

JACQUELINE SALLETE DEI SVALDI

**MÉTODO, FERRAMENTAS E TÉCNICAS DA GESTÃO DA
QUALIDADE TOTAL:
APLICAÇÃO NA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DA
ENFERMAGEM EM UM SERVIÇO DE PRONTO
ATENDIMENTO**

**Florianópolis
Fevereiro de 2000**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL
CAPES/FAPERGS/UFSC/UFPel/FURG/URCAMP**

**MÉTODO, FERRAMENTAS E TÉCNICAS DA GESTÃO DA
QUALIDADE TOTAL:
APLICAÇÃO NA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DA
ENFERMAGEM EM UM SERVIÇO DE PRONTO
ATENDIMENTO**

JACQUELINE SALLETE DEI SVALDI

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, área de concentração – Assistência de Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho

**Florianópolis
Fevereiro de 2000**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL
CAPES/FAPERGS/UFSC/UFPel/FURG/URCAMP

**MÉTODO, FERRAMENTAS E TