Hospital: _____

Unidade: _____ Enf^a/Aux. Enf: _____

Entrevistadora: _____

Data: _____ Início (h): _____ Término (h): _____

Princípio	Roteiro de Entrevista
1. A administração da qualidade emprega três atividades básicas: planejamento, controle e melhoria.	a) Fale um pouco do Programa da Qualidade implantado no serviço: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Plano operacional / Objetivos contemplados ▪ Facilidades e dificuldades. b) / Quais os resultados do Programa? Foram os resultados esperados?
2. A abordagem à Qualidade fundamenta-se no pensamento científico e estatístico.	c) Como se desenvolvia Qualidade na assistência de enfermagem? Quais eram as etapas desse processo? d) Como eram definidos os padrões/indicadores de qualidade do serviço de enfermagem?
3. O trabalho produtivo ocorre através de processos em que o trabalhador assume as funções de cliente, processador e fornecedor.	e) Você tinha conhecimento dos padrões operacionais existentes? Como você os utilizava? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnósticos ▪ Tratamento f) Qual era o nível desejado de desempenho da Qualidade? g) Que mecanismos eram utilizados para manter o controle e melhorar a qualidade dos processos?

Princípio	Roteiro de Entrevista
<p>4. A responsabilidade das pessoas pelo trabalho que realizam se torna possível a partir da compreensão da importância do sistema de produção.</p>	<p>(Analisar depoimento relacionado á letra g)</p> <p>h) Quem eram as pessoas consideradas responsáveis pela garantia da qualidade?</p> <p>i) Que alternativas eram utilizadas diante de queixas, atitudes de insatisfação e resultados indesejados? (Relacionado ao Programa e á assistência de enfermagem)</p> <p>j) Que pessoas eram responsabilizadas por falhas no resultado da assistência?</p> <p>k) Em algum momento você sentiu-se responsável por alguma insatisfação do paciente?</p> <p>l) Durante a execução do Programa da Qualidade, em sua unidade houve algum caso de reinternação; adiamento de exames, consultas ou outros procedimentos? Qual o motivo?</p>
<p>5. A compreensão da variabilidade do processo é a chave para melhorar a qualidade.</p>	<p>m) Conhecia-se a estabilidade dos processos?</p> <p>n) Que condutas eram adotadas diante de imprevistos, variações e mudanças?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Políticas ▪ Administrativas ▪ Sistema de atendimento ▪ Profissionais ▪ Com o paciente e/ou família
<p>6. Uma liderança comprometida é condição essencial para a implantação da filosofia da qualidade.</p>	<p>o) Como você se percebia como agente facilitador do processo?</p> <p>(Analisar depoimento relacionado á letra i)</p>
<p>7. O paciente é a linha base da organização.</p>	<p>p) Que expectativa o usuário tinha em relação ao seu trabalho?</p> <p>q) Com que freqüência as necessidades do paciente eram satisfeitas?</p> <p>r) Que ferramentas você utilizava para garantir a satisfação das necessidades do paciente e família?</p>

APÊNDICE E – Tábua de Correlação dos Princípios que Direcionarão a Consulta aos Documentos Técnicos da Organização

Hospital: _____

Unidade: _____ Enf^ª/Aux. Enf: _____

Entrevistadora: _____

Data: _____ Início (h): _____ Término (h): _____

Princípio	Roteiro para Consulta aos documentos técnicos
1. A administração da qualidade emprega três atividades básicas: planejamento, controle e melhoria.	a) Gestão pela Qualidade: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Programa da qualidade ▪ Plano diretor do hospital ▪ Plano operacional de enfermagem ▪ Mecanismos formais de controle e melhoria da qualidade.
2. A abordagem à Qualidade fundamenta-se no pensamento científico e estatístico.	b) Uso de princípio científico e estatístico para fundamentar os padrões de Qualidade (etapas da pesquisa científica): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Levantamento de dados ▪ Identificação de problemas ▪ Planejamento ▪ Avaliação ▪ Ação corretiva
3. O trabalho produtivo ocorre através de processos em que o trabalhador assume as funções de cliente, processador e fornecedor.	c) Principais processos estabelecidos <ul style="list-style-type: none"> ▪ Propedêuticos ▪ Terapêuticos d) Mecanismos formais de controle e melhoria de processos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Definição do nível desejado de desempenho da qualidade; ▪ Definição das etapas de avaliação e ações corretivas necessárias ao restabelecimento do controle da qualidade dos processos.

Princípio	Roteiro para Consulta aos documentos técnicos
4. A responsabilidade das pessoas pelo trabalho que realizam se torna possível a partir da compreensão da importância do sistema de produção.	e) Relatórios: <ul style="list-style-type: none"> ◆ que demonstrem responsabilidade do gerente, insatisfação, punição e proibição, sendo usados como argumentos da organização e da qualidade. ◆ Contendo queixas e cobranças; ◆ Contendo informações sobre reinternação e/ou adiamento de exames, consultas e outros procedimentos.
5. A compreensão da variabilidade do processo é a chave para melhorar a qualidade.	f) Mecanismos de controle da variabilidade dos processos (gráficos, diagramas, etc) g) Condutas adotadas diante de imprevistos, variações e mudanças: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Políticas ▪ Administrativas ▪ Sistema de atendimento ▪ Profissionais ▪ Com o paciente e/ou família
6. Uma liderança comprometida é condição essencial para a implantação da filosofia da qualidade.	
7. O paciente é a linha base da organização.	h) Existência de opinários, e atenção dada aos resultados obtidos. i) Mecanismos formais de garantia da satisfação das necessidades do paciente e família.

APÊNDICE F – Quadro 01

QUADRO 1	AGRUPAMENTO DAS RESPOSTAS
	ENFERMEIROS GERENTES
a) FALE UM POUCO DO PROGRAMA DA QUALIDADE IMPLANTADO NO SERVIÇO: PLANO OPERACIONAL, FACILIDADES E DIFICULDADES.	
Diamante	<p>O Programa quando começou, se implantou a partir de treinamento. E eu estava entre as vinte multiplicadoras, e na ocasião eu pertencia aos recursos humanos, na parte de treinamento do CEPEn. Estava trabalhando separado, mas a gente começou a trabalhar, só com as multiplicadoras. Então eu fiz parte dos treinamentos para ser multiplicadora. Aí eu... com toda aquela parte de 5S, sensibilização, PDCA. E eu só fui mesmo participar como multiplicadora quando eu estava na enfermagem e comecei a fazer as ações direcionadas para a Divisão de Enfermagem. E a gente pensou em fazer avaliação, auto-avaliação da assistência de enfermagem, identificando tudo, avaliação feita pelo cliente exclusivamente na área da enfermagem; porque no hospital tinha aquela geral, não tinha uma exclusivamente de enfermagem; mas começamos a aplicar só em três enfermarias: Na 3C, 4B e na 2B. E no final os questionários ficaram somente na 3C. Já no meado de janeiro deste ano a gente retirou isso daí; parou tudo. Com a chegada da nova Diretoria, porque, também falavam que a gente estava com dualidade no serviço; um questionário geral e outro específico. É que a gente não concordava com muitos quesitos do geral porque a gente... em não perguntar tudo que a gente queria ao paciente sobre a assistência. E aí a gente começou a pensar também em auditoria do cuidado; pra fazer avaliação e o controle, né, da assistência. Da UTI também morreu com a chegada..., a chegada da... da nova Diretoria; também houve muita mudança de chefia; e a chefia que assumiu logo não... não tinha pessoal também. Havia muita... muita entrada e saída também de enfermeiro. Com o contrato da FAPEX enfermeiro passa aqui 06 meses; quando recebe um contrato de uma Instituição melhor, sai né. Nós perdemos duas chefias de unidade e aí já torna-se difícil você implantar sistematização. Treina um, daqui a pouco sai, e, com os estudantes também presentes precisa demais que o enfermeiro saiba pra passar aquilo pra eles.</p>
Topázio	<p>Olhe, quando eu cheguei no hospital já havia ocorrido os “5S”, né; que foi o que iniciou, né. “5S” pelas unidades, fazendo aquela limpeza, tirando os excessos, tentando fazer uma... faxina geral; de documenta... de impressos, mobiliários velhos. Quando eu cheguei já tava na parte mais avançada, já tava no treinamento, já foi feito, já peguei, na época quando eu cheguei como chefe de unidade foi feito curso, né; que as unidades eram chamadas de UGQ’s²⁶. Foi feito curso de qualidade, pra gente, os coordenadores de unidades; passar para os auxiliares; e alguns auxiliares também foi feito; depois foi curso pros funcionários, treinamento das UGQ’s, e a gente ficava fazendo a... a visão, a missão das unidades, tinha reunião com os próprios membros das unidades, todo a equipe multidisciplinar a gente tentava fazer; pelo menos na minha unidade que eu tava era assim, nas outras eu não sei se, creio que era a mesma coisa; se tentando obter aí, se traçava as metas pra tentar chegar, né; a dificuldade era porque nem todas as unidades, quando chegava a reunião pras coordenadores das unidades levarem, o que foi projetado fazer, sempre tinha alguém que não fazia, aquela dificuldade da falta de tempo, né; de quem... fazer, o impresso às vezes se levava no rascunho, né; aquelas dificuldades que sempre encontra, principalmente em instituição pública pela falta do material. Mas na medida do possível ficava todo mundo também naquela concorrência de querer manter a unidade arrumada, querer... que tinham os... tipo fiscais, né; que iam nas unidades pra</p>

²⁶ UGQ’s - Unidades Gerenciais da Qualidade, eram as unidades de internação e as unidades administrativas do hospital. Cada setor era uma UGQ (TOPÁZIO).

APÊNDICE F – Quadro 01

	<p>ver qual era a unidade que ganharia prêmio por estar arrumada. Agora uma dificuldade maior de se manter também a unidade arrumada é que não depende só, por ser um hospital escola... tem muito estudante; e às vezes os estudantes, eles não tão, é... conscientizado dessa coisa, e tem aquela história: pega uma coisa, os estagiários, os estudantes, pegam e não botam no lugar. Então muitas vezes as unidades acabavam ficando sendo prejudicadas, não pelos elementos da unidade; mas sim pelos estudantes, pelos internos; mesmo a gente chegando, fazendo reunião, explicando tudo; mas há aquela... pouco... dizer assim eu não sou daqui, pra mim tanto faz, né; fazer, como não fazer; de tirar, prontuário, desarrumar... tira uma coisa, não bota no lugar; pega um tensiômetro, deixa o tensiômetro em qualquer lugar. Aí, desgasta um pouquinho que às vezes as pessoas ficam até querendo fazer, mas deixam de fazer determinadas coisas porque ficam cansadas de ter que fazer pelos outros, né. Eu acho que pra dar mais certo tinha que ser uma coisa mais participativa, principalmente quem está vindo de fora pra se interar no nosso meio, estar sabendo do que está ocorrendo no nosso meio. Eu acho que já devia partir dos supervisores, das pessoas que trazem esses elementos de fora, saber o que é que tá acontecendo dentro do hospital, pra tentar colaborar; e o que eu percebia é que não tinha essa colaboração do pessoal que vinha de fora; e aí dificultava um pouco. [...] Uma das maiores facilidades foi o apoio que você tinha da... no caso da... Qualidade Total, do grupo da Qualidade Total; que hoje em dia se incorporou aos Recursos Humanos, né; principalmente a de Brilhante que era quem coordenava. O que você precisasse ela sempre tava ali pra te ajudar numa idéia, de criar alguma coisa; se o funcionário falava pra gente uma idéia de alguma coisa, a gente falava pra ela, ela... dava aquela.. vol... retorno né; tava sempre participando muito com as unidades, interagindo com as UGQ's. E isso facilitou muito, isso estimulava, aquelas coisas, as atividades que ela promovia, estimulava, o... o grupo, né, a continuar; porque se não houver estímulo você começa, corre, corre, e pára né, no meio do caminho. Mas ela não; ela fazia com que estimulasse, e o estímulo era muito grande pra que continuasse.</p>
--	---

b) QUAIS OS RESULTADOS DO PROGRAMA? FORAM OS RESULTADOS ESPERADOS?	
Diamante	<p>Olhe, alguns. Alguns a gente conseguia. Nós estabelecemos assim a meta de 100%, mas nós nunca alcançamos 100%. E algumas vezes aqui nós não chegamos nem a passar para a... da fase de planejamento. Execução mesmo a gente só vai começar agora nesse segundo tempo. Na parte mesmo, a sistematização. Nós fizemos um planejamento com nova estrutura da sistematização da assistência; é... implantamos um modelo como piloto, como teste piloto. Então o pessoal estava assim na resistência, e o resultado foi... foi o pior possível. Porque elas estavam achando que a dificuldade era na operacionalização. E nós fizemos uma oficina de trabalho; com duas... duas vezes a oficina de trabalho, e a frequência não demonstrava interesse que eles demonstraram no início do curso. Parecia mais que era a maior barreira; mas na hora que a gente chamou pra discutir todos os itens da sistematização, o número que apareceu mesmo de pessoas pra discutir foi mínimo; foi mais estudante do que as próprias pessoas que estavam reclamando. Então nós estamos passando tudo de novo, com o auxílio da professora fulana, de beltrano, professora cicrana chegando, e eu insistindo, né. Da supervisão a gente parou também; em meados de janeiro pra março. Nós chegamos até a fazer o levantamento de resultados. Mas só um lado; só uma coordenadora estava fazendo o lado cirúrgico. A outra, como não aprovava o... o processo, não chegou a cumprir nenhum preenchimento do modelo de sistematização, de supervisão sistematizada.</p>

APÊNDICE F – Quadro 01

Topázio	<p>Alguns, né. Alguns ficaram muito a... a desejar porque... você às vezes mesmo, no caso: Você tinha uma reunião pra ir, mas às vezes você não tinha tempo de descer praquela reunião, e o fato de você não ir pra reunião, já implicava que você ia deixar de fazer alguma coisa de sua meta, que aquela reunião era pra dar alguma orientação, né. Que a gente tem que ir no horário de serviço, fazer, né. Às vezes, que... quando era curso e tudo que era em outro horário, que a gente tinha autorização, que a gente tem outro compromisso, lá fora, também, né. Então às vezes a gente tinha que... quando era um curso, uma coisa, não; em outro horário, fora do horário do serviço; mas, às vezes a gente... era um dia, a gente que tá na unidade... porque, o pessoal que tá na parte administrativa nem tanto, mas a gente que lida direto com o paciente, às vezes ta na hora da reunião, tava programado, você sabia, você se adiantou; mas de repente o paciente agrava, você não vai abandonar a unidade com paciente grave pra descer pra uma reunião, né; e isso tudo implicava nas faltas e às vezes até deixar de cumprir algumas, é... metas estabelecidas pelo próprio grupão, né; das UGQ's. Então teria que preparar não só... porque pra ter facilidades tem que ter menos dificuldades, né. Então tinha que ser os horários mais convenientes, né, pras reuniões, né; a conscientização, tentar abranger mais, que, a meta foi quase alcançada de... do curso pra os, a maioria dos profissionais do hospital tomou o curso de qualidade, né; de atendimento ao cliente, e tudo. Então a principal dificuldade era a disponibilidade de horário. o esperado não chegou a 100%; mas, um grande percentual a gente alcançou que eu não me lembro agora a porcenta... a percentagem. Porque isso tudo foi feito, tudo foi notificado. Feito trabalho em forma de gráfico, pra gente apresentar no seminário, e tudo.</p>
---------	--

c) COMO SE DESENVOLVIA QUALIDADE NO SERVIÇO DE ENFERMAGEM?	
Diamante	<p>Cada enfermeira chefe de unidade era coordenadora de serviço. E existia barreiras extremas de enfermeira que não queria essa tal de Qualidade Total. Muitas não, não... eram contra. Falavam que Qualidade Total era pra prender papel na parede; não se inseriam no contexto; e nunca gostavam dessa parte, essa palavra avaliação ou auto-avaliação. Mas de tarde tinha uma enfermeira que era da supervisão. E antes era fulana. Ela fazia tudo nos conforme e tudo. Tinha formulário pra preencher, tinha que ser avaliado quantitativamente o impresso e ela fazia, mas era uma das pessoas também que não eram a favor desses conceitos, de nada escrito; tudo informal. Tinham duas coordenadoras pra fazer isso, e... a gente encontrou todas essas barreiras que eu estou te falando. Eu me lembro que quando a SAI começou aqui, quando eu entrei aqui em 1975 já tinham dez anos que existia sistematização. Mas eram as mesmas barreiras que atualmente a gente ainda encontra. Enfermeiras que não gostavam de escrever, e era tudo escrito; não tinha negócio de check-list não. Era uma barreira! Isso rola. Pedaco de papel pendurado na... nos quadros de ocorrência das enfermarias. Naquele tempo não tinha computador, não tinha quem digitasse... eu sei que ficaram dez anos parados, engavetados na Divisão de Enfermagem. Aí ele retornou. E agora nesses dois anos a gente está tentando, colocar com base teórica no diagnóstico da NANDA. Passaram dez anos parados aqui. Quem ressuscitou ele foi fulana já no final da gestão dela, e eu estava na Educação Continuada e ficava todo dia: Vamos! Vamos! Já estamos na era dos computadores. E cadê a sistematização? Saiu com impresso e tudo, que esse que eu estou dizendo aqui que elas também abandonaram e não deram satisfação. O pessoal da tarde fazia, o da manhã não fazia.</p>

APÊNDICE F – Quadro 01

Topázio	É como eu disse a você, já peguei... Eu sei que a primeira etapa foi justamente os “5S”. Depois dos “5S”, foi... é... essa conscientização da qualidade, e foi feita a... acompanhamento das UG... Foi dividido os setores em UGQ’s ²⁷ , né. Foram dados cursos para os gerentes das UGQ’s, os coordenadores das unidades e dos serviços; depois foi dado curso para os elementos de cada setor. E, mensalmente saía o percentual no mural, de qual o setor que estava com mais funcionários participando dos cursos.
---------	--

d) COMO ERAM DEFINIDOS OS INDICADORES DE QUALIDADE DO SERVIÇO?	
Diamante	Nós até hoje, nós não sabemos oficialmente os nossos indicadores de qualidade. A gente sabe que a gente faz alguma coisa; através da pesquisa da colega aqui, a gente disse: Olha! A gente até que tem os indicadores, só que a gente não tinha noção, não é, daqueles indicadores, que seriam os indicadores do Hospital. Agora com o levantamento dos dados pela supervisão e pela auditoria, a gente vai ter oficialmente, né. Até então a gente só tem alguns dados muitos conhecidos que eram os dados da infecção hospitalar. Controle da infecção hospitalar, rotatividade do leito a gente não sabe, óbito, nada disso; a gente fez o controle na enfermagem.
Topázio	Tinham, além das UGQ’s e de nós; os que eram coordenadores das unidades que eram elementos representantes. Foram eleitos três representantes. No caso, principalmente nas unidades de enfermagem, um de cada turno, de preferência quando podia. Quando não podia, eram três auxiliares no caso das unidades. E nos outros setores também, que representavam. E se tinha uma reunião com eles. O que eu sei do padrão de... dos índices de qualidade, é que tinha tipo um gráfico marcando pra você botar com relação a se estava bom, se estava ruim, se estava ótimo. Associado também eles usavam acho que o controle de infecção hospitalar. Eu sei que o controle de infecção era outro índice que eles usavam. E nas unidades tinham uma tabelinha, um gráfico de tabela com as cores. Aí, a pessoa ia colocando de acordo... não lembro bem se era diariamente, semanalmente ou mensalmente; como é que estava andando com relação à limpeza, ordem, essas coisas. Então tinham as cores pra você dizer. Foi tentado também implementar pelas coordenadoras de enfermagem; que visitavam as unidades também com um tipo de papel que hoje está sendo implementado também no geral; pras chefes de unidade terem um mapa dizendo: com relação à punção, com relação à suspensão de exames, com relação à assistência, estado higiênico, essas coisas.

²⁷ UGQ’s - Unidades Gerenciais da Qualidade, eram as unidades de internação e as unidades administrativas do hospital. Cada setor era uma UGQ (TOPÁZIO).

APÊNDICE F – Quadro 01

e) VOCÊ TINHA CONHECIMENTO DOS PADRÕES OPERACIONAIS EXISTENTES? COMO OS UTILIZAVA?	
Diamante	<p>Nós levamos esses dois anos, é... na parte de planejamento, roteiros, e na parte também do treinamento dos auditores, né. Agora nesses dois anos que a gente está tentando, colocar a sistematização com base teórica no diagnóstico da NANDA. Passaram dez anos parados aqui. Quem ressuscitou ele foi fulana já no final da gestão dela, e eu estava na Educação Continuada e ficava todo dia: Vamos! Vamos! Já estamos na era dos computadores. E cadê a sistematização? Saiu com impresso e tudo, que esse que eu estou dizendo aqui que elas também abandonaram e não deram satisfação. O pessoal da tarde fazia, o da manhã não fazia [...].Execução mesmo a gente só vai começar agora nesse segundo tempo. Na parte mesmo, a sistematização. Nós fizemos um planejamento com nova estrutura da sistematização da assistência; é... implantamos um modelo como piloto, como teste piloto. Então o pessoal estava assim na resistência, e o resultado foi... foi o pior possível. Porque elas estavam achando que a dificuldade era na operacionalização. E nós fizemos uma oficina de trabalho; com duas... duas vezes a oficina de trabalho, e a frequência não demonstrava interesse que eles demonstraram no início do curso. Parecia mais que era a maior barreira; mas na hora que a gente chamou pra discutir todos os itens da sistematização, o número que apareceu mesmo de pessoas pra discutir foi mínimo; foi mais estudante do que as próprias pessoas que estavam reclamando. Aí nós paramos tudo, e estamos com o auxílio da Escola de Enfermagem; reestruturamos o histórico, que a gente quer baseado na NANDA, e, pra isso a gente sentia necessidade de primeiro treinar esse pessoal. Nossas enfermeiras desconhecem a sistematização através da NANDA, então nós vamos fazer trabalho de formiguinha. Enfermeiro – enfermeiro, treinando diagnóstico de enfermagem da NANDA e o histórico baseado nos padrões da resposta humana, pra aí a gente implantar um modelo novo. Quer dizer: Recomeçando, né; porque não houve aceitação de início, talvez a falha muito grande é porque a gente não tinha descoberto que eles tinham desconhecimento da NANDA, porque não era isso que eles falavam, né. Diziam que eles entendiam perfeitamente. E a gente pensava que a barreira era na operacionalização. E na verdade não era nem isso. A barreira era falta de conhecimento deles também; e a gente quer implantar depois de treinar cada um dos conceitos, conhecendo cada parte do processo. Houve uma pressa da minha parte que eu queria agilizar, achando que eles tinham uma bagagem relativa a isso; a... ao processo baseado no diagnóstico da NANDA.</p>
Topázio	<p>Têm os padrões, sabe? De acesso, problemas de acesso, problemas de curativo. Uma nova sistematização da assistência que estamos tentando resgatar, mas naquela época eram as coordenadoras que vinham fiscalizando, né. E aí, chamava a chefe pra ver, questionar, por que estava aquilo; e dava o prazo pra tentar melhorar; se fosse falha de balanço hídrico, chamava, tentava reunião com as auxiliares pra ver; e ver se precisava treinamento em alguma coisa. Foi feito também na época... A enfermagem começou a fazer, em algumas unidades piloto, é... visita de enfermagem, com a equipe de enfermagem, especificamente né. Auxiliares, enfermeira da unidade, fazendo questionamento sobre diagnóstico, assistência que estava dada; os cuidados passaram a ser também, nessas unidades piloto, assistência integral; e... dando prioridade pra o paciente ser atendido pelo mesmo auxiliar o mais tempo possível; pra esse auxiliar desenvolver o curativo, ver a evolução do curativo, e tudo. E foi uma grati... foi uma coisa válida! Mas depois com mudança de... de mandato e tudo; problema de saúde que o coordenador teve... se parou e até hoje não se retornou. Estamos tentando ver se conseguimos retornar essa parte da visita; agora a parte de padrão de qualidade escrito já batemos. O relatório de enfermagem também já mudou!</p>

APÊNDICE F – Quadro 01

f) QUAL ERA O NÍVEL DESEJADO DE DESEMPENHO DA QUALIDADE?	
Diamante	Não há uma conscientização muito positiva em relação à qualidade. E aí agora estão acordando que a gente precisa disso; e a gente está sempre falando que a gente tem que cobrar o que se faz, controlar, acompanhar. Como é que você coloca um processo e não acompanha a evolução, não faz avaliação?
Topázio	É um pouco difícil, né. Porque... você... Apesar de que a unidade que eu estava era uma unidade boa, participativa; mas tem sempre aqueles... “espírito de porco” como a gente chama, né. Por mais que você tente conscientizar, acham que a gente está querendo fazer demaaais! Há um grupo que segue, e sempre há àquelas “ovelhas desgarradas”, duas, três; que ficam tentando contaminar o grupo achando que não é certo. Às vezes até se agrupam no lado do bem tentando fazer as coisas, e às vezes ficam desgarradas mesmo e a gente não consegue. Mas, a maioria... participava.

g) QUE MECANISMOS ERAM UTILIZADOS PARA MANTER O CONTROLE E MELHORAR A QUALIDADE DOS PROCESSOS?	
Diamante	Tentamos fazer controle da assistência com um roteiro sistematizado. Mas era feito só nas unidades da UTI e do SAI. Mas só um lado; só uma coordenadora estava fazendo o lado cirúrgico. A outra, como não aprovava o... o processo, não chegou a cumprir nenhum preenchimento do modelo de sistematização, de supervisão sistematizada. E auditoria nós já estamos começando, vamos começar... quer dizer, não atingimos, ficamos sempre na fase de elaboração do teste, e retornamos, reestruturamos. Vamos começar agora, os três de vez, né. Supervi... a SAE ²⁸ , a supervisão, supervisão tá pronto, é... a gente também teve um déficit de pessoal de coordenadores, né; a gente não tinha coordenadores pra fazer supervisão do jeito que a gente queria, sistematizada. Fazia assim uma supervisão informal, mas não com dados de estudo, né.
Topázio	R: Quando a gente detectava falhas, no caso: identificação, da punção; a gente fez reuniões e foi feita a conscientização, né. Se a punção tivesse sem... sem identificar, a gente perguntava ao paciente, né; mas se não tivesse a gente solicitava para o auxiliar que trocasse a punção e identificasse a punção naquele momento. Se tivesse o equipo... e... não tivesse identificado a data que foi colocado, quando fosse trocar a medicação se colocava um equipo novo, identificava; e foi aos pouquinhos conscientizando e conseguiu dar bom resultado na época. Mas depois, se você não fica... persistindo, estimulando... cai de novo, né. Identificação de O ₂ , né; aquelas coisas básicas. Aí, no início você... fica uma coisa chata, né. Todo mundo acha chato, mas depois se acostuma com aquilo.

²⁸ SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem

APÊNDICE F – Quadro 01

h) QUEM ERAM AS PESSOAS CONSIDERADAS RESPONSÁVEIS PELA GARANTIA DA QUALIDADE?

Diamante	Todo mundo, né.
Topázio	Eram todos os coordenadores das UGQ's, né. Porque no caso da gente de enfermagem, unidade de enfermagem... se voltava muito com relação a assistência de enfermagem, né. Mas nas outras UGQ's que não tinham unidade administrativa já era de outra forma que eram avaliadas. Então, nas unidades quem eram: Eram os auxiliares que estavam no grupo dos... dos... vestindo a camisa; os grupos, é... tinha um nome que agora eu me esqueci. Que estavam vestindo a camisa, né. Que eram representantes da unidade junto com a enfermeira. Esses três elementos, mais a enfermeira, mais os coordenadores das unidades. Coordenadores quando eu falo são os nossos... supervisores ²⁹ do... do... da coordenadora da unidade, né; pra detectar a falha e tentar reverter. E como teve essa... eu participava da unidade piloto, e nós tivemos um bom resultado porque era unidade piloto. Então... muita gente ia pra ver como é que estava, perguntavam as auxiliares se estavam gostando do cuidado integral; porque aqui antigamente era uma na medicação e outra nos cuidados. E a gente viu bons resultados; tanto que a maioria das unidades hoje aqui são... acho que só uma ainda que não tem... sem ser cuidado integral.

i) QUE ALTERNATIVAS ERAM UTILIZADAS DIANTE DE QUEIXAS, ATITUDES DE INSATISFAÇÃO E RESULTADOS INDESEJADOS?

Topázio	As queixas eram tão... não é... na verdade nesses questionamentos eram pouquíssimas queixas!... Que eu me lembre não teve queixa com relação ao atendimento de enfermagem. A queixa maior foi com relação a exames, né; a parte de exame; e a queixa maior que existia mesmo era com relação à rouparia e... nutrição. Que era um problema na época, né. Falta de lençol, os lençóis em péssimo estado, né; e a nutrição com relação à comida que era a queixa maior que eles tinham. Com relação à enfermagem, na época que eu estava não teve queixas, assim. Aí, eu não posso nem dizer a você como é que... ia seguir, porque não teve queixas... Apesar da gente saber que existe falhas, né! Que existiam falhas. Mas as queixas não chegavam. A gente detectava as falhas através desses... da visita das coordenadoras, né. Falhas como falta de identificação de punção, essas coisas assim; eram identificadas através disso, da visita, né. Troca de equipo... essas coisas mínimas, mas que acontecem, né; às vezes passar da data.
---------	---

J) QUE PESSOAS ERAM RESPONSABILIZADAS POR FALHAS NO RESULTADO DA ASSISTÊNCIA?

Topázio	Todo o grupo, né. Mesmo que você soubesse até quem estava falhando, mas... mas não podia ser responsabilidade só daquela pessoa. Ela fazia parte de um grupo, de uma UGQ. Então a falha... todo mundo estava responsável.
---------	---

k) EM ALGUM MOMENTO VOCÊ SENTIU-SE RESPONSÁVEL POR ALGUMA INSATISFAÇÃO DO USUÁRIO?

Topázio	Responsável como única responsável, não; porque a gente estava trabalhando em grupo, né. Mas dá a i...ao... quando alcança... queria alcançar a meta, e tudo; manter organizado, você às vezes se... não é que você se sinta culpada, mas se sente frustrada porque você não está conseguindo o que você estava desejando, né.
---------	--

²⁹ Topázio se refere aos dois supervisores de área que respondiam administrativamente pelas alas A e B.

APÊNDICE F – Quadro 01

l) DURANTE A EXECUÇÃO DO PROGRAMA DA QUALIDADE, EM SUA UNIDADE HOUVE ALGUM CASO DE REINTERNAÇÃO; ADIAMENTO DE EXAMES, CONSULTAS OU OUTROS PROCEDIMENTOS? QUAL O MOTIVO?

Topázio	Houve! Lá é uma reincidência muito grande de internação, porque lá tem cardiologia também; e clínica médica os pacientes são muitos reincidentes, são meio crônicos, né. Quanto à infecção não, não. Porque lá não é unidade cirúrgica; as infecções são mais infecções comunitárias, né
---------	--

m) CONHECIA-SE A ESTABILIDADE DOS PROCESSOS?

Topázio	Nós sabíamos que estávamos alcançando qualidade de acordo com a avaliação dos supervisores e do paciente. Agora quanto ao padrão específico para cada ação... isso não chegou a ser definido.
---------	---

n) QUE EXPECTATIVA O USUÁRIO TINHA EM RELAÇÃO AO SEU TRABALHO?

Topázio	Olhe, com relação a esses questionários que eram a única coisa que a gente tinha como ver... foi muito gratificante assim, porque às vezes a gente... recebia coisa, e... e como estimulação, a gente recebia cartinha. Quando o paciente especificava o nome, dos funcionários e tudo; aí a gente recebia, parabenizando, né; um elogio pela Divisão de Enfermagem. Então isso era muito gratificante, quando você vê, né; o paciente reconhecer o seu trabalho.
---------	---

o) COM QUE FREQUÊNCIA AS NECESSIDADES DO USUÁRIO ERAM SATISFEITAS?

Topázio	Na medida do possível! Na medida em que ele... é... referia alguma necessidade, quando não era uma coisa que fosse vista, a necessidade afetada; quando alguma queixa vinha à tona, dele; se tentava na medida do possível... dentro das condições às nossas mãos, fazer. Como eu acabei de dizer: A maior queixa do paciente, até hoje, continua sendo esses problemas de nutrição, que independe da gente. Comida fria, demora; o atraso por causa do elevador; a dieta que já está liberada, a nutrição foi avisada e não... coloca no mapa; como você viu ali... na outra unidade que você estava comigo. Eram os problemas maiores, assim. Então, que às vezes foge da nossa ossada, né.
---------	---

p) QUE FERRAMENTAS VOCÊ UTILIZAVA PARA GARANTIR A SATISFAÇÃO DAS NECESSIDADES DO USUÁRIO E FAMÍLIA (OPINÁRIOS)?

Topázio	Foi feito durante o período questionários, pra os pacientes conveniados e os pacientes também de um modo geral do hospital. Para eles responderem, dizendo a qualidade da assistência integral, não só relacionada com a enfermagem; de todos. Aí, isso daí também era mandado, encaminhado pra ver; para as UGQ's tirar o levantamento.
---------	--

APÊNDICE F – Quadro 01

q) COMO ERAM DIVULGADOS OS CURSOS E TREINAMENTOS?	
Topázio	Vinha um aviso, comunicado pra ser afixado no mural da unidade. Aí avi... e também a ocorrência. A gente avisava o tempo de inscrição, quantas vagas tinham para os cursos, e tudo; o horário da palestra. Pra poder a gente também liberar, fazer uma escala de plantão nesse dia pra os auxiliares, né. Pra poder dar provi... E dava horas em haver como estímulo pra eles participarem do treinamento.

r) QUE MECANISMOS ERAM UTILIZADOS PARA IDENTIFICAR OS FUNCIONÁRIOS QUE NÃO HAVIAM SIDO TREINADOS?	
Topázio	Lá nos Recursos... no Controle da Qualidade, de cada unidade tinha o nome dos funcionários que já tinham participado. Então eles comunicavam, e a gente ficava incentivando; tentando ver que muitos não participaram não foi porque não quiserem, foi por causa de... devido ao fato de trabalharem em outras instituições com horário, né. Mas, na medida do possível foi um grande... acho que atingiram mais de 70% na época. Ficou faltando pouquíssimas pessoas. Outros porque estavam de licença, né.

APÊNDICE F – Quadro 02

QUADRO 2	AGRUPAMENTO DAS RESPOSTAS
	ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS
a) FALE UM POUCO DO PROGRAMA DA QUALIDADE IMPLANTADO NO SERVIÇO: PLANO OPERACIONAL, FACILIDADES E DIFICULDADES.	
Esmeralda	<p>Olha, quando eu vim pra aqui para o hospital, há três anos, ele já estava sendo implantado. Então eu peguei praticamente assim.... já o início do processo... início não, meado do processo, né. E aí houve uma palestra que foi feita na sala A, sobre o programa de qualidade, né; em que uma enfermeira; eu não lembro realmente o nome dela. Ela disse que estava desenvolvendo todo o programa de qualidade, e aí explicou pra gente, o que..., algumas coisas. O que era que, era... existia os “5 S”, né, que era... as partes de organização, a limpeza, deixar na enfermaria somente o que é necessário, e o que não é necessário jogar fora. Então, tudo isso tava sendo praticamente implantado naquela época. Aí, em algumas enfermarias tava sendo feita, aqui na 4B mesmo tava sendo feita, junto com a enfermeira... principalmente uma enfermeira que tava pela manhã que era a enfermeira fulana, e algumas auxiliares que se dispuseram a fazer o programa de qualidade. Quanto á facilidades eu acho que... foi até na época estava sendo explicado assim como, com as palestras, até as meninas foram para algumas delas, e a gente vê que melhorou muito a organização, aquela coisa de só usar o necessário; e quanto á dificuldades eu não me lembro. Talvez alguma resistência de algumas pessoas, mas... não assim que resistência propriamente dita, mas... talvez não engajar, tá; só mesmo uma parte estava junto e a outra parte simplesmente não fazia porque, talvez não tivesse interessada realmente no programa, no que seria o programa. Eu acho que precisaria realmente... É porque é assim, um projeto como esse é preciso que seja realmente amplamente divulgado! Entendeu? Então a gente fica sabendo de coisas aqui, coisas ali, e não tem uma divulgação completa. Então precisa realmente que abranja todo mundo, que abranja os auxiliares, que abranja toda a equipe, pra poder todo mundo se engajar. Porque não adianta três, quatro fazerem e, e, e.. outras três, quatro não fazem; entendeu? Então precisa que essas quatro façam, mas as outras também façam. Entendeu? É tudo uma união, uma questão de união. Ou você trabalha junto, ou você não trabalha junto.</p>
Pérola	<p>É... é... Eu conheço mais assim como programa de “5S”, né; que foi implementado aqui no hospital. Na verdade eu fiz um curso mais fora daqui, em outro hospital que eu trabalho, do que aqui mesmo. Aqui eu fiz um curso só de... de... pra conhecer o programa, né; mas na verdade eu conheço ele muito pouco, e é assim conhecido mais como se fosse mesmo é... programa de “5S”. Basicamente o que eu conheço. Eu acho que, acredito que o objetivo seria a parte de reorganização das unidades, é... no sentido de... diminuir um pouco..., que tinha muita bugiganga na verdade, nas unidades; então de diminuir um pouquinho é... material desnecessário, equipamento desnecessário; na tentativa também de motivar o pessoal a produzir um pouco mais, né; é... a não se perder tanto tempo fazendo coisas e repetindo as ações. Pelo que eu me lembro era mais ou menos isso. Quanto a facilidades... eu acho que todo mundo ficou entusiasmado com esse programa, pra ser implementado. Então, houve assim uma boa vontade, de início a cooperação de todo mundo. Agora dificuldades é porque não teve a manutenção desse programa, né; então as pessoas até mais uma vez disseram assim: “Ah, está implantando alguma coisa que logo está caindo em desuso e em descaso”. Então foi mais uma frustração na verdade, que a gente... por eu ter visto em outro hospital, e ter sido implementado e ter dado certo, né; então, aqui eu fiquei com essa esperança também de que fosse dar certo e tudo. Eu acho é que aqui ficou muito desmembrado; apesar do esforço todo de Brilhante que é uma pessoa assim fantástica, maravilhosa, de um pique... assim... incomparável, mas... ‘uma andorinha só não consegue fazer verão’ não é? Até... de início as enfermarias bonitinhas, pintadas, reformadas; você diz assim: “Puxa vida vai</p>

APÊNDICE F – Quadro 02

	<p>dar certo!” Mas a grande dificuldade acho que foi a frustração, isso até pela falta de compromisso das pessoas e pela falta de reciclagem em relação à qualidade. Teve um Fórum de enfermagem, eu acho que há um ou dois anos atrás, onde fulana também fez uma palestra; foi maravilhosa! E ela voltou a falar de um monte de coisa em relação à qualidade, fazendo palestra, fazendo joguinho com, com a, então todo mundo ficou extremamente motivado! Aquele era o momento de que, se quisesse implementar alguma daria certo, porque... teve muita gente de enfermagem, muitas auxiliares, muitos enfermeiros e, novamente nada aconteceu! Pelo contrário: Um mês ou dois depois o serviço acabou. Então foi assim novamente uma frustração em cima de uma... Iniciou-se a motivação, as pessoas tiveram a motivação; mas depois dessa motivação a gente não percebia nada de concreto, né. Então vinha frustração, o sentimento de frustração. E aí o setor foi extinto, né. Então há pouco tempo está, um tempo aí, um ano eu acho, o setor foi extinto; então tudo que se fez, o que tentou se implantar, aí realmente a gente vê que foi por água abaixo. Um trabalho quase que perdido.</p>
Prata	<p>Primeiro teve reunião, né; quando foi implementado. A Divisão de Enfermagem, ela fez tomar ciência que tinha... a... que uma das propostas do hospital era de investir na qualidade da assistência de enfermagem. Mas eu até sou uma das enfermeiras, talvez pela dificuldade que eu tenha de horário; porque... inclusive o curso de “5S”, né, que foi o que iniciou, pra pessoas terem conhecimento do que seria o programa de Qualidade Total no Hospital das Clínicas; eu fui uma das enfermeiras que não fizeram. Tomei conhecimento mas não fiz, inclusive eu vim pra outros eventos que teve pra tratar da minha, inclusive que era uma coisa do programa da... da Qualidade Total no Hospital das Clínicas; mas não tomei o curso que foi os “5S” que teve. Eu tive dificuldades porque, veja só: Marcavam o curso com as enfermeira de acordo com os horários que era programado pelos Recursos, pelo pessoal do TQC, né. Então nem sempre coincidia com o horário que eu estava disponível no hospital. Porque eu sou enfermeira da tarde, e a minha tarde está sempre comprometida com esse serviço. Mas nem sempre o curso que era destinado pra gente era compatível com o meu horário. Então eu tive dificuldade de tomar o curso de “5S”, que foi um dos programas, foi uma coisa pioneira aqui no hospital; devido ao meu horário porque não era compatível com o horário que davam os cursos. Na medida do possível eu acompanhei alguns eventos que já estavam dentro do programa do TQC; eu participei aqui, mas de uma maneira assim não contemplativa; como... eu expliquei anteriormente eu tenho dificuldade de horário devido outro serviço, e aí, nem sempre o horário coincidia pra eu poder tomar algum curso. Portanto, a dificuldade seria nos horários, pra mim foi uma dificuldade. Porque foi muito destinado a... a... As enfermeiras da manhã são as enfermeiras chefes de unidade. Então, as coisas são muito programadas em função das enfermeiras da manhã, entendeu? As enfermeiras que não têm outro serviço, não têm outro trabalho, elas participam... de maneira mais efetiva. Mas as outras que ficam no período posterior, que não é da manhã; elas sempre têm que adequar. Então eu acho que o Programa foi muito destinado pra quem estava aqui pela manhã. E é até mesmo porque o serviço, por ser a enfermeira... por ser enfermeira da unidade, então ela tem de ter, tem de ser mais engajada; não é que as outras não sejam importantes também no contexto, entendeu? Mas sempre os programas foram muito destinados pra um período. Então, eu acho que houve, não houve uma abertura, o programa não foi assim muito... Não sei se fui clara. Ele foi muito destinado pra um período só. Entendeu? As pessoas que estavam em outro período tiveram dificuldade.</p>

APÊNDICE F – Quadro 02

b) QUAIS OS RESULTADOS DO PROGRAMA? FORAM OS RESULTADOS ESPERADOS?	
Esmeralda	Eu acho que os objetivos foram alcançados, pelo menos na época acho que sim; porque, estava realmente sendo implantado de uma forma assim bem rígida, em que havia realmente uma limpeza da unidade, as auxiliares até se propuseram a vir um dia, ficavam aqui de MT pra poder fazer uma limpeza da unidade que estava necessitando, do posto de enfermagem mesmo, onde foram limpos os boxes dos pacientes, bandejas; quer dizer: Tava todo mundo engajado nesse processo, e até a unidade mesmo, da, da assistência até melhorou dessa forma.
Pérola	Olhe, de início na parte física foi, que a gente conseguia perceber, né; a mudança na parte física das enfermarias. Só que com pouco tempo as coisas estavam voltando tudo a ser como eram. Talvez não com móveis velhos, mas assim, móveis novos mais com... todo mundo tendo a mesma postura antiga, né; como se faltasse assim, a continuidade. Foi implementado, mas faltava um acompanhamento e... do dia-a-dia mesmo, pra coisa poder dar certo, funcionar. Porque é mais fácil trocar móveis do que trocar a cabeça das pessoas, né.
Prata	Houve pontos positivos e negativos. O positivo é que... foi investido, foi feito muitas coisas em relação aos funcionários; foi feita muita coisa pra medir o grau de satisfação do cliente, entendeu? Então se investiu muito, e até mesmo... é... como dizer pra você... Acho que houve uma época que a gente estava mais próxima, um dos outros funcionários; porque eram feitos programas que a gente se inter-relacionava, entendeu? Hoje em dia a gente está muito solto! Cada um está fazendo a sua parte. Eu enfermeira venho pras minhas enfermarias, cuido dos pacientes que a mim estão subordinados, né; que eu estou ali pra cuidar. Mas eu acho que houve uma quebra assim, entre nós. Por exemplo, entre nós enfermeiros mesmo; nós estamos muitos soltos, assim... no sentido assim pessoal, né. Nós estamos assim muito ligadas à parte profissional. Eu sou enfermeira, minha colega é enfermeira; eu faço meu trabalho e vou embora! Sem nenhuma emoção entre nós, entendeu? Não existe aquela... A gente sempre tem uma empatia mais com a outra! Mas não existe uma in... sabe? Uma coisa mais coesa, que você se relaciona; que você se... esteja ali, sabe? Como um grupo, buscando um objetivo de melhorar... que a gente está ali pra cuidar; então foi dada uma distribuição, escala; e a gente vai lá cumprir com o nosso papel, e aí gente vai embora! Será que é isso que o hospital quer? Ou a gente queria se... sabe? Entre todos a gente ser uma família! Sabe? O grupo de enfermagem do Hospital das Clínicas! Entendeu? Há uma quebra; por exemplo: Enfermeira da manhã, enfermeira da tarde e enfermeira do noturno. Entendeu? Não existe um grupo de enfermagem assim, que eu diga: Eu sou do grupo de enfermagem do Hospital das Clínicas! Entendeu? Não existe isso. Eu pelo menos ultimamente não estou vivendo esse sentido! Entendeu? Antes a gente tinha a questão do, do... não se pelos eventos que tinham, pela questão da humanização; os cursos de relacionamento interpessoal surtiu efeito; a gente estava muito mais ligada entre nós. Entendeu? Hoje eu sinto essa quebra dessa seqüência. Não está completo como deveria. E isso eu não sei se é pela deficiência de pessoal. A gente está um pouco limitada. Estamos cuidando do nosso trabalho! Sem nenhuma interferência com o outro; você faz o seu serviço, eu faço o meu serviço; e pronto. Entendeu? E antes não! Foi investido na questão do relacionamento humano também. Como se diz: <i>Cuidar de quem cuida</i> . Cuidou um pouco de quem cuidava! Entendeu? Até mesmo entre nós. E hoje nós não estamos fazendo isso! A gente melhorou bastante com o serviço que foi implementado, da Qualidade Total aqui no hospital Inclusive muitas coisas foram ajustadas na nossa assistência em cima do TQC. Entendeu? Condutas que foram tomadas, a assistência que foi prestada, e que continua sendo prestada. Tudo em função, do Programa! Infelizmente, como eu disse a você, o serviço está latente! Entendeu? Houve uma quebra do serviço. E de lá pra cá desde que as enfermeiras responsáveis foram remanejadas pra outro serviço, não foi feito

APÊNDICE F – Quadro 02

	nada em função da assistência. Entendeu? Então o que foi feito, foi feito; e está sendo feito até agora até onde parou! Entendeu? Não foi investido mais!
--	---

c) COMO SE DESENVOLVIA QUALIDADE NO SERVIÇO DE ENFERMAGEM?	
Esmeralda	Não sei.
Pérola	Não. Não sei porque não participei de nenhuma da... Só fiz mesmo o curso e não participei.
Prata	Olhe, veja só. Houve implementação de muitas coisas, né. A questão do... Foi feito curso de gerenciamento, pra poder ajudar as pessoas na... no... na dinâmica do serviço, pra melhorar dentro do serviço. Foi feito curso, entendeu? Investiu na parte também de... no mesmo período coincidentemente iniciou o período de sistematização do hospital; então isso veio contribuir também, já melhorou também. Coincidentemente, paralelo a isso, surgiu a questão da sistematização da assistência. Então, trouxe muitos subsídios, né. Melhorou, fazendo cursos, né; pra poder aprimorar mais a questão, principalmente como eu te disse, muito, é... em relação a curso de liderança, essas coisas que vieram e que melhoraram muito o serviço. Entendeu? Mas é como eu lhe disse: Muito, ligado à parte do, à questão, das enfermeiras da manhã. Então as enfermeiras da manhã foram investidas, não é que foi barrada pra enfermeira da tarde, né; mas foi muito direcionada, até mesmo o serviço de TQC funciona mais, a enfermeira referência era pela manhã. Eu desconheço se existiu a continuidade de enfermeira à tarde, no serviço. Eu só conhecia uma enfermeira, e essa enfermeira ficava pela manhã. Então a coisa foi muito direcionada pra os serviços, da dinâmica da manhã; porque inclusive as chefes estavam aqui da manhã, os cursos que foram feitos pra poder melhorar a assistência. A gente participava pela... arrumando o horário. Agora, esses detalhes de organização; tanto que eu disse a você: Eu sou uma das enfermeiras que menos participou. Até mesmo a questão dos “5S”, eu não tomei... eu não tomei conhecimento; as etapas eu não sei. Têm enfermeiras mais ligadas ao serviço que podem te dar mais subsídios que eu.

d) COMO ERAM DEFINIDOS OS INDICADORES DE QUALIDADE DO SERVIÇO?	
Esmeralda	Também não sei.
Pérola	Também não sei.
Prata	Quais foram os indicadores eu não sei. Eu sei que no período houve uma, sempre se fazia assim... Faziam uma amostragem... do que melhorou depois do TQC, e o que continuou ainda precisando investimento. Entendeu? Mas quais foram os parâmetros, eu não sei quais foram. Mostraram os serviços que melhoraram de acordo com a introdução do, do sistema da Qualidade Total, os serviços que melhoraram no Hospital e os que precisavam ainda ser investidos; que a gente tinha uma amostragem; mas qual foi o critério eu não sei.

APÊNDICE F – Quadro 02

e) VOCÊ TINHA CONHECIMENTO DOS PADRÕES OPERACIONAIS EXISTENTES? COMO OS UTILIZAVA?	
Esmeralda	Não tinha não.
Pérola	Também não sei te responder.
Prata	Não.

f) QUAL ERA O NÍVEL DESEJADO DE DESEMPENHO DA QUALIDADE?	
Esmeralda	Eu acho que o nível de desempenho era o melhor possível, né. Agora, dentro de controle realmente eu não sei dizer como que isso se programou através das pessoas que estavam realmente à frente disso aí, eu não sei te dizer como foi esse controle, se realmente estava sendo feito. Porque, existiam algumas pessoas que estavam realmente à frente disso, então, com relação a isso eu não sei dizer.
Pérola	Se eu não sei os indicadores, né; como é que eu vou saber o que eles pretendiam atingir?!
Prata	Não sei lhe falar.

g) QUE MECANISMOS ERAM UTILIZADOS PARA MANTER O CONTROLE E MELHORAR A QUALIDADE DOS PROCESSOS?	
Esmeralda	A gente estava sempre avaliando e orientando pra que tudo fosse mantido organizado, cada coisa no seu devido lugar.
Pérola	Não sei.
Prata	Sempre fazendo aquelas questões dos cursos que eram feitos seminários; tudo visando a melhora da assistência. Porque você dando curso, você melhorando a parte do, daquela questão dos recursos humanos, melhorando, investindo nos recursos humanos; até mesmo uma assistência... emocional né; porque Qualidade Total não é só você estar aqui no campo pra trabalhar; você tem que investir também no ser humano que cuida, no cuidador. Então houve um período em que se preocupava muito com o cuidador. Esse período não existe agora. Estamos passando por uma crise de recursos humanos onde não está... o cuidador que somos nós aqui, ele não está sendo bem cuidado. Porque eles têm que cuidar de quem cuida, né. E quem não cuida de quem cuida, eu acho que, o serviço não anda. Então no início houve uma preocupação muito grande em cuidar de quem cuidava, mas... que agora não tem mais. Tanto, que agora a gente vive assim em haver; porque até o serviço... houve um... não sei eu não vou dizer que faleceu, mas está dormindo, está latente.

h) QUEM ERAM AS PESSOAS CONSIDERADAS RESPONSÁVEIS PELA GARANTIA DA QUALIDADE?	
Esmeralda	Olhe, eu acho que todas as pessoas que diretamente e indiretamente estão envolvidas. Responsáveis pela qualidade somos nós enfermeiros, auxiliares, e toda a equipe, não só a equipe de enfermagem; mas toda a equipe. Equipe de limpeza, equipe de médicos, equipe de fisioterapeutas, equipe de nutricionista, quer dizer, psicólogos; toda a equipe tem que estar engajada. Se um projeto surge todos têm que estar engajados, não existe uma pessoa apenas responsável. É a união de um todo. Se você é... desenvolve um

APÊNDICE F – Quadro 02

	projeto, ou você está com todo mundo ou você está sozinho. Então você não pode estar sozinho num projeto como esse. Tem que estar engajado com todos.
Pérola	Eu soube que existia assim umas equipes, né, que foram feitas; em cada enfermaria uma equipe; tanto do turno matutino, como vespertino, como noturno. Mas eu disse a você que eu não participei da implementação, então eu não sei. Pra mim, é... a qualidade, sempre eu pegava a enfermeira da unidade e... Brilhante, que era a coordenadora do programa.
Prata	Olhe, eu sei... tinha uma... Inicialmente, eu falo assim a pessoa chefe, o carro chefe do TQC pra mim, referência era a enfermeira Brilhante. Claro que ela tinha os colaboradores dela, mas, eu acho que o carro chefe era ela.

i) QUE ALTERNATIVAS ERAM UTILIZADAS DIANTE DE QUEIXAS, ATITUDES DE INSATISFAÇÃO E RESULTADOS INDESEJADOS?	
Esmeralda	Olhe, em relação à queixa não só na época, mas, todo o período a gente procura ver a queixa e ver o que é necessário pra gente eliminar essa queixa, né. Se tem um banheiro que está quebrado, a gente procura ligar pra manutenção pra avisar. O banheiro está quebrado, está entupido. Então a gente quer que a manutenção venha pra consertar esse banheiro. Se o paciente está sentindo uma dor, a gente vai procurar aliviar essa dor dele. Então é isso, a gente procura aliviar as queixas o máximo possível. Claro que existem coisas que não podem ser aliviadas, pela própria estrutura do Hospital, pelas próprias coisas; mas, são coisas assim que não são aliviadas por não poder; mas o que a gente pode fazer realmente a gente procura aliviar da melhor forma.
Pérola	Bom! Eu aí vou falar muito assim de maneira individual. Porque... as pessoas até aqui falam um pouco e criticam um pouco a minha atitude, porque as maiores ocorrências eram as minhas. Eu, todo o meu plantão tinham uma série de intercorrências e eu relatava todas, né. Em relação à insatisfação do paciente, a... inexistência de médico plantonista na casa; plantonista geral ou de cirurgia; é... intercorrência com os pacientes, falta de material, quebra de algum equipamento, e demora na resolução; não tem um serviço de manutenção à noite. Então a coisa era muito assim, individual mesmo, cada um tinha uma postura. A minha postura sempre foi questionar e brigar pra que o paciente viesse a ter o melhor tipo de atendimento possível; né. Mas, e... com isso eu acabei sendo muito criticada aqui. O pessoal dizia assim: “Ah! Você está querendo ser a melhorzinha.” Sabe? Quando na verdade eu tratava as pessoas como se fosse, eu mesma gostaria de ser tratada. E aí a... Ainda não perdi a esperança não, dessa... desse quadro ser revertido, né. Então sempre fazia ocorrências, fiz muitas comunicações internas, diretamente pro Diretor com uma cópia pra Diretora de Enfermagem; cobrava uma posição em relação à coordenadora do SAE, né; algumas vezes obtive resposta, né. Assim, tipo: ‘Estou enviando a comunicação, estamos ciente, tentando resolver’; e poucas vezes eu vi resolução!
Prata	Geralmente quando a gente tem algum tipo de insatisfação a gente tende a ir pra parte mais hierarquicamente além de nós. A gente vai, mas tem coisas que a resolutividade é mínima. Entendeu? Então eu acho que a insatisfação ainda é uma questão muito grande aqui no Hospital. Não só, não estou falando nem da questão financeira. Mas até mesmo do reconhecimento, assim, de ter alguém que diga assim: Puxa, valeu! Até mesmo pra dizer: Puxa, enfermeira e auxiliar, dez. Falta isso, entendeu? Alguém te dizer que você... não é dinheiro, é a questão do reconhecimento, como funcionário, entendeu? Como cuidador. A gente está aqui, eu acho que quem trabalha aqui no Hospital das Clínicas, não sei se você já teve a oportunidade de passar por aqui, trabalha muitas vezes por amor; não é nem pelo dinheiro, pela questão financeira. Eu mesmo tenho dez anos de Hospital das Clínicas. Se eu disser a você que eu fiquei por dinheiro, você vai dar risada de mim;

APÊNDICE F – Quadro 02

	<p>porque meu salário não... eu fico porque eu gosto daqui, entendeu? Porque a gente cria um, como se fosse uma família com algumas pessoas, um vínculo; entendeu? Mas satisfação mesmo fica ainda em haver, fica a desejar. A gente sempre ainda está insatisfeito; 100% aqui a gente não é feliz. Agora em relação a assistência a gente procurava na medida do possível, a gente resolver. Tem coisas que fogem da nossa capacidade de resolução, coisas muito mais complexas. Dentro do meu poder de resolução eu procuro minimizar aquela coisa que o paciente refere. Mas, é... o que não tem, coisas que fogem da minha pessoa, que está acima do meu poder de resolução; geralmente eu oriento o caminho mesmo. “Olhe, o Sr. deve fazer dessa forma”. Oriento o familiar.</p>
--	---

J) QUE PESSOAS ERAM RESPONSABILIZADAS POR FALHAS NO RESULTADO DA ASSISTÊNCIA?	
Esmeralda	<p>Se há falhas na assistência todas as pessoas devem ser responsabilizadas. Todas as pessoas que estão diretamente ligadas. Por exemplo: Se há um erro com relação a uma medicação de paciente, não vai ser auxiliar que errou que vai ser responsabilizada; eu que sou a enfermeira posso ser responsabilizada; talvez se a prescrição estiver errada, alguma coisa assim, o médico também vai ser responsabilizado. Você tem que ver caso a caso. Então, eu acho que as pessoas que estão realmente diretamente ligadas no problema que serão responsáveis, é claro; e terão que responder essa responsabilidade, pra poder ver as conseqüências desse ato, desse erro; e ver o que pode ser reparado.</p>
Pérola	<p>Eu acho que daí todo mundo que está... Bom! Legalmente eu sei que todo mundo que faz parte do processo; né: auxiliar de enfermagem, enfermeiro, médico, até... diretor de enfermagem, né. Só que aqui... é... na prática mesmo a gente via poucas pessoas sendo é... avaliadas, não existia, na prática eu não conseguia ver é... muita resolutividade. A gente via as coisas acontecendo, reclamava... uma única vez eu vi um inquérito administrativo ser aberto por conta de uma intercorrência grave, séria que teve... no mais... parecendo assim que tudo mesmo acabou em pizza e... acabou ficando por isso mesmo. Não via assim muita resolução de várias, inúmeras queixas que eu fiz nesses oito anos.</p>
Prata	<p>Isso é muito complexo. Responsabilizada?! Você sabe que a enfermeira tem um grande papel assim de ser o... não é o salvador da pátria, mas a, ser a pessoa chave, né. Geralmente tudo é a enfermagem. Então quando alguma coisa deixa de fazer, alguém sempre tem que, jogar de uma forma pra dizer que é a enfermagem. Eu não vejo dessa forma. Eu acho que se alguma coisa não deu certo, eu acho que a culpa é de todos nós. Eu sempre divido as culpas. Porque a culpa não é de uma pessoa, não é de um grupo só. Se houve alguma falha é porque todos nós fomos impotentes.</p>

k) EM ALGUM MOMENTO VOCÊ SENTIU-SE RESPONSÁVEL POR ALGUMA INSATISFAÇÃO DO USUÁRIO?	
Esmeralda	<p>Olha, responsável pela... por problemas com o paciente a gente se... encontra problemas todos os dias, e se sente responsável por esses problemas também; porque esses problemas recaem na nossa assistência. Então se esses problemas têm que ser resolvidos a gente tem que estar à frente pra poder resolver; junto com a equipe de enfermagem, junto com o paciente principalmente.</p>

APÊNDICE F – Quadro 02

Pérola	Eu acho que quase que o tempo todo. Porque é... a partir do momento que eu me prontifiquei a ser enfermeira, né; é... pra mim, o que acontece com o paciente é minha responsabilidade. Então desde a falta da medicação na farmácia do Hospital, né; que eu sei que não é minha responsabilidade direta, mas aí eu estou sendo conivente com uma situação. Apesar de reclamar, de fazer comunicado dizendo da falta; escrever diversas vezes. Ou um paciente cair de uma cama porque não tem grade na cama; então, se o paciente precisava de grade o Hospital tinha que ter grade, e se esse paciente está naquela cama sem grade; pra mim, eu estou sendo conivente. Não diretamente responsável, mas eu estou auxiliando num cuidado ruim. Então, eu me veja assim como culpada de muitas coisas que acontecem; mesmo não sendo culpa direta; mas me sinto sim.
Prata	Eu nunca tive esse sentimento, não; sabe? Eu sempre procuro dar o máximo dentro do meu possível, da minha, minha; do que eu posso estar presente; eu nun... eu nunca me acho que eu sou... eu nunca, pelo menos eu tenho dez anos aqui e nunca fui tratada como se eu podia ter feito isso e não fiz. Eu nunca tive esse sentimento. Geralmente procuro fazer tudo dentro do meu limite ali, dentro do meu período de tempo, mas procuro sair, eu sempre saio sem nenhuma preocupação de que deixei alguma coisa sem fazer; entendeu? Pelo menos eu fiz o que eu pude dentro do meu período de trabalho.

l) DURANTE A EXECUÇÃO DO PROGRAMA DA QUALIDADE, EM SUA UNIDADE HOUVE ALGUM CASO DE REINTERNAÇÃO; ADIAMENTO DE EXAMES, CONSULTAS OU OUTROS PROCEDIMENTOS? QUAL O MOTIVO?	
Esmeralda	Olhe, aí eu não sei te dizer.
Pérola	Houve. Houve. Teve paciente que... Aqui a maioria dos pacientes sai e volta, né. Então o programa acho que ficou aqui uns quatro anos mais ou menos desde a implementação. Então esses pacientes vão e retornam. E muitas vezes assim, com período de vinte dias quando são operados, né; e retornam com infecção de ferida cirúrgica ou alguma complicação; ou dor no pós-operatório. Eles retornam.
Prata	Ah, isso sempre tem. Porque não é, não é nem pela enfermagem. É que muitas vezes o paciente aqui, às vezes não é bem orientado, não so, não é pela enfermagem, a enfermagem tem falhas, como qualquer categoria tem; mas muitas vezes os exames são suspensos por problemas médicos. Médico se ausenta, médico não vem... Então isso gera muitos casos de reinternação.

m) CONHECIA-SE A ESTABILIDADE DOS PROCESSOS?	
Esmeralda	Não sei.
Pérola	Também não.
Prata	Não.

APÊNDICE F – Quadro 02

n) QUE CONDUTAS ERAM ADOTADAS DIANTE DE IMPREVISTOS, VARIAÇÕES E MUDANÇAS DE MODO GERAL?	
Esmeralda	-----
Pérola	<p>Eu percebo que sempre diante de mudanças aqui no hospital a gente tem uma resistência muito grande. Qualquer que seja a mudança, né; a pessoa pode estar mudando até pra melhor, mas de início a pessoa, as pessoas de um modo geral, auxiliares e enfermeiros; há... existia uma resistência e uma vontade de não se mudar; mas... aí eu não sei, não... Deixe eu pensar! Bom teve uma mudança que foi até pra melhor também, em relação, antigamente não tinha farmácia no período noturno, né. Então uma mudança que veio ajudar muito. Enfermeira andar com chave de psicotrópico na mão, pelo amor de Deus, isso só no tempo de Florence, né. Então a farmácia veio a funcionar de noite, que foi assim um grande avanço aqui no Hospital que eu nunca pensei de um hospital desse tamanho não ter farmácia à noite, né. Então foi uma mudança que ocorreu e foi pro bem. Agora assim, às vezes tem... têm acompanhantes que não têm autorização pra permanência; então é uma coisa que é complicada que a gente vai se dar conta só onze horas, meia-noite; então nesses casos é muito difícil a gente poder atuar de uma maneira incisiva, porque... é... não tem como mandar o acompanhante embora onze horas da noite, meia-noite do hospital. Então ele acaba burlando as rotinas, as normas do hospital; e acaba permanecendo, né. Isso aí a gente fica assim mesmo que um pouco... burlando as rotinas.</p>
Prata	<p>Eu procuro me informar com alguém que esteja por dentro, né. No caso, a Divisão de Enfermagem. Alguma rotina que modificou, alguma conduta, é... administrativa, o que eu tenho sempre como referência é a Divisão de Enfermagem, porque é o local... como se fosse o ponto de referência pra todas as informações ligadas tanto da parte administrativa, se houver alguma mudança, como na parte médica, se alguma conduta mudar, se a gente não tiver esse conhecimento, procuro os responsáveis, seja lá em que parte médica, procuro o médico; se for alguma rotina de isolamento, de... de qualquer conduta de ordem, a gente tem sempre que procurar sempre alguém que possa estar mais informado; no caso a Divisão de Enfermagem, um... ou qualquer serviço que esteja ligado com uma coisa que houve, ou alguma modificação no serviço.</p>

o) COMO VOCÊ SE PERCEBIA COMO AGENTE FACILITADOR DO PROCESSO?	
Esmeralda	<p>Olhe, facilitadora eu acho que... eu ajudava de alguma forma as meninas. Nesse dia mesmo que teve a lavagem aqui de uma certa forma do posto de enfermagem, que as meninas vieram; eu vim e participei. Então eu estava junto das meninas também com relação à isso, né. O que eu via assim que estava em excesso na unidade, ou que estava errado, ou que estava quebrado e precisava ser consertado; a gente procura sempre mandar pra manutenção ou então jogar fora. Então, há essa facilidade em relação a isso. A gente procura orientar de uma certa forma os próprios auxiliares, a própria equipe de enfermagem.</p>
Pérola	<p>Olha, é... muito assim na parte de organização, né; de manter, manter o que já havia, é... modificado, então eu tentava manter, e até... é... servir como educadora pros auxiliares do período noturno, né. ‘Ah, agora estão inventando esse negócio aqui! Por que vai mudar?’; ‘Ah! Isso aí está imitando as coisas do Japão! Vai fazer aqui no Brasil? Não está vendo que aqui não vai dar certo? Só dá certo em São Paulo! Aqui não adianta querer fazer!’ Então existia muita resistência e eu atuava tipo assim: Tentando argumentar pra... dizer que o serviço ia dar certo, que era uma coisa boa pra todo mundo;</p>

APÊNDICE F – Quadro 02

	e tentando organizar o que eu encontrava desorganizado, tipo... colocando na cabeça deles que não se deve arrumar a enfermaria só de manhã e o resto do... tarde, noite, fazer bagunça; né. Então... pra organizar o carrinho de urgência, se foi utilizada alguma medicação; pra olhar o posto de enfermagem mantendo os boxes certos; anotação no prontuário. Então essas coisas assim pequenas pra poder... incentivar, e até demonstrar o porquê que existe, né.
Prata	Eu sempre procurei agir de forma facilitadora! Eu não me vejo de outra forma, porque eu acho que a gente está aqui como um elo de ligação; tanto junto com a equipe de enfermagem, em produção com os auxiliares, né. Eu sou um membro da Divisão de Enfermagem, como as auxiliares são; e como... eu estou aqui pra poder...intermediária também pra facilitar aquele contato com o paciente, na assistência do paciente. Porque afinal de contas ele só tem como referência a gente aqui dentro, porque a gente fica, enfermagem é 24 horas! E a gente tem que fazer o máximo pra poder minimizar tudo... as dificuldades que o paciente tiver, dentro da interação dele pra ele não ficar se sentindo um estranho dentro da unidade! E a gente está aqui pra servir da melhor maneira possível.

p) QUE EXPECTATIVA O USUÁRIO TINHA EM RELAÇÃO AO SEU TRABALHO?	
Esmeralda	Eu acho que ele tinha a melhor expectativa possível, porque a partir do momento que a gente procura desenvolver um bom trabalho, desenvolver um trabalho com qualidade, desenvolver com competência e responsabilidade, acho que o paciente vai se sentir bem e vai se tornar seguro com relação à assistência.
Pérola	Bom, eu acho... e aí vem toda uma série de usuários, né. Desde a manutenção, a nutrição, o médico, né; que todos eles são usuários do meu serviço de enfermagem. Mas... é... Eu acho que eles esperavam que eu fosse uma profissional competente e que eu cumprisse... as minhas funções, sejam elas quais forem. E o paciente também. Eu acho que eles queriam assim, que algum problema que tivesse aí pra ser resolvido pela enfermagem; então que essa... fosse tomada uma providência pra fazer. Então, um exemplo: Tinha uma lâmpada queimada no posto de enfermagem de noite, aí a gente, não consegue ligar a lâmpada e não consegue escrever em lugar nenhum. Então tem que sair do posto de enfermagem, ir pra sala médica, ou ir pra varanda; pra poder escrever em prontuário. Então aí, os auxiliares de enfermagem, eu acho que esperavam de mim que eu ligasse pra manutenção, cobrasse, pedisse a lâmpada, né. Algumas vezes eu fiz, e realmente a pessoa da manutenção subia; só que às vezes, não tinha nem lâmpada no Hospital. Então aí minha sugestão, inclusive um dia foi que tirasse lâmpada da Diretoria, que não ia fazer falta nenhuma porque tinha demais, e colocasse no posto de enfermagem pro pessoal trabalhar. O rapaz brigou comigo, falou um monte; eu liguei pra fulana que na época era Diretora Administrativa onze e meia da noite; e ela autorizou que tirasse a lâmpada e colocasse lá no posto de enfermagem. Então quer dizer: O processo fica emperrado mesmo, ou por falta de material; ou por... pela vontade das pessoas, e até o medo mesmo de tirar de algum lugar onde não vai... “Ah, vou tirar da Diretoria e depois vão brigar comigo!” Então as pessoas têm assim uma expectativa do enfermeiro, que ele vá e resolva algumas situações, muitas vezes que não são, não é nem de competência dele, né. Mas assim, se cria... uma série de expectativas.
Prata	Bem, o Hospital das Clínicas já tem uma expectativa muito grande. Primeiro que o paciente quando vem aqui, ele... quando ele já é paciente, que já foi daqui ele só espera o melhor; principalmente quando você dá uma boa impressão, né. Você procura fazer o melhor por ele, ele sente que está num lugar seguro, que ele está num lugar que ele pode confiar; as pessoas são pessoas humani... é... mais humanizadas, né; procuram até ser

APÊNDICE F – Quadro 02

	solidária com a causa dele; entendeu? Eu acho que nunca tive nenhum paciente que dissesse ao contrário. Eu acho que sempre quando eles chegam eles... é só o que dizem ‘Olhe! Quando eu vim para Hospital das Clínicas é porque só esperava o melhor.’ Então nunca tive uma idéia negativista em relação a... o que o paciente pensar. Esperar!
--	---

q) COM QUE FREQUÊNCIA AS NECESSIDADES DO USUÁRIO ERAM SATISFEITAS?	
Esmeralda	Na medida do possível
Pérola	Olha, isso aí de necessidade do paciente é uma coisa muito complicado, porque... cada pessoa, tem a sua necessidade; cada indivíduo tem a sua necessidade. Existe aquela... pirâmide lá das necessidades afetadas e tudo, né; só que mesmo assim cada pessoa teo o seu... seu processo, né. O que de repente pra um paciente, poderia passar despercebido que seria... medicação pra dor naquele momento, um pode esperar mais vinte minutos ou trinta; ou um paciente urinou na fralda, precisa ser trocado imediatamente, ou pode esperar um pouquinho a gente terminar o atendimento de outro paciente, e ele não ficar muito irritado; né. Então isso aí é um... uma pergunta assim muito subjetiva; mas a... de uma maneira geral assim as pessoas reclamam da demora do atendimento; mas depois quando realizado ficam satisfeitas. Então existe assim uma reclamação em relação à demora do serviço ser executado. E às vezes não depende nem da enfermagem, tipo assim: ‘Quero ver o médico, porque eu estou com dor.’ E não tem nada na prescrição médica, então a gente aciona o médico plantonista. A demora está no médico plantonista chegar na unidade. Às vezes ele está fazendo atendimento em outra unidade e às vezes não. Mas o paciente não percebe assim dessa maneira, ele pensa, que a gente é que não chamou o médico ou que está com má vontade de chamar. Então, algumas vezes não são satisfeitas. Eu acredito que nenhum paciente está satisfeito, né.
Prata	Na medida do possível, né! Você sabe que a gente procura fazer o melhor pro paciente, dentro dos nossos limites! A gente tem um déficit de pessoal; e o paciente às vezes, ele chega com uma carência afetiva que às vezes você pode... não vai sanar 100%; mas você... chega ali, dá uma palavra amiga, né; encosta, conversa; entendeu? Agora pela deficiência de pessoal, a gente... infelizmente a gente não faz uma coisa assim muito... todo dia, próximo a ele... sempre, a gente dá atenção, e... dá cuidados também, né; que não é só a questão emocional, também tem a questão da prestação de serviços, da... do cuidar; não só emocional, mas do físico, né; que a gente lida com paciente acamado; então... a gente... na medida do possível a gente sempre tava atendendo! Eu acho que... se você... A única maneira de você medir o grau de satisfação de um cliente, de um paciente, é você... se você fizesse uma caixinha de sugestão que medisse... fizesse um questionamento na saída dele! É a única forma de você medir o grau de satisfação dele.

r) QUE FERRAMENTAS VOCÊ UTILIZAVA PARA GARANTIR A SATISFAÇÃO DAS NECESSIDADES DO USUÁRIO E FAMÍLIA (OPINÁRIOS)?	
Esmeralda	Eu acho que garantir... por exemplo, no caso de um... com relação à limpeza. Se o ambiente do paciente está sujo, você vai pedir a menina da limpeza pra limpar. Então, você dessa forma está garantindo a satisfação do cliente. Então você está prevendo que se isso está sujo ele vai se sentir insatisfeito, ele não vai gostar daquilo. Então ele vai... você vai procurar manter o máximo de bem estar pra ele; então procurando aliviar todas as

APÊNDICE F – Quadro 02

	queixas dele. Aliviar as queixas dele pra que ele se sinta satisfeito e bem aqui dentro de nossa unidade.
Pérola	No meu período, eu Pérola como enfermeira, não. Talvez o pessoal da Qualidade, ou o pessoal que estivesse envolvido nas equipes tenha utilizado. Mas no meu período, não.
Prata	Inicialmente tinha um questionário. O hospital, não sei se você tem conhecimento; houve um período em que se investiu num hospital com... convênio! Mas a preocupação que muito houve, não é que não desse importância antes; mas você vê a importância do TQC. Até a questão da satisfação do cliente na época foi... o TQC estava no auge, foi medida a satisfação do cliente. Tanto que hoje você não vê. Eu não estou, pelo menos eu não percebo isso. Antigamente é... pouco tempo atrás, você dava um questionário ao paciente e ele respondia; media o... sabe? A impressão dele daquele tempo que ele passou na enfermaria. Hoje em dia, o paciente vai embora, agradece; mas a gente não sabe se foram satisfeitas as necessidades dele, entendeu? Não só na questão humana, da emocional; mas toda a parte do cuidado; entendeu? Ele agradece! Mas até esse agradecimento fica aí um questionamento; entendeu?

s) QUE TREINAMENTOS VOCÊ RECEBEU?

Pérola	É... um treinamento sobre “5S” de dois dias, depois, é... um seminário, e... eu acho que um curso também envolvendo a CCIH ³⁰ e a Qualidade. É... o curso que a gente fez foi um curso básico falando só mesmo, teve um... uma apostila em que... a gente recebeu o que é que era cada um dos “S”, o que representava, e o que seria implementado nas enfermarias. Mas como eu trabalho de noite também, então aí fica um pouquinho difícil de acompanhar se foi feito ou não, porque à noite a gente percebia algumas modificações nas enfermarias; mas era... assim em termos de material didático daqui do hospital, eu não recebi não.
--------	---

t) EM QUE TURNO OCORRERAM ESSES TREINAMENTOS?

Pérola	De manhã. Era horário extra-turno. De manhã e de tarde.
--------	---

u) HOUVE ALGUM TREINAMENTO NOTURNO?

Pérola	Não. O que houve foi remanejamento de escala. Ao invés de estar à noite, a gente estava de manhã. Muitas vezes saindo de um plantão noturno e assistindo uma palestra. Aí a absorção... 10%. Porque a gente não consegue pegar. Mas só tinha aquele dia, né; fazer o que!
--------	---

³⁰ Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

APÊNDICE F – Quadro 03

QUADRO 3	AGRUPAMENTO DAS RESPOSTAS
	AUXILIARES E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM
a) FALE UM POUCO DO PROGRAMA DA QUALIDADE IMPLANTADO NO SERVIÇO: PLANO OPERACIONAL, FACILIDADES E DIFICULDADES.	
Ágata	O programa “5S” foi um programa que foi muito proveitoso aqui no hospital. Até hoje eu ainda considero ele de um grande proveito, embora nem sempre se mantenha o que foi... o que foi aprendido na ocasião, tá entendendo? Você sabe que tem pessoas que não dão continuidade, mas os poucos que dão, eu acredito que venha servindo pra uma melhora muito grande no hospital e na unidade aonde se trabalha. Eu acho que... foi uma coisa boa que aconteceu. As dificuldades... as dificuldades eu acho assim a falta de recursos... pra materiais que a gente possa... é... desenvolver esse trabalho. As facilidades: Aqui o pessoal tem boa vontade, né; tem boa vontade realmente de... de um trabalho desse, agora o que falta é condições, é... condições financeiras; material humano tem, pra poder fazer, boa vontade, pensamentos bons, tem. Agora o problema é o fato de ser um hospital... hospital, né, público, que tem passa por dificuldades, né; isso aí dificulta um pouco.
Amazonita	Aqui no hospital quando implantou, eu achei uma coisa boa. Porque... sobre, higiene das mãos, é... um procedimento como curativo, que apesar de que, quem faz os curativos aqui são as enfermeiras; a gente faz alguns. A arrumação da unidade; vestuário; é... posto de enfermagem, como organizar, botaram novos boxes, colocaram medicações separadas por paciente. Eu achei muito importante.
Ametista	Foi um programa bom. A partir deles as pessoas passaram a ter mais conscientização de organização. Melhorou o visual da Instituição. Quanto á facilidades e dificuldades, não houve dificuldades.
Calcita	Eu trabalho aqui à noite, entendeu? Então eu não estou muito por dentro de todo o desenvolvimento do Programa de Qualidade Total. Mas com relação ao que foi feito na enfermagem; à noite... foi até tentado o esquema de cuidados integrais aqui na enfermaria, só que à noite como na maioria dos plantões eram duas funcionárias, então não tinha, nós não tivemos condições de dar prosseguimento a isso. Então voltou aquele negócio de uma na assistência e outra na medicação. Essas foi uma das implicações, um dos requisitos do Programa da Qualidade Total que foi implantado aqui, só que não deu certo na enfermaria porque tem pouca gente. Durante o dia ainda dá pra ser feito porque tem muitos estagiários. Então, mesmo que uma fique com duas ou três enfermarias tem um suporte de estagiários na parte de assistência. E... e à noite a gente trabalha mais naquele esquema de uma ajudando a outra.
Cristal	Foi um programa que teve... “5S” a gente trabalhava mais assim... na arrumação, organização da unidade em si. E também foi bom, as palestras também; ela ³¹ fez brincadeiras, mutirões! Eu gostei! Agora pra assim... é... o controle de medicamento, né; essas coisas. Eu não lembro, não sei bem mesmo assim... A gente sabe que os 5S é organização, é a qualidade; não é isso? Mas pra mim aprofundar, eu nunca me aprofundi não; sabe? O que eu sei dizer é que visa a forma que a gente vai trabalhar, a organização, a forma; as coisas que ficam mais à vista, né. Não coisas assim muito escondido que você tem dentro da unidade e não vai descobrir onde é que está, que você não sabe onde é que está. São coisas que tem, e principalmente todas identificadas, né; pra você saber que você vai pegar aquilo e ali estar aquilo que você está procurando. Foi mais esse... é identificação de caixa, essas coisas. Olhe! Aqui a gente fazia o que? Vai ter “5S” na enfermaria! O que eu sei dos “5S” foi isso. Aí a gente vinha, e fazia um bocado de mutirão; a gente tirava um bocado de papel, esfrega-

³¹ Cristal se refere à Coordenadora do Escritório da Qualidade.

APÊNDICE F – Quadro 03

	va tudo, graxeirava o dia todo; e aí ficava cansada. Os “5S” aqui foi esse! Foi uma agonia boa! E todo mundo se entrosou, a gente teve as camisas; todas as unidades. Foi muito bom! Foi um mutirão!
Rubi	Na época eu era estagiária daqui. Eu fazia reciclagem. Quando teve “5S” aqui eu estava na 3B, enfermaria cirúrgica. E eu participei, trabalhei na enfermaria; apesar de ser estagiária, né. Mas eu participei do programa, assisti palestras. Aconteceram palestras aqui, várias palestras; e nós fomos pra teatros; nas salas de aula também; e... conscientização, né; das pessoas, dos funcionários. Eu me lembro mais disso, assim. Era mais uma... você tinha que tomar consciência de que você precisava trabalhar num ambiente que fosse propício à sua atividade, entendeu? Que fosse bom e agradável pra todo mundo. Eu me lembro que era mais ou menos isso. Além da organização do ambiente, da... de manter as coisas sobre o mesmo lugar; é... que não acontecesse entulho, que às vezes, a, essa enfermaria aqui, ela é nova né; quer dizer foi inaugurada em 98, re-inaugurada em 98. Mas ela não era assim, era toda... é... acabada, era... piso, não tinha, o piso era de... aquele que soltava. Aconteceram vários acidentes aqui. Pacientes caíam, funcionários também. Então na época estava reformando. Quando começou aqui, estava reformando algumas enfermarias. A que eu estava na época, também não era reformada. Ela tinha vários problemas assim. E a conscientização, o programa serviu pra isso que precisava ser... é... o que estivesse consertado que mantivessem conservado. Porque aqui era assim. Como estava acabado ninguém se preocupava em conservar limpo, nem conservar organizado. Eu acho que não foi colocado assim, pelos organizadores... assim, um empenho maior em relação ao tratamento do paciente, entendeu? Porque quem tem, eu acho assim, que quem tem aquela visão de... de... aquela missão de tratar o paciente como ele deve ser realmente tratado, faz; entendeu? Tem pessoas que não, tem pessoas que acham que... que não deve ser assim, entendeu? Então nem “5S”, nem “10S” iriam adiantar pra esse tipo de funcionários. Apesar de não serem todos, mas claro que existe, todo lugar existe; pessoas que não tratam tão bem assim como deveriam. Então, pra algumas pessoas serviu e pra outras não. Pra algumas pessoas foi uma coisa boa, e pro paciente também, mas; pra outras pessoas não.
Safira	Bem, o Programa de Qualidade foi instituído no hospital, visando a melhoria na qualidade da assistência; envolvendo os profissionais, não só da enfermagem, mas foi trabalhado também, a questão da qualidade também com vários serviços; higienização, nutrição, vários outros serviços. E, dentro desse programa foi feito um programa de... visando a melhoria do serviço em termos de organização, pra que as pessoas tivessem um processo de trabalho melhor; e foi feito também uma avaliação periódica, pra ver as dificuldades que estavam existindo, e os benefícios pra unidade e pro paciente. O hospital também criou alguns incentivos, diante disso, colocando algumas unidades como unidade padrão. Avaliando, fazendo uma avaliação; e foi dado alguns, é... foram dados alguns prêmios, né; aos setores que mais desenvolveram é... melhor esse trabalho. Eu não participei dos treinamentos porque eu trabalho em outra instituição pela manhã, e geralmente as palestras eram pela manhã e eu não tive oportunidade. Mas tinham algumas pessoas que faziam parte, e tinham também um representante da unidade que passava pra gente. O que é que foi discutido, o que é que precisava ser cobrado, pra que fosse dado uma continuidade; que não ficasse restrito só ao pessoal da manhã, mas que o pessoal da tarde também, e da noite também se envolvessem.
Turmalina	Não achei grandes novidades não. Porque quem foi para uma escola, que aprendeu alguma coisa e procura aplicar tudo o que aprendeu, não tem dificuldade nenhuma. Para mim não foi surpresa. Acrescenta, porque qualquer curso acrescenta, mas não foi uma novidade.

APÊNDICE F – Quadro 03

Turquesa	<p>Nós tivemos um curso, né; curso não, mas uma palestra, com a enfermeira que estava implementando o serviço; que foi explicado o que significava esses 5S, que eram palavras de origem estrangeira, que começavam todas com ‘S’; e que tinha como objetivo implantar esse Programa de Qualidade aqui. E, na época foi feito um mutirão, na enfermaria que eu trabalhava, onde nós fizemos assim um faxinão, um faxinação geral, pra implementação dos “5S”. Dificuldade, eu diria assim, a própria assim, em termos da estrutura da própria organização, né; da entidade no caso. Que aqui você sabe que é um hospital público, né; a gente começa uma coisa, daqui a pouco... falta. Às vezes aqui acontece de faltar até mesmo a luva; que é um procedimento básico na área de enfermagem, que a gente sabe que é uma das coisas universal, né. A lavagem das mãos. Não tem sabão! Então, quer dizer, são essas coisas que eu acho que dificulta. E a facilidade eu acho que é mais assim, a cooperação... do, do, do... dos funcionários. De a gente saber que é um hospital público, que às vezes até mesmo a gente, o próprio parente da gente precisa e tudo; então a gente pega, o que é que faz, né; poupa... as coisas. Sabão parte em dois, três, pra poder ter cinco. Melhor ter menos, do que não ter, né. Então é isso que eu acho que seja dificuldade, e a facilidade. Não sei se eu estou certa!</p>
----------	--

b) QUE ETAPAS FORAM DESENVOLVIDAS PARA IMPLANTAR O MODELO DE GESTÃO DA QUALIDADE NESTE SERVIÇO?

Safira	<p>Olhe, eles fizeram trabalho de identificação, de como estava o hospital; quais os problemas maiores, e acredito que gerais. E em cima disso foram estabelecidos alguns critérios, e participação de cada unidade; porque tinha um membro efetivo que era o responsável pela participação das reuniões e servir como multiplicador daquele processo com os outros profissionais. Depois disso foi implementado o serviço, e no final, foi feito um acompanhamento também durante o processo, no final tiveram algumas pessoas também procurando ver, como eu já disse, né; em que o serviço melhorou, o que é que ainda ficou a desejar e quais eram as expectativas também dos funcionários frente a isso. Mas eu acho que o básico mesmo, eu acho que foi alcançado. Acredito eu. Não sou avaliadora, então não tenho como dizer isso; eu falo, pela unidade nossa, né, o que a gente conseguiu, porque nós estávamos antes numa unidade sem estrutura física, toda acabada, e isso também deixa o profissional um pouco desmotivado. Quando a gente passou pra unidade mais remodelada, com uma estrutura física melhor, com os instrumentos; a gente aí passou a trabalhar de uma forma também diferente. E acho que melhorou. Pelo menos aqui nessa unidade a gente tem um, um... o saldo positivo; embora o processo não esteja mais, mas a gente esteja sentindo assim, o acompanhamento, pelo menos, no período que a gente trabalha. Não sei se em outro período está havendo acompanhamento, mas pelo menos no nosso está.</p>
--------	--

c) VOCÊ AFIRMA QUE O BÁSICO FOI ALCANÇADO. A QUE BÁSICO VOCÊ SE REFERE?

Safira	<p>Eu falo no assistir o paciente. A forma de assistir o paciente, a maneira como se dirigir ao paciente, a organização do serviço, o planejamento do trabalho; porque as pessoas podem pensar assim: ah, porque quando se fala em planejamento da assistência, o enfermeiro, mas não é, o auxiliar também tem o seu processo de trabalho. Então, eu acho que melhorou também essa questão, porque, eu acho que quando se fala em qualidade da assistência não é só, é o... o todo que no final vai dar um resultado. Então</p>
--------	---

APÊNDICE F – Quadro 03

	são vários fatores, não é uma coisa isolada. São várias coisas que no final vão contribuir pra que o paciente seja bem ou mal assistido. A gente teve também fardamento, pra também ter essa coisa do aspecto, de você, da imagem que o paciente tem do profissional. Antigamente você via profissionais, cada um com uma roupa, cada um com um sapato, gente até de chinelo. Hoje em dia você já vê as pessoas melhor vestidas. Não, em termos de luxo, mas pelo menos num fardamento. Se... buscou isso também, pra que o cliente também veja que... não é; isso também faz parte, não é uma coisa isolada.
--	---

d) QUAIS OS RESULTADOS DO PROGRAMA? FORAM OS RESULTADOS ESPERADOS?	
Ágata	Alcançamos realmente os objetivos. É como eu disse a você, pode não estar se seguindo ele até hoje totalmente, digamos que 100% não; mas mesmo que se siga 50%, 60%, 40%, é de um grande proveito. Mesmo que algumas pessoas sigam, outras não; mesmo assim ainda é de grande... serventia pra o Hospital, pra qualidade do serviço; né.
Amazonita	Eu acho que sim, porque quando eu cheguei pra trabalhar aqui o nível de infecção hospitalar era maior. Segundo as próprias pessoas que trabalham no programa, o nível foi bem melhor. Ano passado mesmo disse que o nível foi 4%.
Ametista	Os resultados foram excelentes. Inclusive algumas enfermarias como a 2C, foram homenageadas e receberam um prêmio da qualidade.
Calcita	Eu penso que muita coisa ainda deve mudar aqui, muita coisa mesmo. Com relação à enfermagem, com relação à estrutura hospitalar; ainda está um pouco precário. Espero que... nós consigamos alcançar os nossos objetivos.
Cristal	O objetivo do Programa de Qualidade aqui dentro do hospital, no meu ver, foi controlar o índice de infecção hospitalar. Porque a gente sabe que a gente trabalha em hospital público, e apesar de tudo o nosso índice de infecção hospitalar é muito baixo; diante das condições do trabalho que nós temos, né. Então a gente foi mais direcionada pra isso, pra... a forma de administração de medicamento e controle de infecção. E foi realmente proveitoso, porque nós tivemos aqui na enfermaria uma paciente que estava com leucemia, e ela saiu daqui sem ter contraído nenhuma infecção. Então pra gente foi uma grande vitória.
Rubi	Alguns. Não, acho que não, não todos. Mas em termos de organização; isso..., nas enfermarias reformadas; que eu acho que nas enfermarias que não foram reformadas eu acho que não. Conscientização, organização; eu acho que não.
Safira	Olhe, já tem um certo tempo, porque veja bem, o processo ele inicialmente é... foi bem claro, o desenvolvimento também, depois foi feita uma avaliação, e depois se parou, né; se parou. Então, eu acho que... o que ficou embutido realmente na cabeça de, das pessoas, não todas, né; mas quem se envolveu realmente com o processo, ainda tem ele claro até hoje. Mas, se parou de ter essa, eu não digo nem cobrança, mas uma reavaliação do processo, entendeu? Praticamente, é... ficou mais assim voltado pra questão da estrutura física, e o restante não se teve assim uma continuidade.
Turmalina	Teve coisas positivas. Mas para mim, no meu caso, não alterou muito não...Eu sempre cultuei aquilo que eu aprendi.

APÊNDICE F – Quadro 03

Turquesa	Eu acho que em parte foram alcançados, em parte não; devido à deficiência do Hospital com relação à recursos. Mas houve um bom comprometimento da equipe na época, nós, em aplicarmos esse programa de 5S, né. Inclusive começamos por esse mutirão, essa faxina, e mudou... realmente a cena da enfermaria que a gente trabalhava mudou. Antigamente ficava, foi feito armários onde foi se colocado aparadeiras no lugar, né; cada material no seu local determinado. Assim, em termos de arrumação, foi... bem... assim né, houve uma colaboração muito da equipe. Agora assim, por causa de deficiência do hospital, em termos de recursos, própria capacidade, até mesmo a estrutura do hospital que você vê que não ajuda muito, não foi muito bem aplicado; mas, foi bom.
----------	--

e) COMO SE DESENVOLVIA QUALIDADE NO SERVIÇO DE ENFERMAGEM?	
Ágata	A primeira coisa que se fez em relação aos “5S” foi arrumação. Tirar tudo que não servia e colocar as coisas que estavam sendo de necessidade; ensinar a conservar assim que fosse, tirou, recolocou no mesmo local, pra que não fosse... com isso o trabalho se tornava até menor e mais prático; tirar e repor no mesmo lugar as coisas que a gente usava diariamente, observar... manter uma limpeza... total, né. Até, tinha essa até de... a gente até olhar, observar a própria colega que se por acaso esquecesse de alguma coisa a gente já dava um toque. Olhe com isso, é... também, é... se diminuía, o pensamento da implantação desse sistema também era diminuir o número de infecções hospitalares, infecção hospitalar, né; porque com a limpeza aí é claro que vem, né, a... o cuidado é maior. Então, entre outras coisas eu acho que principalmente era o benefício pro próprio paciente. A partir daí, o primeiro objetivo eu acredito que fosse esse; é... o paciente ter realmente, usufruir melhor de, de... o tempo que tava hospitalizado ele sair realmente pronto... é, com um resultado positivo daquilo que ele veio fazer, ta entendendo? Sem risco de uma infecção hospitalar, principalmente. Eu acho que isso aí ajudou bastante, realmente. No meu pensamento ajudou bastante.
Amazonita	A partir desse programa a gente teve mais qualidade. Ficou mais organizado. Primeiro nós tivemos uma aula, sobre aquelas letras; sabe? Teve palestras, é..., depois foi pra prática. Tinha aqui os informativos sobre procedimentos de curativos, de banho no leito, lavagem das mãos; essas coisas aí. Teve um dia que nós, é... arrumamos toda a enfermaria, todos os funcionários; arrumamos tudo que não servia, né. Foi... quer dizer, por exemplo: Se tem uma cadeira velha, ta lá no canto, né. Na varanda, ou até numa enfermaria; essa cadeira aí foi tirada, já que ela não tem utilidade, ela foi enviada pro setor de manutenção pra lá ter um fim devido; né. Creio eu. Porque só ficou realmente as coisas que está sendo usada. Inclusive aqui na enfermaria, é uma enfermaria nova, foi reformada há pouco tempo; então não tem nada assim.
Ametista	O processo iniciou com pequenos grupos; até que todos ficaram de cara nova. O empenho foi muito grande.
Calcita	Aqui o primeiro passo foi o condicionamento dos cuidados integrais. Essa foi a norma, que pelo menos chegou ao meu conhecimento. Mas só que infelizmente, pelo menos no período que eu trabalhava, mas enquanto deu pra gente ir fazendo assim os cuidados integrais, nós fizemos. Mas só que sobrecarregava umas, e outras não.

APÊNDICE F – Quadro 03

Cristal	Olhe, nós tivemos no ano passado um simpósio, que foi direcionado pra isso. Nós passamos doze horas aqui na casa; a enfermeira deu pra gente, que trabalhava no hospital, doze horas na escala; só pra que toda a... o grupo participasse. E teve um grande rendimento, né; porque a maioria veio, né. Foram duas ou três colegas que não participaram. E aí a gente sempre trabalhou em cima disso. Fizemos programas, pesquisas, e aulas... foi ótimo! A gente trabalhou em cima disso. Pessoas que trabalhavam também na área da APAE ³² também vieram falar a respeito da prevenção; pra gente também não vim a se contaminar, porque era muito importante; e pra gente que trabalha nessa área a gente está sempre exposto. Então os riscos; e nossa enfermaria é uma enfermaria que a gente trabalha com gastro, com paciente de hepatite tipo C. Então a gente trabalho muito em cima de como preservar o paciente e nos preservar também. A partir dos “5S”, a gente procurava sempre trabalhar em cima do que foi dado e acrescentado. Assim: Estar atento ao paciente, a forma de administração, a... o cuidado com o manuseio de medicamentos; essa coisa. E foi mantido porque... as identificações; ela trabalhou muito em cima disso; entendeu? O que eu vi aqui foi isso. O que eu via mais eram as faxinas que nunca acabavam!
Rubi	Ah, você me pegou agora! Eu não me lembro. Eu não me lembro assim, os procedimentos; entendeu? Porque tem muito tempo, tem muito tempo, muito tempo mesmo. Porque isso foi em 97 que começou a ser implanta..., acho que foi em 97 que começou a ser implantado aqui. A época que eu estava aqui foi em 97, quando eu estava reciclando aqui foi em 97. Eu me lembro... eu não tenho a memória certa assim não. Porque depois, eu lembro assim, que depois eu fui contratada e não continuou, entendeu? Quer dizer, deve ter continuado, mas assim, muito, muito fraco. Porque quando, quando era... quando foi implantado mesmo realmente era assim: Tudo era “5S”!Tudo era “5S”, tudo era Qualidade Total, tudo... sabe? Tudo envolvia o...aquele, aquele programa.
Safira	Eu acho que em termos do planejamento, né; de como você trabalhar, tendo os recursos, né; e aí facilita, né, a assistência; porque você vai ter, por exemplo: Se você trabalha de uma forma organizada, né, e... você aí vai ter uma assistência melhor pro paciente. Então.. a qualidade está envolvida em vários aspectos; desde o recurso material, a questão da organização do serviço também, pra facilitar; até porque o cliente mudou muito, a percepção do cliente de uns anos pra cá... ele exige praticamente que a gente tenha também uma estrutura também voltada pra isso. Ele inclui também isso como uma realidade. Então o hospital envolveu a gente profissional nessa compreensão do processo. É... em relação também a passagem de plantão, a importância da passagem de plantão. Tanto receber como passar, plantão. A questão do atendimento, também, ao cliente; como atender o cliente. Nós temos no hospital hoje em dia, paciente de SUS, e tivemos também uma fase aí que a gente tinha paciente de convênio. Mas eu acho que o básico mesmo não era essa diferenciação de assistência, e sim, você atender da melhor maneira possível é... o todo, né; o cliente como um todo. Tentando atender as expectativas dele em relação, né; não só a saúde mas também os outros pontos. Atendendo também o familiar, dando uma assistência de apoio ao familiar; é... as medicações, entendeu? Eu acho que houve, acho que isso foi positivo. A gente chegar, receber o plantão, ir ver o paciente; ver o que é que aquele paciente necessitava, necessita, né; e a partir daí, começar o seu processo de trabalho, né; a rotina, que às vezes foge, porque às vezes você tem um paciente mais grave, uma coisa, né, que foge ao seu planejamento assim, normal. Mas, eu acho que o foco mesmo, o paciente, isso aí eu acho que a gente tem mantido.

³² Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Salvador.

APÊNDICE F – Quadro 03

Turmalina	Primeiro teve reunião referente a senso de responsabilidade, arrumação... aquelas coisas todas dos “5S”, sabe? Eu mesma vim pra minha enfermaria, continuei trabalhando da mesma maneira como eu já trabalhava antes. A gente tem que se colocar no lugar do paciente porque quando dói na pele da gente... Todo mês tem reunião, mas eu não venho de minha casa para assistir reunião nenhuma. Porque eu acho que os “5S” tem de ser no dia – a – dia.
Turquesa	Puxa, agora você me pegou! O que é que eu vou falar do serviço de enfermagem dentro desse padrão de “5S”? Bem, a gente agora, daí pra diante a gente teve mais um cuidado, né. A satisfação do cliente... o cuidado, de contato assim; os problemas, a organização da unidade, a gente já se preocupava de antes de sair do quarto do doente, olhar tudo, se o armário estava arrumadinho, a cama; prestar uma assistência boa, explicando, esclarecendo ao cliente o que ia fazer, porque ia fazer; pra o paciente ter mais uma satisfação, de ver; e a gente vê né, a satisfação; da... dos 5S pra cá isso ficou mais

f) COMO ERAM DEFINIDOS OS INDICADORES DE QUALIDADE DO SERVIÇO?	
Ágata	Tinha uma supervisão. No caso tinha uma supervisão que vinha, um supervisor que sempre vinha às unidades com um tempo... determi, de um tempo pra outro, eu não lembro o espaço de tempo, eu sei que vinha observar, vinha; ta entendendo? Fazer assim tipo... um levantamento pra ver se estava sendo seguido, se precisava corrigir alguma coisa... e, e, incentivar pra a que a gente também não deixasse esse pensamento cair. Isso aí tinha.
Amazonita	Não sei.
Ametista	Esse aí eu não sei responder não.
Calcita	Não sei.
Cristal	Pra indicar que estava tendo êxito; ela queria ver se estavam realmente usando o material. Vamos dizer: se estavam usando, a quantidade de boxes. Se tinham dez seringas; se fossem utilizadas as dez é porque estavam fazendo de forma correta, não estavam guardando de uma medicação pra outra; entendeu? Se estava sobrando nos boxes, essa coisa assim. Aí a gente conseguia ver se estava tendo êxito, se todo mundo estava fazendo exato, assim; pela programação de gasto, o controle. Vamos dizer: Tem dez seringas, vai haver dez medicações. Por que fizeram as dez medicações e sobraram três seringas? Ela sempre estava atentando pra isso; como fazer a coisa pra não ultrapassar nem sobrar; que tinha que ser aquilo certinho.
Rubi	Tinha... tinha... uma pessoa, não sei se você conhece, dona fulana. Ela era a pessoa que fiscalizava esse setor na enfermagem. Aí tinha é... controle total assim, na época tinha controle total de escara, o paciente não podia ter escara de jeito nenhum. Só que era assim: Quando vinha de outra enfermaria pra cá aí já vinha com escara. Então a gente tinha que tratar a escara aqui pra não evoluir; entendeu? Eu me lembro que era muito assim, era muito rígido mesmo. E foi uma coisa que deu certo! Eu achei que deu certo porque, foi uma coisa que foi muito, teve muito empenho dela; que ela foi uma pessoa muito assim... é... muito... cobradora assim da gente. Ela vinha mesmo e dava aquela estrutura pra que a gente trabalhasse, entendeu? Não era aquela coisa que ficava solto, porque depois ficou assim, eu acho que depois ficou jogado, entendeu? Não sei se ela saiu do Programa, não sei. Não sei o que foi que aconteceu que depois eu achei que, ninguém nem se fala, hoje em dia se você perguntar quem fala de “5S” aqui; ninguém. Algumas pessoas podem até ter lembrança, como eu estou dizendo a você na minha época, eu não tenho memória pra essas coisas. Porque, o dia-a-dia você vai passando, as coisas vão passando e ninguém vai falando mais, também você termina esquecendo.

APÊNDICE F – Quadro 03

Safira	Olha, é... escara... foi um indicador de assistência que se buscou. Aqui a gente não tem. Por aqui ser uma clínica cirúrgica, onde a rotatividade é, hospital dia também, a rotatividade aqui é muito; então, não posso lhe dizer com muita segurança como em uma clínica médica, que os pacientes são crônicos, são acamados; mas, os poucos que a gente recebe crônicos, a gente não deixa adquirir escaras. Porque a gente sabe que escara apesar de ser... de a doença de base interferir; alimentação, estado nutricional, tudo isso; mas a gente sabe que também é um indicador de qualidade da assistência. Então escara, flebite também a gente faz o possível pra evitar, pra tentar seguir a rotina de troca de cateteres; queda, a gente não tem queda; não porque tenha o que deveria ter, mas mais pela questão de vigilância, de sempre estar próximo; paciente que tem mais riscos é... a gente tentar colocar em uma cama com grade, embora a gente só tenha aqui poucas, a gente não tem em todos os quartos; mas a gente procura, quando tem um paciente idoso, ou um paciente agitado, a gente faz o possível pra tentar colocar ele num quarto grade pra evitar queda; que a gente sabe que também é um fator de, é um indicador de qualidade. Que eu me lembre... não dá pra lembrar tudo de vez. A gente não tem tido nem quedas, nem flebites, nem escaras. Medicamentos também, é... erros de medicamentos aqui. É difícil pra gente falar, porque seria o ideal se as pessoas que tivessem gerenciando, né, é que vão ver essas falhas. Mas assim, fazendo uma autocrítica, uma auto-análise, a gente não vê assim muitos problemas com medicamentos. Vê assim embolada, às vezes, por ter a medicação no Hospital. Mas não de não ter administrado, ou ter administrado errado, isso aí não, isso aí a gente tem bastante cuidado.
Turmalina	Aqui se utilizou muito os indicadores de infecção hospitalar.
Turquesa	: Isso aí eu não sei, se teve eu não reparei não.

g) VOCÊ TINHA CONHECIMENTO DOS PADRÕES OPERACIONAIS EXISTENTES? COMO OS UTILIZAVA?	
Ágata	Ah! Isso aí eu não sei te responder não.
Amazonita	Não... Assim eu não sei dizer porque tinham umas reuniões; e participava uma pessoa da enfermagem. Mas não era eu essa pessoa. Essa pessoa trabalhava pela manhã. Ela nos passava algumas coisas; mas esse negócio de padrão eu não me lembro.
Ametista	Também não sei responder.
Calcita	Também não sei.
Cristal	-----
Rubi	-----
Safira	Nós tínhamos o manual dos “5S” e algumas apostilas descrevendo técnicas de curativo, lavagem das mãos, que era muito frisado pela CCIH e pelos representantes da qualidade.
Turmalina	Como eu já disse a você, não tem nenhuma novidade. Tudo isso aprendi na escola.
Turquesa	Tinha assim umas apostilas explicando como realizar curativos, lavagens das mãos, essas coisas.

APÊNDICE F – Quadro 03

h) QUAL ERA O NÍVEL DESEJADO DE DESEMPENHO DA QUALIDADE?	
Ágata	Eu acho que o nível de desempenho esperado, eu acho assim, em termos de percentagem era 100%, né; que a gente só espera o melhor. Pode não ter atingido os 100% porque... trabalhar com ser humano sabe como é que é: Uns colaboram, outros não; mas eu acredito que tenha assim, um benefício de uns 70% nesse trabalho a gente teve de, de, de qualidade, de... coisas boas, pra o hospital, pra... pra gente poder trabalhar, pra os pacientes ter um resultado positivo.
Amazonita	O melhor possível, né. Desempenho, o melhor possível... Infelizmente, aqui, você sabe né. É aquela coisa. A gente faz o máximo! Mas aqui é um hospital... que... eu acho, eu, na minha opinião particular, eu acho que o problema maior é o problema do elevador. Tem dias que só tem um elevador funcionando. Aí você imagine o que um elevador funcionando pra... atender todos os setores do hospital. Isso vai incluir o que? Da alimentação ao óbito. Automaticamente, né? Então como é que se pode falar em qualidade, né; numa situação dessas? É como eu já te falei, né. A expectativa de todas as funcionárias era a melhor possível; só que... muita coisa deixava a desejar e não dependia de nós... Uma das coisas é, na minha opinião eu acho que é isso, é o elevador. Mas hoje, agora; mudou, né. Inclusive hoje disse que começou a funcionar dois elevadores novos. Já trocaram dois elevadores social.
Ametista	O que tivemos mesmo! Se nós demos o máximo!
Calcita	Todo mundo espera o nível máximo, né; de tudo. Pra que tudo dê certo conforme foi planejado. Mas, acho que no caso da enfermagem ainda tem que se ver muita coisa, muita coisa mesmo. Não adianta também a gente querer qualidade e você não dar suporte pra isso.
Cristal	O nível dela era, disse que ela queria, gostaria de alcançar os 100%, né. Mas que contanto que todos que fosse feito seria válido. Então que a gente ia começar e que cada qual fizesse o melhor de si; e que, o que não fosse conseguindo a gente depois ia aparando as arestas. Foi essa palavra até que ela usou!
Rubi	Ah, ela queria excelência, né! Mas nunca... Porque aqui é assim: Existe um nível de exigência assim... alto. Mas se você for ver, você não tem, tem dia que você não tem agulha, tem dia que você não tem seringa, tem dia que você não tem algodão, não tem álcool, não tem... não tem o básico. Então às vezes a gente entrava em conflito com o pessoal do programa; por que? Queriam excelência no programa mas não davam estrutura à gente pra trabalhar! Então você não pode ter excelência numa coisa que você não tem estrutura! E isso, isso existia muito assim; a cobrança era demais. E quando era em relação assim à serviço, prestação de serviço, paciente, você-paciente não. Isso aí era excelência! Mas em relação à estrutura, de, de... cama, paciente reclamava de cama, reclamava de piso, reclamava de tudo! E você não tinha estrutura! Como é que você pode trabalhar sem você, até hoje existe isso aqui. Melhorou, mas continua. Tem dia que a gente não tem agulha, tem dia que a gente não tem uma seringa de 20cc; tem dia que não tem jelco, tem dia que não tem scalp, tem dia que não tem algodão! Entendeu? Então é muito difícil você trabalhar, se você desse estrutura, desse respaldo, você poderia até cobrar! Mas sem estrutura eu acho que não, aí a gente entrava, o pessoal da enfermagem entrava em conflito com a chefia por isso.
Safira	Acho que era o que é atualmente ainda, né. Que é a gente assistir bem o paciente. E que lá fora também o Hospital seja visto como um serviço público, mas, não com a imagem de serviço público ruim. Mas sim um serviço público que tem suas dificuldades, mas que tem pessoas envolvidas, pessoas compromissadas. Eu acho que isso não... é ... pra mim talvez seja difícil de falar; mas eu considero; não se porque a unidade tem profissionais, a maioria antigo, e... há um contraposto aqui, que às vezes a pessoa tem uma idéia de que quanto mais velho o funcionário, mais preguiçoso, menos

APÊNDICE F – Quadro 03

	<p>motivado; e o que me deixou mais motivada nessa unidade foi justamente isso. São pessoas de dezoito, vinte, vinte e cinco anos, tem gente até de trinta. E é uma unidade em que as pessoas estão com a cabeça voltada pra o que está acontecendo, a realidade. Então a gente... eu me sinto feliz por estar aqui, porque a gente vê que embora o tempo de serviço, as pessoas estão abertas, estão trabalhando não com a cabeça fechada, estão trabalhando voltadas pra o que está acontecendo lá fora, e a gente tentar trazer pro serviço público, o que tem de melhor. Agora claro que tem algumas coisas que a gente cria objeções, algumas restrições, porque, a gente quer que os serviços públicos não sejam privatizados. Então tem coisas do serviço privado, que atendem ao modelo público; mas tem coisas que não atendem, que a gente acha que muda a característica do hospital. Então a gente não quer, a gente não cria resistência, mas a gente procura discutir, de que não concorda com tal coisa e tal. Às vezes somos atendidas, às vezes não; porque infelizmente o processo não vem de, né; não se muda assim de baixo pra cima. Mas, a gerência do Hospital não é autoritária a ponto de implantar e pronto. Tem tido várias discussões antes de se iniciar um processo. Então eu acho que isso é um ganho; tanto pra gente quanto pro próprio serviço, né; como pro próprio paciente que é assistido aqui. Eu acho que o que se busca realmente é atender o cliente bem. Eu acho que não, não... Eu não me lembro exatamente o processo como um todo, mas eu sei que... no geral mesmo, o que foi estabelecido, que ficou realmente no grupo é o que eu já lhe coloquei aí algumas vezes.</p>
Turmalina	O nível era o melhor possível.
Turquesa	Não sei não.

i) AQUE SUPORTE VOCÊ SE REFERE?

Calcita	Material! Sempre faltando. Hoje graças a Deus muita coisa que faltava nós temos até em excesso. Por isso que eu digo: Olhe, gente! Hoje a 2B não é mais aquela de antigamente! Entendeu? Mas nós trabalhamos aqui sempre no improviso. Sempre no improviso.
---------	---

j) QUE MECANISMOS ERAM UTILIZADOS PARA MANTER O CONTROLE E MELHORAR A QUALIDADE DOS PROCESSOS?

Ágata	Puxa, o mecanismo que eu usava, às vezes até se tornava até um desgaste, até físico, porque... se alguém tirasse alguma coisa do lugar, e não fosse colocar... eu não sou muito assim de falar com as pessoas assim, de reclamar; eu fazia a minha parte e ainda ia fazer a do próximo, pra que... mantivesse sempre aquela organização.
Amazonita	Isso aí eu também não te dizer. Por exemplo: Às vezes, o rapaz descia com o lixo e aí a gente pedia pra ele que quando tirasse o lixo de lá pelo menos fazer uma desinfecção. Agora se ele fazia ou não, isso aí eu não sei.
Ametista	Arrumação constante. Em relação á assistência ao paciente, modéstia a parte, nós temos nota dez!
Calcita	Na base do improviso, sempre! Mas sempre improvisando e levando em conta o risco que podia ser levado ao paciente; entendeu? E todos os improvisos que a gente fazia a gente estava sempre querendo o bem estar dele. E o nosso também.
Cristal	Não existia secretária, introduziu secretária na unidade pra separar, pra botar os medicamentos; a farmácia vem trazer medicação pra gente; que às vezes tinha problema que a gente tinha que descer pra pegar remédio, essas coisas toda. Aí, facilitavam isso pra gente. A devolução, que seria feita por esse secretário sempre que

APÊNDICE F – Quadro 03

	o paciente saísse de alta, óbito, alguma coisa assim. A arrumação do prontuário, né; que ficou pra cargo dele, e não ficou mais com a enfermagem.
Rubi	Acho que a melhor forma seria o diálogo, né; com a chefia. Aqui a gente sempre se deu muito bem com o pessoal da Divisão de Enfermagem. Pelo menos eu nunca tive problema com... de nenhum nível, nenhum tipo. Nem em relação à queixa de paciente, nem relação à queixa de colega, nem de chefe, nem de ninguém. Então eu acho que o diálogo eu acho que era o melhor caminho.
Safira	A gente tem o prontuário do paciente onde são feitos registros, e, esses prontuários, não diariamente, mas, periodicamente são auditados. Então através da auditoria também se faz esse tipo de... não é nem apuração, mas é com se fosse um acompanhamento; e também a enfermeira, né; enfermeira de manhã, por exemplo: Hoje de manhã, de tarde e de noite. Aí a enfermeira de amanhã de manhã, que é a enfermeira, que é chefe da unidade, ela através do prontuário ela vai buscar né. O que descreve em prontuário, vai ver as medicações também se foram administradas, vai pro paciente pra ver se realmente o paciente foi bem atendido, se teve algum problema na assistência, e... pela passagem de plantão também, monitorando se, quais foram os problemas, se esses problemas foram gerados.
Turmalina	-----
Turquesa	Nós tínhamos o... oh, meu Deus como é que eu vou lhe explicar! A enfermeira fazia assim, tipo um mapa... aí... sabe? Um mapeamento assim e, a cada mês ela fazia uma pontuação e pintava lá naquele quadro, com as cores, se subiu, se desceu, se manteve o mesmo.

k) QUEM ERAM AS PESSOAS CONSIDERADAS RESPONSÁVEIS PELA GARANTIA DA QUALIDADE?	
Ágata	No hospital, a CCIH; na Divisão de Enfermagem na ocasião a enfermeira.... eu acho que era a enfermeira fulana; e nas unidades, e nas unidades... tinham umas pessoas, né, que trabalhavam juntos, era uma equipe. Cicrana, uma grande colaboradora também. E nas unidades era assim, era um grupo. A facilitadora, e aí então vinha, é... um grupo de pessoas, em que eu fiz até parte também, como facilitador, na unidade; na ocasião, logo quando foi implantado, durante algum tempo. Depois mudou-se pra outras pessoas.
Amazonita	Uma enfermeira que trabalhava isso.
Ametista	Todos eram fiscais de todos!
Calcita	É uma equipe multidisciplinar! Então todo mundo, de qualquer forma tava, é... fazendo um pouquinho.
Cristal	Puxa, na época não tinha assim uma pessoa não. Normalmente era direcionado à enfermagem, né? À enfermeira. Mas sempre, que a gente sempre tem um grupinho, aí juntava o grupo, fulana., eu, ela; aí a gente marcava reuniões. Vamos fazer um mutirão! Porque sempre se encabeçou mesmo era fazer as faxinas, arrumações da unidade, limpeza. Era beltrana, e aquela... como é? Cicrana... aí o grupo se reunia e vinha; entendeu? Dependia da necessidade, da enfermagem que estava precisando dos “5S”. Aí, vamos ver que dia, marcava o encontro. Porque os 5S aqui realmente se baseou muito nisso, na arrumação da unidade; entendeu? Porque estava uma bagunça total! Era muito papel, muita coisa solta; os boxes da medicação sujos, encardidos; entendeu? Aí, a gente se voltou muito nisso.

APÊNDICE F – Quadro 03

Rubi	Tinha uma pessoa. Aqui eu não sei quem era. Mas na época que eu fiz o estágio na outra enfermaria tinha uma auxiliar respondendo, eu não lembro como é que chamava o nome da pessoa que ficava responsável pela... pela organização, pela continuação dos “5S”. Eu não me lembro, mas tinha uma pessoa, uma auxiliar de enfermagem.
Safira	O enfermeiro. A princípio... quer dizer, o enfermeiro e os profissionais. Acho que todo mundo tem que estar envolvido. Agora, a questão mesmo de monitorar pra ver se realmente ta seguindo, é o enfermeiro. Porque se o enfermeiro não acompanhar o processo, não cobrar... então aí fica um faz, outro não faz. Aí vai depender de consciência, né.
Turmalina	Eu acho que todos que trabalham são responsáveis. Do diretor ao servente, do servente ao diretor. Para mim, em primeiro lugar é o paciente. Você sabe que num lugar onde existe várias pessoas existe atrito.
Turquesa	Eu acho que era a chefia da unidade.

D) QUE ALTERNATIVAS ERAM UTILIZADAS DIANTE DE QUEIXAS, ATITUDES DE INSATISFAÇÃO E RESULTADOS INDESEJADOS?	
Ágata	Olhe, quando alguma do paciente normalmente, primeiro eu conversava com o paciente, eu mesma pra poder ver, é... o que é que estava acontecendo e o que era que eu podia ajudar. Se a minha ajuda não fosse possível eu falaria coma a enfermeira, independente de eu poder ajudar ou não eu sempre passava isso pra minha chefe imediata, ta entendendo? E então ia estar junto com o paciente conversar, ou chegar até o serviço social, pra poder ajudar o paciente... no que fosse necessário.
Amazonita	Geralmente eu comunicava a enfermeira do setor e ela ia verificar, tentar resolver. Quando ela não conseguia, ela encaminhava pra Divisão de Enfermagem.
Ametista	Nós ouvíamos a queixa, passávamos para a enfermeira, ela ia, conversava e procurava investigar. Quando ela podia resolver, ela resolvia; quando não, ela passava o problema para a chefia de enfermagem.
Calcita	Em caso de queixas, pra mim fica meio difícil falar. Porque eu nunca, pelo menos nos meus plantões eu nunca vi ninguém se queixar de nada.
Cristal	Era pra falar com a enfermeira, e entrar em contato com ela, pra aí a gente resolver novamente como; entendeu? Ela orientou assim! Essa enfermaria é um grupo assim muito unido, entendeu? Às vezes tem queixa de paciente porque tem pacientes que são muito problemáticos, mas depois eles conseguem se adaptar à enfermaria porque o grupo é um grupo bom.
Rubi	No meu caso eu sempre passei pra enfermeira, né. Eu sempre passei pra chefia. E procurava conversar com as colegas também, pra ver o que tinha acontecido realmente. Já recebi realmente várias queixas de pessoas, de pacientes muito revoltados com funcionários, e o que a gente procurava fazer era conversar, né. Procurar resolver da melhor maneira possível pra que não chegasse até numa coisa mais grave; porque certos acompanhantes aqui, ele não procura você, não procuram as chefas daqui; procuram logo a Divisão de Enfermagem. E a Divisão de Enfermagem acha que o certo é o acompanhante, é o paciente; entendeu? Não sabe o que se passou, não sabe o que foi que aconteceu. Então na hora das vezes que chegava a informação que o paciente estava insatisfeito, imediatamente a gente conversava com a chefia pra que a chefia fosse, pra que a enfermeira fosse conversar com o paciente pra saber realmente o que aconteceu; pra que aquilo não acontecesse realmente e resolvesse da melhor forma possível.
Safira	Em relação ao cliente, a enfermeira geralmente ouve as queixas, e procura apurar o que houve realmente, e ver o que é que pode ser feito diante da situação.

APÊNDICE F – Quadro 03

Turmalina	Eu sempre converso e procuro tentar resolver se estiver ao meu alcance. Quando não está ao meu alcance eu passo para a enfermeira da unidade.
Turquesa	Não sei. Isso aí eu não sei não.

m) QUE PESSOAS ERAM RESPONSABILIZADAS POR FALHAS NO RESULTADO DA ASSISTÊNCIA?	
Ágata	Sempre se cobrava da enfermeira, né. E a enfermeira cobrava as coisas das auxiliares.
Amazonita	Olhe, sinceramente; eu acho que não tinha uma pessoa responsável. Porque... o que se podia fazer, eu creio que foi feito.
Ametista	Quem fosse o responsável; quem estivesse assumindo naquele momento.
Calcita	Da assistência de enfermagem, sempre a enfermagem! Cada um tem que assumir o seu erro. Desempenhar da melhor forma possível; mas quando aparecia qualquer problema, era comunicado e a pessoa mesmo assumia seu erro. Era conversado. Divisão de Enfermagem também, pelo mesmo jeito.
Cristal	Quem cometeu a falha! Na administração de medicamento, qualquer coisa que acontecesse com o paciente; se a gente estava na enfermaria, no momento, era quem seria responsabilizado; quem estava acompanhando.
Rubi	Olhe, na verdade; o paciente ele responsabiliza todo mundo, fica todo mundo no bolo. Mas assim, aqui, eu falo aqui na enfermaria sempre tem uma pessoa assim; quando existia, existe. Quando acontece, tem sempre assim, funcionários que geralmente a gente já conhece, que são mais difíceis de conviver; mas que... num momento de descontrole, sei lá; fala uma coisa que não deve, alguma coisa assim. E o paciente fragilizado leva isso como... ao extremo; entendeu? Por que ele não está acostumado a ser tratado, porque a maioria não trata desse jeito; entendeu? Então, dois, três que tratem assim, ele já leva todo mundo, já coloca todo mundo no bolo. E a responsabilidade terminava caindo pra cima de todo mundo. Eu, que eu lembre eu nunca fui responsabilizada por nenhum caso assim não. Ah, você tratou o paciente mal, você respondeu mal, ou então; o procedimento que você fez foi errado, ou então, não foi satisfatório. Eu nunca... nunca aconteceu comigo. Mas conheço casos de pessoas que já aconteceu, de discussão com o paciente e tal; mas, que isso foi assim no momento de impulso; e que na maioria das vezes aquela pessoa não é daquele jeito. Mas ele leva, o paciente não quer saber; o paciente leva como se aquela pessoa fosse daquele jeito vinte e quatro horas por dia.
Safira	Os profissionais que tivessem no período onde ocorreu a falha. Porque infelizmente, né; é o que diz o código de enfermagem, o código de ético; é de que se houve falha num período, todos estão envolvidos; e responsabilizando, pra depois se ouvir cada profissional, pra ver aonde cada um errou, mas, o todo; ele é atingido, porque todos são considerados responsáveis por aquilo. Então é uma responsabilidade, coletiva, digamos assim.
Turmalina	Você sabe que em um hospital “nego” responsabiliza logo a enfermagem... Porque eu sou assim, se reclamar de alguma coisa que eu não fiz...
Turquesa	-----

APÊNDICE F – Quadro 03

n) EM ALGUM MOMENTO VOCÊ SENTIU-SE RESPONSÁVEL POR ALGUMA INSATISFAÇÃO DO USUÁRIO?	
Ágata	Não.
Amazonita	De jeito nenhum! Porque eu, o tempo que tenho aqui sempre procurei fazer... a minha parte; tá entendendo?
Ametista	Eu não, porque procurava sempre solucionar o problema dele... A gente ta sempre procurando é ajudar na verdade.
Calcita	Que eu me lembre, não.
Cristal	Olhe! Não. Não, porque a gente se... é porque a gente dava o máximo. A gente... não lembro aqui de um caso, de um paciente que realmente... teve queixas assim à ponto de a gente se sentir responsável. Porque nós sempre temos problemas, mas são problemas que a gente ao longo do tratamento a gente consegue contornar. Porque começa-se o problema, mas no fim, a gente consegue arrumar as coisas e o negócio anda.
Rubi	Eu especificamente, não.
Safira	Que eu lembre não. Que eu lembre não, viu. Porque às vezes ele ficava insatisfeito porque não foi prescrito, o médico ainda não veio. E isso era uma coisa que a enfermagem não... de uma certa forma a gente ficava envolvida porque tinha aquela... né, cobrança e tal. Então a gente ia procurar resolver o problema justamente pra amenizar o estresse. Tanto dele, como nosso também. Mas não que fosse uma coisa voltada realmente pra... não me lembro de ter nenhuma situação assim não.
Turmalina	Eu não, graças á Deus, não. Porque o insatisfeito comigo, no fim termina satisfeito. Eu procuro conversar, esclarecer tudo, e aí o paciente termina ficando satisfeito.
Turquesa	Assim, num modo geral, a gente sempre, às vezes se sente, né. Procura saber dele o que é que está acontecendo e tal, às vezes a gente até conversa com, à nível de colega e tudo, pra ver se consegue fazer uma coisa melhor. Eu, pessoalmente, eu me sinto responsável por cada paciente meu, principalmente aquele que fica sob o meu cuidado naquele dia. Agora, quanto aos outros eu não sei lhe dizer.

o) DURANTE A EXECUÇÃO DO PROGRAMA DA QUALIDADE, EM SUA UNIDADE HOUVE ALGUM CASO DE REINTERNAÇÃO; ADIAMENTO DE EXAMES, CONSULTAS OU OUTROS PROCEDIMENTOS? QUAL O MOTIVO?	
Ágata	Eu acho que houve porque no caso tem pacientes que foram internados pra fazer um determinado tratamento, depois tem alta, vai embora; e lá fora o paciente termina não se cuidando, não segue realmente é... corretamente o que o seu médico manda, e termina voltando até por... pelo próprio paciente não seguir à risca né, as determinações do médico.
Amazonita	Não.
Ametista	Não. Só em caso de cirurgias de duas ou mais etapas.
Calcita	Houve vários casos de reinternação. Mais por falta de cuidado do próprio paciente. A maioria dos casos que foram, teve reinternação foi isso. Eles não seguiam as orientações médicas e de enfermagem.
Cristal	Houve! Vários. Pelos problemas crônicos, né.
Rubi	Vários. Aqui a maioria das vezes o paciente vai e volta. Ele recebe alta, e... por qualquer problema re-interna. Tem vários casos aqui, vários. Geralmente o paciente tem um declínio de tratamento. Aqui ele faz o tratamento certinho, toma medicação no horário certo; mas geralmente chega em casa ele não faz; entendeu? Então, é atribuído a isso, a falta da continuação do tratamento; quer dizer, eu pelo menos considero isso.

APÊNDICE F – Quadro 03

Safira	Houve. Houve. É... uma paciente fez cirurgia plástica, tinha um câncer de mama, e aí fez uma mastectomia ³³ , e... teve infecção nos pontos, e retornou pra tratamento, com antibióticos. E... voltou satisfeita. E o médico explicou a ela, que realmente o caso dela tinha essa possibilidade, né. Mas ela não ficou insatisfeita, não achou que houve nenhum problema que fosse gerado por profissional. E... inclusive essa paciente, no dia não tinha vaga na unidade, ela iria pra uma outra unidade pra ser assistida pelo médico, né; e ela pediu que queria vim pra cá, queria vim , só queria vim internar o dia que tivesse vaga pra vim pra aqui. Quer dizer: Criou o vínculo, né. E a questão mesmo de você se sentir seguro. E poderia ser uma pessoa que podia até se sentir insegura, né.
Turmalina	Aqui é difícil. Tem reinternação assim, porque tem cirurgias que fazem primeira etapa, segunda etapa... Mas por recaída é difícil.
Turquesa	Houve. Os motivos... olhe, como eu disse a você no início: deficiência da instituição, às vezes um elevador quebrado, paciente acamado, de maca não tinha como descer. Às vezes uma falta daquele material para fazer o exame, às vezes o que, redução do número de funcionários na unidade; você não podia, não conseguia prestar aquela assistência toda, com o quadro reduzido; e... reinternação teve, por causa do próprio doente que se agravou e voltou, foi internado novamente; sempre havia isso aqui.

p) CONHECIA-SE A ESTABILIDADE DOS PROCESSOS?	
Ágata	Não sei.
Amazonita	Isso aí eu não sei não.
Ametista	Isso aí eu não te responder.
Calcita	Não sei.
Cristal	Ah! Isso aí eu não sei.
Rubi	-----
Safira	Não.
Turmalina	-----
Turquesa	Também não sei.

q) QUE CONDUTAS ERAM ADOTADAS DIANTE DE IMPREVISTOS, VARIAÇÕES E MUDANÇAS DE MODO GERAL?	
Ágata	Essa pergunta aí eu não vou saber responder não.
Amazonita	-----
Ametista	Condutas? A conduta é sempre a mesma, quem chega é que tem que se adequar. Nós funcionários somos a estação e quem está no cargo é o trem. A conduta é a mesma.
Calcita	-----
Cristal	Quando era detectado alguma falha era pra a gente ir junto á enfermeira e relatar o que estava acontecendo. Ela ia junto à Divisão, ela ia tentar resolver o problema. Se ela não pudesse ela levaria pra Divisão pra resolver. A gente estava até com uma enfermeira muito boa aqui. Então uma enfermeira assim, mão na obra; entendeu? Que ela ia pra assistência e... trabalhava junto com a gente, não tinha problema nenhum. Mas o grupo é um grupo bom. Eu estava falando pra enfermeira, que a gente aqui é um grupo ótimo e

³³ Cirurgia plástica em que ocorre a remoção da mama em extensão variável, podendo ser total.

APÊNDICE F – Quadro 03

	ela não sabe conhecer a equipe que ela tem. Porque nosso, esse hospital nós temos enfermaria que dá problema. E aqui, a gente teve uma época que essa enfermeira que eu disse que é muito boa, o pai teve infarto e a mãe também teve problema de saúde, ela teve que se ausentar. E a gente conseguiu caminhar sem uma enfermeira pra chefiar! A gente estava sem enfermeira, entendeu? E a enfermaria, lógico, isso aqui é uma clínica médica, é uma enfermaria pesada; tem intercorrência. Mas apesar de a gente estar sem uma enfermeira pra estar na frente lidando, a gente conseguiu superar. E, tivemos até uma ajuda da Divisão porque aqui realmente é pesado, entendeu? Mas a gente conseguiu sobreviver, graças ao grupo, né; porque havia união no grupo! Mas foi tranqüilo.
Rubi	Isso aí era sempre conversado com a enfermeira da unidade. Geralmente a enfermeira reúne os funcionários e conversa. Pelo menos ainda é assim. Existe pouco, não existe muito esse tipo de coisa aqui. Mudança de conduta mesmo pela Divisão de Enfermagem sempre vinha uma CI ³⁴ , uma coisa que todo mundo ficava sabendo, e a gente se reunia pra conversar e falava uma pra outra pra que as coisas andassem e dessem certo. Porque aqui é um hospital público, é um hospital universitário e... existe uma preocupação, eu acho né, que existe uma preocupação assim, em manter as coisas em ordem, mas não tem aquela... é... aquela cobrança... do menor pro maior. A gente cobra muito assim, entre a gente, entre as colegas, funcionários; que a gente se dá muito bem. Mas assim... não tem aquela abertura pra chegar na Divisão de Enfermagem e dizer: olhe eu estou, está acontecendo isso e isso comigo. Ou então: está acontecendo isso e isso com... determinado paciente, entendeu? Acho que não tem. Não tem tanta abertura assim não. Porque também o pessoal deixa lá... o barco correr.
Safira	Olha, se surge algum problema de ordem organizacional, a gente passa pra enfermeira que está no período, e também tem uma supervisora na Divisão de Enfermagem que também possa resolver um problema, que seja um problema de maior amplitude, né. Ou a gente aciona ela ou então a própria enfermeira no caso de não poder resolver. Em relação ao cliente, o estado geral, né; a gente tem a enfermeira como apoio, e o médico de plantão que atende os casos necessários. E o próprio profissional, dentro do que ele pode fazer também, ele tem um certo discernimento, né. Pelo menos em alguns lugares a gente vê isso. Aqui, não sei se pelo tempo também de atuação das pessoas, existe essa facilidade, de discernir. E aí já vai acionando, uma já vai fazendo uma coisa, outra já vai fazendo outra; sem ultrapassar o limite da atribuição do profissional. E em relação à organização do trabalho, se a gente vê desarrumado, uma vai arrumar; às vezes uma chama a outra e diz: ‘Olhe pra aí o que você fez de errado.’ Não se aborrece, entendeu? O grau de intimidade, né; já existe a ponto de a gente não se aborrecer com esse tipo de coisa; pelo contrário. O objetivo é melhorar. Então se uma não está fazendo certo, a outra já dá um toque; não de uma forma grosseira; mas sutilmente. E aí as pessoas vão se adequando.
Turmalina	-----
Turquesa	-----

r) COMO VOCÊ SE PERCEBIA COMO AGENTE FACILITADOR DO PROCESSO?

Ágata	Eu me percebia como uma colaboradora, disposta a ajudar realmente, a fazer; não media esforços pra contribuir com a minha parte. Eu achava, eu gostava de... de atuar, de ajudar. Não tinha assim nenhuma, nada que eu não pudesse estar sempre disposta, colaborando. Ao contrário, eu tava sempre me oferecendo pra ajudar a fazer os trabalhos.
-------	--

³⁴ Impresso utilizado como meio de comunicação interna (dentro do contexto da organização).

APÊNDICE F – Quadro 03

Amazonita	Eu procurava fazer a minha parte!
Ametista	Eu sempre procurei fazer o melhor, na medida do possível.
Calcita	Eu tentava fazer o máximo de mim, dar o máximo de mim; Durante... esse período, esse processo. Mas sempre, de pé atrás; porque se eu não tinha o suporte pra aquilo, não ia adiantar tanto eu me dedicar, fazer tudo aquilo; se eu não ia ter aquele retorno... porque eu não estava tendo o suporte que precisava, então a gente fazia tudo dentro da medida do possível.
Cristal	Eu procurava sempre colaborar com tudo que era proposto. Inicialmente fiquei assim, assustado, né! Lá vem mais coisa pra gente fazer, mais cobrança! Mas depois a gente viu que se organizando, dava até pra trabalhar melhor e mais rápido.
Rubi	Assistindo palestra, aqui na época tinha, né; muitas palestras, muitos cursos assim. É... chama reciclagem de... reciclagem de... aplicação de medicação. A gente assistia aula, quer dizer; quando se tinha tempo de sair daqui, porque geralmente as aulas eram na hora de trabalho da gente. Eu assistia palestras pra... pra ver se melhorava, né. Muitas coisas eu aprendi aqui, muita coisa que eu sei que... eu aprendi no curso, mas só que no curso você não tem a prática; aprendi... Eu cheguei aqui super insegura e melhorei assim 1000% em relação ao que eu era. E procura ajudar, e quando tinha assim palestras e tudo eu ia, eu procurava sempre ir. E em relação ao paciente, minha conduta com o paciente sempre foi aquela... de... além de ser auxiliar de enfermagem, além de ser funcionária, eu queria ser humana também pra não... ficar aquela coisa de pessoa dura fria, não pode ser, eu acho que não pode ser assim. Você tem que levar, além de você ter o seu trabalho, fazer o seu lado técnico, você tem que também ter o lado humano. Porque o paciente está ali fragilizado, geralmente está deprimido, a maioria das vezes deprimido; principalmente aqui, hospital público, é... condições de alojamento pra acompanhante não existe. Então, é uma... uma... Você tinha que... Eu sofri muito aqui, porque a... eu agora consigo separar o pessoal do profissional, porque eu me envolvia muito com paciente aqui dentro. E não deve, não deve acontecer.
Safira	No início um pouco insegura assim, por não conhecer direito o processo. Mas depois com a compreensão, não sei se..., é claro; a minha compreensão pode ser diferente da sua ou de outra, mas dentro do que, da minha compreensão; eu procurava conversar com os colegas, principalmente do período, porque eu tenho uma certa dificuldade de encontrar pessoas do período anterior por causa do meu horário. Então, sempre uma chega primeiro e recebe o plantão, né. Mas assim, dentro do possível, passar pra outra o que eu sei um pouquinho, porque a gente nunca é sabedor de nada, de tudo; então alguém também passou certamente alguma coisa pra mim, e agente foi servindo, e vai servindo, como multiplicadores, né.
Turmalina	-----
Turquesa	Eu sempre procurei colaborar com o serviço.

s) DE QUE FORMA VOCÊ BUSCOU ESSA COMPREENSÃO A QUAL SE REFERE?	
Safira	A gente teve o, o... instrumento, né. Teve na unidade, dizendo: O que era a Qualidade Total, como funcionava a qualidade nos serviços; eu não tive acesso assim, ao processo todo como eles colocaram, como foi desenvolvido. Mas assim, o que buscava, e como se alcançaria o processo, né. Então a gente teve conhecimento. E também leituras, né. Que a gente vai lendo um pouquinho daqui, um pouquinho dali, e vai... compreendendo. Então, agora eu já me sinto mais segura, entendeu? Não sei se tudo, não; não sei realmente, com certeza não sei tudo; mas alguma coisa eu já me sinto mais segura.

APÊNDICE F – Quadro 03

t) QUE EXPECTATIVA O USUÁRIO TINHA EM RELAÇÃO AO SEU TRABALHO?	
Ágata	Ah, o paciente aqui espera sempre o melhor, né, das pessoas que estão ajudando, que tão ali com ele; ele quer sempre o melhor, que é um direito que ele tem; ele quer o melhor. Nunca tive nenhuma queixa não... sinceramente. Ao contrário. Já tive assim: É... a pessoa de sair, de estar aqui, e até, até parabenizar pelo meu trabalho.
Amazonita	A expectativa era a melhor possível porque a gente faz o que pode.
Ametista	A melhor possível.
Calcita	Expectativa era sempre a melhor! Eu nunca vi um paciente ter uma queixa minha. Inclusive tem até um caso em que o paciente estava falando: 'Eu não consigo ver você mal humorada, eu não consigo ver você reclamando com ninguém. Você sempre tem um jeito pra passar alguma coisa pra gente, passar um recado.' E eu, é desse jeito que eu trabalho
Cristal	Olhe, sempre a queixa não é em relação ao trabalho. É as acomodações, a alimentação. A queixa do paciente é essa porque na maioria das vezes o paciente vem se internar achando que o hospital é um hotel de luxo. Que ele vai ter água gelada, cama... não sei. Eu acho que é isso. Ele não vem com a intenção, a maioria, não vem com a intenção, de estar doente, sarar, ficar bom e ir pra casa. Ele vem pra cá, querendo; às vezes tudo aquilo que ele não tem na própria casa, encontrar aqui, entendeu? Reclama da comida, reclama da bebida, reclama da roupa de cama, da roupa de vestir... essas coisas assim. Então é um problema mais social do que de enfermagem.
Rubi	Melhor possível. Ele achava que, aliás ele achava não; ele acha, o paciente acha que o trabalho da gente tem que ser 100% pra ele; entendeu? Acho que em todo hospital é assim. Paciente acha que tem que ser 100% sempre. Em relação à tudo. 100% em relação à tratamento, eficiência de tratamento médico também, que eles colocam muito a gente como intermediário do médico. Mas na verdade quem leva a honra é o médico, você não tem honra nenhuma; você não tem agradecimento nenhum. Aliás a gente não está aqui pra receber agradecimento de paciente, né; mas, na hora do agradecimento ele diz: Obrigado doutor. Ele não diz obrigado em geral. Não agravando à todos, porque acontece de paciente sair daqui e voltar pra agradecer muito à gente. Mas a maioria das vezes, 90% das vezes o médico que leva a... a... o apreço.
Safira	Eu acho que todo cliente espera que a gente dê o melhor; não é? Então eu acho que o meu cliente espera que eu atenda todas as suas necessidades.
Turmalina	A expectativa era sempre a melhor. Porque aqui eu sempre cultuei aquilo que eu aprendi.
Turquesa	A melhor possível.
u) COM QUE FREQUÊNCIA AS NECESSIDADES DO USUÁRIO ERAM SATISFEITAS?	
Ágata	Todas que fosse possível
Amazonita	Sempre que possível. Porque, a gente cuidava... lidava diretamente com o paciente, né. Na época eu trabalhava em clínica médica. E clínica médica é aquele lugar, né. Tem todo tipo de patologia, né. E lá tem a especialidade de hematologia. E é uma especialidade que como a senhora sabe que ... o paciente sangra, né. Dentro do que a gente podia fazer, fazia o melhor possível.
Ametista	Sempre. Todas as solicitações eram satisfeitas.
Calcita	Quando o plantão era só de duas, duas pessoas, quando estávamos, é... em condições de fazer aquilo naquele momento. Quando não, quando não eram só duas, eram três ou quatro, então sempre que solicitado eram feito o procedimento. Sempre.

APÊNDICE F – Quadro 03

Cristal	Sempre que possível.
Rubi	Acho que em grande parte, em grande parte foi satisfeita. Na medida do possível, eu acho. Como eu falei, não tinha estrutu... não tem estru... não existe uma base; se você não tem base você não pode fazer 100%, né. Quando se pode, faz; e quando não pode tem que ser o que der.
Safira	Sempre que possível quase todas as necessidades eram satisfeitas! A gente assim... necessidades básicas, sim. Higiene, alimentação... Agora, a gente sente assim falta, um pouco, é de é... um psicólogo, um outro profissional mais preparado assim nesse, é... um paciente com uma doença de gravidade, não só pra ele mais pra família. A gente pode ajudar num conforto assim, mas tudo muito... por cima porque a gente não tem o preparo, né, adequado pra isso. Eu acho que um psicólogo talvez, tivesse uma... uma interação melhor e pudesse fazer um trabalho voltado mais pra eles. Em termos de medicação também a gente, não pôde, não pode sempre... fazer tudo como está prescrito; às vezes não tem a medicação no Hospital, às vezes o médico não deixou a receita pra que a gente oriente o acompanhante pra providenciar; então são coisas que quebram um pouco, né. O aspecto religioso, tem, paciente aqui. A gente tem uma igreja, a capela, tem missas aos sábados; então a gente quando pode, o paciente tem condição, e ele sente necessidade; ele vai; a gente deixa ele ir com o acompanhante, assistir a missa. Tem um padre, vem um, um, um assistente, ver se alguém tem interesse de ir, e aí avisa que a missa vai ser tal hora, dezesseis horas geralmente. E essas pessoas são atendidas, né, dentro da sua necessidade espiritual. Outras não são católicas, né; então aí, antes o hospital deixava entrar crentes, né; pessoas evangélicas esse serviço. Atualmente eu não vejo muito. Não sei se foi proibido, não sei o que houve. Porque também causava muito tumulto. Entrava muita gente e o hospital criou essa coisa da... o que entrar no hospital, até por conta de uma série de questões administrativas; então foi, é... diminuiu esse número. Não sei se... aqui na unidade a gente não tem visto muita necessidade nesse aspecto. Mas eu acho que quando surge, cabe a enfermeira, que está administrando o serviço, ela procurar atender a essa necessidade do paciente, que também é uma necessidade, né; espiritual.
Turmalina	Sempre que possível.
Turquesa	Sempre que possível.

v) QUE FERRAMENTAS VOCÊ UTILIZAVA PARA GARANTIR A SATISFAÇÃO DAS NECESSIDADES DO USUÁRIO E FAMÍLIA (OPINÁRIOS)?

Ágata	-----
Amazonita	-----
Ametista	Como eu disse anteriormente, sempre procurando fazer o melhor, na medida do possível.
Calcita	O improviso, que era o primeiro. Hoje eu já não digo que eu improviso tanto. Mas, o primeiro sempre foi o improviso; que uma vez uma enfermeira aqui, falou assim: ‘Se vocês fossem patentear tudo que vocês improvisam vocês estariam ricas! Ganhariam muito dinheiro!’ E a técnica, né; porque tudo tem que ter aquela técnica. Mesmo na base do improviso você tem que estar sempre mantendo a privacidade... e a segurança.
Cristal	Olhe, aqui sempre a gente procura assim trabalhar na base do improviso. Porque, os pacientes queixam que não tem um bebedor no corredor; não tem uma televisão pra eles em quarto. A gente às vezes tem grandes problemas porque muitos pacientes veio da Onco ³⁵ , e quando chegam aqui não consegue se adaptar à nossa realidade; entendeu?

³⁵ Unidade de oncologia.

APÊNDICE F – Quadro 03

Rubi	Isso eu não tinha como medir.
Safira	O paciente chegou, orientar o paciente, coloca-lo na cama, mostrá-lo, orienta-lo quanto à rotina da unidade, mostrá-lo o banheiro; se for idoso ou idosa colocar uma aparadeira, papagaio próximo; ligar pra nutrição pra comunicar a chegada do paciente, pra vim dieta; e aguardar o médico preceve-lo pra encaminhar à farmácia pra vim a medicação, pra poder a gente atender a questão do... da medicação, que também faz parte, que é a terapêutica. Verificação dos sinais vitais, e... Admissão às vezes a gente faz também. Às vezes a enfermeira faz, e... às vezes a gente também faz pra poder ir conhecendo um pouco do paciente, né. Aqui a gente tem essa facilidade, né; dos enfermeiros não terem problema da gente já ir... entendeu? Procurando saber se o paciente é diabético, se é hipertenso, se tem alguma história... prévia... e, olhando se o paciente tem risco, né, de queda, pra colocar grade, ou coloca-lo num quarto com grade; orientar a família a ir pro serviço social, pra justamente ver a questão do cartão, da doação de sangue, né. Então a gente manda pra lá pra que eles façam a parte deles em relação à orientação.
	Mas o que a gente faz? A gente procura facilitar ao máximo pra eles; se houver oportunidade, a gente dá um copo de água gelada, a gente oferece sem problemas. A gente procura se possível esquentar uma janta, uma sopa, um leite, sempre que eles solicitam ou têm necessidade; permite que eles assistam nossa televisão, que essa televisão é nossa, nós compramos!E nem por isso que eles não podem assistir, a gente facilita a entrada. Não tem problema! Então, a forma que deve procurar contornar os problemas é facilitando a vida deles quando se referem à coisas que realmente a gente pode abrir mão.
Turmalina	O que fosse possível a gente fazia; tá entendendo?
Turquesa	Na época tinha assim tipo uns questionários onde o cliente avaliava a assistência recebida; e dizia se ele estava satisfeito ou não.

APÊNDICE F – Quadro 04

QUADRO 4	AGRUPAMENTO DAS RESPOSTAS
	REPRESENTANTES DO NDRH e QH
a) FALE UM POUCO DO PROGRAMA DA QUALIDADE IMPLANTADO NO SERVIÇO: PLANO OPERACIONAL, FACILIDADES E DIFICULDADES.	
Brilhante	<p>Em 95 a Diretoria do Hospital decidiu implantar o modelo de Gestão pela Qualidade. Então, foi formado um grupo de trinta e cinco pessoas, essas trinta e cinco pessoas eram chefes de serviços, de diversos serviços do hospital; e eu fazia parte desse grupo como chefe da UTI, eu era chefe de Enfermagem da UTI. E nós começamos o ano de 95, estudando, participando de seminários, tomando cursos, workshops sobre a qualidade. E no final do ano nós apresentamos um grande seminário, onde, nesse seminário no final seria escolhida e indicada uma dessas pessoas para coordenar o programa. E eu fui a indicada para coordenar. Eu aceitei; eu tava assim apaixonadíssima pela Gestão pela Qualidade; eu acreditava que para aqui, pro hospital... eu acreditava que era realmente a saída aqui pro hospital; implantar uma nova forma de trabalhar; de gerenciar, de liderar; e, é... eu aceitei. Então eu saí completamente da atuação como enfermeira, e fiquei como dedicação exclusiva na coordenação do Programa de Qualidade. Então foi criado um Escritório da Qualidade, foi criado um Comitê da Qualidade formado pela Diretoria do hospital e eu fazia parte como Coordenadora do Programa. Então nós decidimos iniciar o Programa pelos “5S”. Por que? Pela mobilização que causa nas pessoas, mexe muito com as pessoas, e também pela estrutura que nós tínhamos aqui no hospital; uma estrutura antiga, é..., cinquenta anos que existe esse hospital, então nós tínhamos enfermarias, vocês devem conhecer o hospital, tem ainda umas enfermarias antigas como a 2C; e por aí vai. Mas, ainda não tínhamos ainda as reformas das enfermarias como você vê, UDAI, a UTI nova, a Hemodiálise, Pediatria; nenhuma dessas reformas existia na época. Então, precisávamos mesmo uma atitude de organizar o ambiente, arrumar a casa pra gente começar a trabalhar com aspectos. Porque eu acreditava, na época, e continuo acreditando que, a gente de fato sabe as ferramentas da qualidade. Fazer o PDCA, os “5S” é isso, o POP³⁶; é muito fácil até que você bote todo mundo reunido e cada um estuda. Mas a gente tem que entender que aqui a realidade nossa é de hospital público federal, os funcionários públicos federais, uma rotatividade muito grande de pessoal; estudantes, residentes, estagiários; é um hospital de ensino; então, tem uma peculiaridade aqui que é diferente de um Hospital Aliança; do Eisten, por exemplo. Então eles tinham um recurso financeiro maior pra poder bancar isso e nós não tínhamos. Então, eu acreditava que a gente precisava trabalhar primeiro as pessoas, pra que essas tivessem motivadas e comprometidas para executar todas as técnicas, e o que viesse depois a gente trabalhar. Então, com o treinamento dos “5S”, nós levamos praticamente 06 meses treinando as pessoas. Foi uma fase assim árdua, porque a gente fazia treinamento de manhã, de tarde, e de noite. Conseguimos treinar 1480 funcionários, inclusive médicos e professores. Então eles diziam: “Ah, eu não posso de manhã!” Então eu dizia: “Que horas vocês podem?” Eles diziam: “de noite”. Eu vinha pra cá e treinava as pessoas de noite. E no treinamento, a gente fazia muito essa coisa assim, de motivar as pessoas a participarem do programa. Mostrava porque isso, que novidade era essa que tava criando aqui; porque eles diziam; “Ah, isso é coisa do Japão! Agora você está querendo implantar aqui no Hospital das Clínicas? E as dificuldades todas?” Tínhamos ainda a questão da ASSUFBA; que quando começou a ver essa questão da qualidade no hospital público, achava que... “Ah, mas por que ‘5S’? Sem elevador, sem comida, sem não sei o que, sem remédio, está querendo falar em qualidade?” Então eles associavam sempre que a gente tava querendo criar uma coisa</p>

³⁶ Procedimento Operacional Padrão é o instrumento que descreve as ações estabelecidas para se realizar uma tarefa (processo de trabalho).

APÊNDICE F – Quadro 04

Brilhante	<p>moderna numa estrutura antiga, e com falta das coisas. E o que a gente colocava era justamente isso, que a gente precisava implantar esse modelo pra que um dia a gente tivesse resolvido todos os problemas. Mas para isso as pessoas precisavam estar trabalhadas primeiro. Então, é... foram três meses de treinamento, treinamos os funcionários, todos os residentes todos os anos, até hoje; quer dizer, até o ano passado; eles... todos os anos que eles entravam aqui, antes eles tinham a manhã inteira comigo falando de qualidade, de “5S”, né. Pra que eles entrassem aqui também, não destoando os conceitos que já estavam sendo aplicados aqui. Então, depois disso nós começamos a fazer a prática do “5S”, né; o Dia da faxina, como a gente chamava. Então nós tínhamos dez serviços, geralmente eram dez serviços por mês. Então uma vez por mês, no sábado; é... dez serviços durante o mês eram trabalhados, ou seja, fazia um plano de ação, o que é que ia precisar pro dia, o que é que cada uma ia fazer. Então foi elaborado um manual de, dos “5S”, todos os serviços recebiam. Então, além do treinamento eles recebiam um manual de orientação para a prática dos “5S”. E uma das coisas que eu frisava bem era a questão de que os “5S” não iam ficar só aqui; que era importante pra aqui, mas era importante também pra casa dele, pra vida dele. Então, também transmitindo isso conhecimentos, e estendendo pra familiares. E nós começamos a fazer; então foi um período assim, é... o retorno foi muito gratificante porque, foi além das expectativas.... Você imagine um funcionário público vir pra aqui um dia de sábado, fora do seu horário de serviço, sem ganhar hora extra, vir pra aqui passar o dia inteiro de sábado lavando, varrendo, vasculhando, pintando, né; então nós temos registro aí, com fotos, com filmes, de como foi esses dias de “5S”. Foi realmente muito, é... a recompensa foi boa no sentido de que eles realmente incorporaram mesmo o que eram os “5S” e participaram. Foi tirado um monte de coisas velha que tinha nesse hospital que a gente nem imaginava que existia aqui. Então... na sala de enfermagem, por exemplo..., é... tínhamos escalas de enfermeiras que não tinha nenhuma viva, e isso era guardado ainda. Então... e um muito de coisas que foi descartada. Então foi isso. Depois dos “5S”, a gente logicamente não acabou os “5S”, que “5S” não se acaba, ele é contínuo. Então nós mantíamos os “5S”, formamos um time dos “5S”, e esse time com representantes de diversos serviços do hospital, de alguns serviços do hospital; eles que faziam auditoria dos “5S”. E todo ano nós premiávamos os melhores serviços que mantinham os “5S”. Então nós fazíamos um evento, e os serviços que mantinham a média estabelecida, eles recebiam um prêmio de cada serviço. Também isso foi... todos os anos depois do dia da faxina, né. Que era uma forma de estimular a manutenção dos “5S”. Pras pessoas não acharem que fez aquele dia e acabou. Depois disso, é... nós começamos a partir pra questão da descrição do negócio. Então... onde cada serviço tinha que descrever a sua missão, por que existia, onde queriam chegar no ano 2001, 2002, 2005, sei lá, talvez. O que é que eles faziam, o que é que eles precisavam, quem eram os seus clientes. Pra gente passar pro funcionário público a noção da importância do cliente. Então, pra acabar aquela coisa, aquele conceito, que a gente tinha aqui que paciente aqui, coitadinho, ele tem mesmo é que esperar, porque ele tá aqui na fila e ele é SUS, vai ter que esperar. Então o que a gente esperava é justamente acabar com esse... se por ventura tivesse, que a gente sabe que isso existia, né, e existe ainda; então a gente conseguir acabar com isso e incorporar um novo conceito de paciente, que era o conceito de cliente, que a gente precisava dele pra sobreviver. Era uma inversão dos valores, uma inversão dos conceitos. Então nós começamos a trabalhar a questão do atendimento ao cliente; treinamos todos os profissionais e funcionários em atendimento ao cliente, mostrando a importância dele pra instituição, né; e... é..., aí sim, aí fizemos a descrição do negócio. Então todos os setores participaram e fizeram isso, e tinham afixado no mural, né. Então, que aí eu sabia quem eu era o meu cliente, pra criar aquela coisa do elo; que então se eu sou o seu cliente você tinha que me tratar bem, né. Então... e aí vice-versa. Então isso ia: diminuindo os problemas de relação interpessoal, porque muita gente não ia fazer, porque você é chato,</p>
-----------	--

APÊNDICE F – Quadro 04

Brilhante	<p>porque eu não gosto de você; porque você é amiga dela e eu não gosto. Entendeu? Então se acaba isso, e eu consigo incorporar, independente de qualquer coisa que você é meu cliente e eu tenho que lhe atender bem, né; sendo você interno ou externo, então isso muda um pouco as relações de trabalho; e era exatamente isso que a gente buscava com... a descrição do negócio. E, isso foi feito, foi definida a missão do Hospital, a visão; tá lá no rol de entrada, né; então foi uma época assim, é..., de muito trabalho pras pessoas entenderem isso. Então, primeiro a gente tinha um treinamento, como era que fazia isso, e depois, é..., as pessoas começaram a fazer, e a gente distribuía, afixava e tal. Tivemos vários até..., tivemos exposições lá embaixo, no rol de entrada do Hospital, na recepção onde as pessoas formaram a missão, visão, né; de todo serviço. Depois nós partimos pra trabalhar o PDCA. Ou seja, pras pessoas começarem a incorporar o conceito de realmente o que é problema, que no serviço a gente vive sempre “apagando incêndios”; então: Qual é o problema? Qual é a causa do problema? Então pras pessoas entenderem, definir o problema e procurar suas causas, e a partir daí começar a fazer o plano de ação e levantar as soluções pro problema. Então isso foi pregado inicialmente em todas as chefias do hospital, e, posteriormente isso foi aberto pros funcionários que tinham interesse e que queriam participar. Então isso aí, aí o que foi que aconteceu. Nós observamos que a fase do PDCA, mesmo a gente fazendo seminários no final do ano, ou seja, as pessoas apresentavam o problema, a aplicação do PDCA, e depois. Então faziam o antes e o depois do PDCA. Então isso saía em jornal, saía em revista, televisão, tal, as matérias aqui no hospital, desses seminários que a gente fazia aqui. Então era uma coisa que a gente via que tinha resultado, mas precisava que as lideranças efetivamente participassem. Porque o funcionário, se não tivesse uma liderança que motivasse a ele a ir procurar ali, botar na folha de verificação, a investigar a causa, ele não ia fazer isso. Então, aí isso, efetivamente eu achei que... faltou o estímulo das chefias pra aplicabilidade do PDCA. Então nós resolvemos fazer um treinamento com as lideranças. Por que? Porque a gente tinha aqui, é... muitos funcionários motivados, mas ainda tínhamos lideranças desmotivadas. Não tínhamos líderes, né. É... diplomados, trabalhados em relação a isso. Então, nós fizemos um encontro com as lideranças do hospital, fora daqui, né. E... foi assim um final de semana de trabalho, intensivo; e foi muito bom! Porque aí nós já estávamos nos preparando pra acreditação hospitalar. Teve o Ministério da Saúde, nós começamos a trabalhar em cima da acreditação, dos indicadores da acreditação. Então nós fizemos uma auto-avaliação, todos os serviços fizeram; baseado no Manual de Acreditação Hospitalar. Fizemos a... cada serviço fez sua auto-avaliação; nós computamos isso, e nesse seminário fora daqui, nós apresentamos os serviços que, do jeito que estavam seriam ou não acreditados. Então... e o que eles precisariam pra atingir o nível I da acreditação hospitalar. Então isso foi apresentado nesse seminário. Então depois disso nós fizemos, montamos um curso para as lideranças do hospital. Então nós expusemos isso a uma turma de quarenta e dois líderes, né; e... e eu fiz o treinamento dessas quarenta e duas pessoas durante, é... dez módulos, foram em dez módulos, praticamente três meses. Então era a cada quinze dias nós tínhamos um módulo com estas lideranças. Então desde, é... como participar de reunião, a questão do PDCA, o atendimento ao cliente, que eles mandavam o funcionário mas que eles não podiam participar, porque achavam que não era necessário, não precisavam; então a gente reforçou essa questão do atendimento ao cliente também pra eles, pra que o conceito fosse o mesmo, tanto a linguagem também fosse a mesma deles pra, com os funcionários; é... planejamento, é... o que mais? Não lembro aqui agora. Eu só sei que foram dez módulos de... que enfocavam essa questão da liderança que era importante pra eles. Então também foi muito importante porque a participação deles foi muito boa, né; e... nós tivemos um resultado muito bom na questão da motivação pra continuidade disso, e a gente via os funcionários chegarem assim: “puxa, meu chefe está</p>
-----------	---

APÊNDICE F – Quadro 04

Brilhante	<p>mudando”. Então era besteira, mas que a gente tinha esse conceito em relação ao trabalho. E isso já foi, isso aconteceu no, no ano passado, já podia ser no meio do ano passado. Foi em abril, maio foi o encontro, junho, julho; terminou em agosto, setembro, esse encontro de lideranças, né. A gente chamava de arte de liderar. E, depois disso nós tivemos, nós tínhamos que resolver, tínhamos que, padronizar as atividades; que era a questão dos POPs, né; os procedimentos operacionais padrão. Então, foi assim um grande... trabalho que nós fizemos, mas assim com um fruto muito bom, porque nós conseguimos montar todos os procedimentos operacionais padrão de todo hospital. Então, tá aí disponibilizado na enfermagem, não sei se vocês já viram; eu tenho um desse, e todas as divisões aqui do hospital têm os seus procedimentos operacionais padrões. Então foi um trabalho difícil, mas gratificante, porque a gente conseguiu fazer isso e ter um bom resultado. O que a gente ia partir agora, era exatamente pro treinamento desses procedimentos, né; e na, na... na manutenção da avaliação da execução dos POPs. Mas aí, a gestão acabou, e quando acabou foi justamente com a conclusão dos procedimentos, da... a encadernação e tudo mais; e entrou uma outra gestão, né, entrou uma outra diretoria, e... na época eu fazia parte, eu já estava assumindo a chefia do... da qualidade... e chefia dos Recursos Humanos porque houve a fusão dos dois serviços. Então eu tava chefiando as duas coisas. E... eu saí da chefia, saí da chefia dos Recursos Humanos, e de lá pra cá a gente não tem feito nada nesse sentido em função da diretoria, é... não acreditar, não sei se é essa a deles, é... não sei direito ainda como é que está funcionando. Mas eles... é... me chamaram pra questão da acreditação, né; acho que quer só focar na questão da acreditação hospitalar, mas não na questão da qualidade. E aí vocês podem me perguntar assim: Mas se tivesse realmente um bom... bom..., um trabalho bem feito, você acha que as pessoas iriam deixar de fazer, aplicar as noções de qualidade? Eu, eu acredito que... que é uma questão, aí tem a questão política, que é uma questão forte, né; que a gente não pode deixar de negar; então as pessoas terminam se acomodando, e tem a questão da motivação. Então se não tiver alguém que diga assim: Gente, olhe os “5S”; olhe, vamos manter! Vamos fazer avaliação! As pessoas vão caindo na rotina do dia-a-dia e vão deixando mesmo de fazer; né. Eu acho que o conceito ficou, né. Na casa, na praia, no cinema, na bolsa, sabe, no próprio trabalho. Mas a questão da, da... da linguagem; o que a gente cobra; foi feita uma pesquisa por exemplo, agora; nós apresentamos pra nova chefia, o que as pessoas achavam que deveria continuar; e a Gestão da Qualidade foi uma das coisas que os próprios funcionários achavam que deveriam, é... manter. Então, é uma questão acho que meramente política mesmo, e que... infelizmente, no momento, tá parado. Entendeu?</p>
Ouro	<p>O período de implementação da qualidade aqui foi muito bom. Eu lembro dele com muitas saudades. Era muito gostoso você ver. Sempre tem aqueles que não gostam, né. Mais o mais gostoso disso é você ver aquele que não gostava passar para o outro lado. Isso foi a coisa melhor que eu já vi. Por exemplo: ela percebeu as mudanças e desistiu de ficar do lado de lá, passou pro lado de cá. Quando ela percebeu que isso dava lucro. As pessoas sorrindo! O fato de... quer ver uma coisa que a qualidade trouxe aqui, que aqui não vai, ninguém mais vai conseguir mais apagar: O atender o telefone! E dizer quem é. Joana, André, é Maria; porque diziam: ‘Alô!’ E você tinha que adivinhar. Quem está falando? A pessoa não dizia, tinha medo! E foi uma coisa que Brilhante fez, e inclusive as pessoas não teve medo de dizer quem elas eram; porque a gente está aqui pra atender as pessoas, e atender direito. A dificuldade com a qualidade foi mudar a consciência das pessoas; porque todo mundo era muito resistente à mudanças, né. Isso era muito difícil. Mas, depois que passou essa fase, foi muito bom. E a facilidade é porque a qualidade, eu acho que ela aproxima as pessoas, né. A gente percebe isso. Quando você começar a implantar no seu hospital você vai ver, como ela lhe deixa. Você se sente mais gente. E quem trabalha com ela é uma pessoa assim desprovida das coisas, de certos preconceitos que só atravancam muita coisa na vida da pessoa, do trabalho, do cotidiano.</p>

APÊNDICE F – Quadro 04

b) COMO VOCÊ SE PERCEBIA COMO AGENTE FACILITADOR DO PROCESSO?	
Ouro	Ah, eu tive uma participação assim muito ativa. Eu só faltava andar com a bandeira da Qualidade na mão. Eu fiz coisas que eu não imaginava pra motivar esse pessoal, que eu sempre gosto, eu sempre... quero muito bem a esse hospital; o meu primeiro emprego e eu gosto de vê-lo crescer. Então quando eu vi a qualidade, que era pra consertar as coisas, sabe? Fui lá, com as duas mãos. Ao primeiro chamado eu fui a primeira. E aí muita gente que me seguia, me via, aí ia também. E eu achava formidável. Eu ia lá, eu conversa com eles, eu falava da necessidade de manter esse serviço, que era uma coisa que aproximava as pessoas, que lhe valorizava como gente. Então à medida que as pessoas viam que você tava trabalhando bem e que lhe reconheciam, que era a história da motivação; isso era importante. Que o auxiliar ou outra pessoa, não estava ali só pra olhar o cliente como uma máquina. Ali era uma pessoa, e uma pessoa importante, pra que ela trabalhasse. Que é isso que eles precisavam reconhecer, né.

c) EM QUE UNIDADES FORAM IMPLEMENTADAS A GESTÃO DA QUALIDADE?.	
Brilhante	Foi em todo hospital. É... por exemplo: A ISO 9000, as ISO, né; eles permitem isso. Que você faça só numa unidade piloto, né. Mas.... nós acreditávamos que era uma necessidade geral e que a gente precisava trabalhar com todo mundo, né; e a gente trabalhar é... é um elo, não adianta você trabalhar só com a enfermagem porque tem a lavanderia, tem a nutrição, e tudo isso jogam pra cá. Então você trabalhar só com aquela unidade vai ficar pendente porque os outros serviços pelos quais nós estamos vinculados vão ficar dependentes. Então, nós... trabalhamos com o hospital como um todo; aqui e o CHR, que é o Centro Pediátrico.
Ouro	De um modo geral, todas contribuíram dentro do possível, como puderam. Agora eu sinto mais a ortopedia por exemplo, umas das, uma unidade que vale à pena referência, apesar de ela ser uma enfermagem que não foi reformada; e você só entrava lá, só encontrava tudo... dentro dos padrões que a qualidade exigia. Apesar de ser uma área física, um tanto velha. Aquilo me chamava, né; como aquela enfermeira se dedicava. A gente cobrava dos serviços que seguiam as determinações do escrtó... da qualidade, e a dela era sempre bem pontuada. A gente fazia uma avaliação mensal, e a dela estava sempre bem pontuada. Tudo quebrado, tudo assim; mas ela remendava, ela limpava; você entrava ali, você via tudo muito limpinho, as coisas tudo no lugar; ela sabia forrar tudo; então pra mim era uma referência. E eu sempre me situava nisso, eu me referia a isso, falava com as pessoas.

d) EM QUE SERVIÇOS VOCÊS ENCONTRARAM MAIORES DIFICULDADES?.	
Ouro	Ave Maria! Foi o serviço de arquivo. O serviço de arquivo foi muito difícil. Mas o mais bonito, foi a mudança que aconteceu lá. As pessoas pintaram que não queriam saber. E depois empunharam pincel e tinta e pintaram os armários pra eles trabalharem, pro ambiente ficar mais bonito. Isso foi o de mais lindo que aconteceu! Começaram a tratar melhor as pessoas.

APÊNDICE F – Quadro 04

e) COMO SE DEU A PARTICIPAÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO DESTES PROGRAMAS? .	
Brilhante	<p>Agora.... enfermagem especificamente. Aí, deixe eu trazer pra vocês uma questão da enfermagem que pode ser importante. Se uma enfermeira começa a aparecer muito ou começa a fazer um bom trabalho.... as outras enfermeiras não gostam. Infelizmente é uma realidade nossa que... sempre houve, não estou generalizando, mas que, né, nós vemos. Então eu tinha essa dificuldade de... de acesso á enfermagem no sentido da gente mobilizar mais a enfermagem no trabalho da... da qualidade. Então, o que foi que eu fiz? Eu sugeri, tinha uma enfermeira que era da Divisão de Enfermagem e que ela tinha feito especialização em qualidade; foi fulana. Então eu convidei, pedi a Direção do hospital pra que ela fosse ficar comigo no Recursos Humanos trabalhando com qualidade, pra que a gente, já que ela, logicamente, porque eu estava afastada da atividade de enfermagem; então as pessoas já nem me viam mais como a enfermeira Brilhante da Divisão de Enfermagem, eu não sou nem vinculada á Divisão de Enfermagem, eu sou vinculada á Diretoria; então.... isso também mexe um pouco com a cabeça das pessoas. Então, é... eu convidei essa enfermeira pra que ela ficasse lá comigo, já que ela tinha uma especialização em qualidade, pra que a gente junta pudesse mobilizar as enfermeiras a fazer um trabalho de ponta; é... ela era coordenadora do SAI, então ela conhecia os auxiliares, conhecia as enfermeiras, bem mais do que eu, certo. Então, pra facilitar isso. E deu bom, foi bom o resultado, né. O resultado também foi muito bom. Mas aí logo depois também tiraram ela, logo depois da eleição tiraram ela de lá, e aí pronto.</p>
Ouro	<p>Foi muito bom. O serviço de enfermagem pra mim ele sempre trabalhou com qualidade. Eu acho. Eu não sei, eu não sei se sou suspeita pra falar; porque eu acho que a enfermagem aqui é uma enfermagem assim muito humana. Houve uma mudança muito grande com relação ao telefone, as pessoas atenderam, começaram a atender melhor, com mais... mais gentileza. O que eu acho que as pessoas de enfermagem, elas são assim muito maleáveis. Porque elas tratam sempre com gente e a tendência de quem trata com gente é sempre melhorar. Já é cobrado isso: tratar direitinho, com cuidado, com atenção. Só fez aperfeiçoar mais na qualidade isso, dar um pouco mais de alegria, no cuidado da pessoa.</p>

APÊNDICE F – Quadro 05

QUADRO 5	AGRUPAMENTO DAS RESPOSTAS REPRESENTANTE DA DIRETORIA
a) QUAL A PERCEPÇÃO DO SR. SOBRE GQT?	
Quartzo	<p>Lhe confesso que eu não ouvi nunca, em nenhum lugar, a respeito da interrupção do programa. Pode ter surgido um reajuste ou remanejamento de algumas coisas, ou reformular; isso sim, reformular. Para que este programa se torne um programa real, efetivo, e não virtual. Porque na minha cabeça não adianta nada você colocar quadros ou cartazes pela parede, quando... a operacionalização daquilo, não se faz. Qualidade... a coisa não vem daí, a coisa vem de se fazer como um todo. E esse hospital está um pouquinho longe de... de... se colocar num hospital que tenha um nível razoável disso. O que se discutiu, o que eu vi se discutir foi isso. E isso deverá ser discutido e rediscutido; inclusive, não há nenhum interesse de bloquear isso. Deverá ser rediscutido e continuar isso, em uma outra ocasião. Mas isso tem que ser feito, tem que ser feito. E é do interesse da Diretoria que isso ocorra. Na realidade do hospital... tem interesse em implementar, ele não... tem nenhum interesse em não implementar. Agora, como isso começou na Diretoria passada, eu não acompanhei nenhuma etapa desse processo. Eu, pessoalmente, não acompanhei. Agora, embora eu não seja técnico; não é essa a minha função, minha especialidade; mas, se torna muito claro que... que... isso é de suma importância pra um hospital, de suma importância pro hospital. Isso não pertence apenas a uma... um grupo ou uma comissão. Isso tem é que se através de todo grupo que trabalha num hospital. É... da Diretoria, não passa apenas pela Diretoria. Passa pela Diretoria, passa pelas Divisões, passa por todas as chefias de serviços, porque pra que isso resulte em alguma coisa operacionalizada, é o que eu estou te falando sempre, é preciso que todos tomem conhecimento e que todos cumpram o seu pedaço de fazer aquilo acontecer. Não adianta nada colocar isso em papel, nem colocar isso, como eu vi em algumas oportunidades, em vários murais do hospital, em vários pedaços de parede desse hospital. Qualidade isso, qualidade aquilo, qualidade aquilo outro. Na realidade, isto era um papel! Não operacionalizado. Ou seja, o que estava aqui no papel não funcionava na prática. Isso não interessa! Isso não interessa! Então, a percepção que eu tenho, é essa. Alguma coisa que é de fundamental importância pro hospital, e deve ter em todo hospital, todo hospital. Que tem a... o contexto, eu não sei o contexto, a idéia de um hospital organizado, ele tem que fazer parte desse tipo de programa. Ele não pode ser alienado desse tipo de programa. E uma diretoria responsável, tem que partilhar disso, não pode deixar isso de lado e seguir um outro caminho. Agora, eu não, eu não participei desse programa, eu já lhe disse; e... a avaliação que eu faço do Programa hoje, hoje, hoje; infelizmente, não é boa, mas não é boa porque... não se deu continuidade, não se deu continuidade. E é... a avaliação que eu faço é essa. É um programa que precisa ser revisitado. Reestruturado, discutido com todas as partes, recolocar isso em um patamar de funcionalidade; e não deixar uma coisa encostada, não é isso. Se... no passado não funcionou como a gente imaginava... isso não quer dizer que deva se matar o projeto. Apenas se reestrutura o projeto; se reestrutura as pessoas que tomam conta, ou que tomaram conta do projeto; mas, o projeto é importante, é; isso é que tem que se fazer em primeira coisa. Primeira pergunta: Este projeto é importante ou não é importante para o hospital? É importante. Se ele é importante, ele tem que ser operacionalizado! Cedo ou tarde ele tem que ser operacionalizado. Então o que eu tenho que lhe colocar pra essa entrevista que você está me falando é isso. Eu não sou... eu, embora... estou Diretor por mais alguns poucos dias; na minha cabeça, e na cabeça... quero crer, da Diretoria; o projeto tem que ser viabilizado. Mas esse é um projeto que, eu acho, que depende também da estruturação, de uma estruturação melhor, da área de comunicação... Eu acho! Porque esta é uma área fundamental pra vida do Hospital, porque esse é um projeto que tem alguma coisa, ou tem uma boa parte haver... com a maneira de você chegar lá, a maneira de você preparar</p>

APÊNDICE F – Quadro 05

Quartzo	<p>e abordar, a maneira de você difundir, a maneira de você aplicar isso; e a área de comunicação ainda está se desenvolvendo. Ela não está no nível que nós imaginamos. A..., está... vou colocar. Mas isto tem muito a ver com a estruturação administrativa, com a área de... área de, de, de, de... comunicação... enfim; isto não é uma coisa que por si só tenha... isso não é uma vida própria, isso é uma vida... Aliás, como em qualquer estrutura administrativa não existe uma ilha, não existe ninguém independente, todos são interdependentes. Mas, eu acho que comunicação pra isso aqui é muito importante, pra um Recursos Humanos também; mas a área específica de comunicação. Sem isso, a gente vai ter uma tremenda dificuldade. Na campanha do Profº fulano. se falou muito no ouvidor... na identificação de alguém qualificado para ouvidoria, e criar este cargo, dentro do Hospital. Eu acho que o ouvidor faz parte de tudo isso aqui; porque este é um homem que vai estar ali ouvindo, trazendo, filtrando as coisas, montando uma, uma... alguma coisa que vem lhe, da base pra cima. Ou seja: Este vai ouvir, este homem vai saber as queixas, vai saber as deficiências; não trazidas pela diretoria, mas trazida por quem está ali, sentindo na pele o que é que está acontecendo. E essa coisa é que forma o... a..., eu diria, um contexto mais sólido, porque isto vem de quem está vivenciando, de quem está sofrendo até; pra se formar a idéia de montagem de uma estrutura mais humana, menos injusta, mais, eu diria, mais ágil sobre tudo. E... e reverter a sociedade do Hospital, dar a nossa comunidade, aquilo que ela tem de ter; porque um programa desse, beneficia sobretudo, o público interno. Não que não vá beneficiar o público externo. Vai! Mas quando ele precisar do serviço do hospital. Mas vai beneficiar sobretudo o público interno do hospital, e ele é que tem de trabalhar pra isso acontecer também. Isso não deve vir de cima pra baixo, é por isso que eu estou lhe colocando a figura que foi discutida do ouvidor. Nós ainda não fizemos; mas se fará brevemente; tem... a dificuldade é encontrar o ouvidor; a pessoa certa pra ficar nesta posição. Quem vai ficar! Porque tem qualidades especiais, tem de ter qua3lidades especiais. Pra ficar ali sentado, ouvindo, discutindo; não é confessor, ouvidor não é confessor. Ouvidor é ouvidor! Ele vai estar ali pra ouvir, pra ponderar, pra discutir; pra anotar, pra trazer as informações... Isto é extremamente útil, muito útil! É daí que muita coisa a..., muita coisa acontece, muita coisa. Um simples doentinho que chega e coloca um problema, que não estava passando na cabeça de ninguém aqui. Mas aquele problema existe, porque o doente vivenciou! E ele virá através de quem? Do ouvidor. Porque o doente não vem na diretoria, não vem. Então o ouvidor seria um homem de ligação; da, da... do grande público e... dos órgãos de, de... de ação da diretoria, pra, elaborar de volta as suas normas, de funcionamento; contemplando, aquilo que se trouxe dessa ouvidoria. É como eu lhe digo: Tudo isso é um grande contexto! Tudo, tudo, tudo. Nada funciona sem isso. E isso é que faz a Qualidade Total, isso é que traz a Qualidade Total! Eu não acredito em Qualidade Total de cartaz! Panfletagem, e... colocar cartaz que estamos no nível tal, tal e tal de Qualidade Total, eu não acredito. Eu acredito na Qualidade Total que está acontecendo. Cartaz vem depois! Cartaz vem depois.</p>
---------	--

APÊNDICE F – Quadro 05

b) O SR. JÁ TEM ALGUMA PREVISÃO DE QUANDO ISSO VAI COMEÇAR A SER IMPLEMENTADO?	
Quartzo	<p>Não. Eu acho que ainda não. A Diretoria ainda não tem. Mas, seguramente nós estamos, isso vai acontecer breve. Isso não foi tirada da, da, da... Como eu já lhe disse isso não foi tirado das metas da Diretoria ou dos planos de ação da Diretoria. É que na realidade o hospital, e isso é de conhecimento geral, o hospital vive uma fase um pouquinho complexa. A greve veio num momento que..., pode ter sido até o momento adequado para o que se estava propondo, para as finalidades da greve. Mas para o hospital, isso penalizou um pouquinho. E tudo isso conturba aquele, aquela, a... a estruturação de um projeto. Ou seja, a... a... operacionalização, como eu digo: deste projeto. Na medida em que vai se fazendo, vai se analisando, vai se estruturando, vai montando, e de repente; vem alguma coisa intercorrente e desmonta tudo. Pára! Não é desmontar, mas pára. Porque... tira, a sua prioridade, desloca o eixo da sua prioridade. Ela deixa de ser isso pra ser uma coisa que se interpôs. E naquela época, foram três ou quatro vezes; e... o que se transformou em prioridade foi a sustentação do hospital, como é que o hospital ia sobreviver. Isso, tira da... um pouquinho da sua frente algumas outras coisas; mas é... isso não, isso não, a Diretoria não vai abandonar esse projeto. Seria, na minha, maneira de entender uma insensatez abandonar um projeto de Qualidade Total! Isso é insensato! Isso a Diretoria não vai fazer, ela fará... ela voltará a discutir isso em outras... num outro plano; mas... ela terá de voltar a discutir isso. Isso com as pessoas certas, na hora certa; porque esse é um projeto útil, pra vida do hospital. Com certeza.</p>

APÊNDICE F – Quadro 05

c) QUANDO OS SRs CHEGARAM AQUI, ENCONTRARAM ALGUMA ESTRUTURA DO SISTEMA DA QUALIDADE?	
Quartzo	<p>Não sei. Isso aí eu não... Olhe eu não sei pra, eu só lhe respondo as coisas que eu sei; eu não... Não sei, eu não posso lhe dizer, o que é que estava, ou o que é que não estava; eu não sei. Até aonde a espécie de estrutura de projeto estava montada, eu não sei; eu acredito, até que estava montada... que se tenha alguma coisa montada, clara; porque a gestão passada trabalhou em cima disso de uma certa maneira, de um certo modo; mas eu não sei o tamanho do projeto. Eu não o conheço, porque não me foi dado a conhecer, não conheço a estrutura que já foi montada, até onde ela foi; quais os... os requisi... Conheço assim, o outro lado. Eu conheço o dia-a-dia. Então, o projeto pode ter sido montado, mas não refletiu na melhora do dia-a-dia. Pra chegar a ser realmente observado e chegar a se dizer: Olhe, esse projeto está funcionando muito bem. Eu lhe confesso que na minha vivência do hospital isso não foi observado. Eu não observei isso. Pelo contrário: Eu chamava muito a atenção disso, porque; coisas aberrantes que aconteciam, não deveriam estar acontecendo em um hospital montado em um sistema de Qualidade Total. Agora, o projeto em si, eu não conheci. Não vou lhe dizer que conheço porque não conheci. Eu acho até que... se alguma coisa for feita, esse projeto o que foi feito; se alguma coisa for feita a partir de agora. O que foi feito terá de se transformar, é colocar, de ser do nosso conhecimento, pra que dentro disso aí se possa começar ou recomeçar; ou dar andamento àquilo que poder se dar, e àquilo que não; se transforma, se discute, como qualquer projeto. Isso é uma questão de, de... de momento, e de... planejamento da Diretoria e de filosofia de política até da Diretoria.</p>

ANEXO A – Plano de Ação para a Implantação

ANEXO B – Notícia de Jornal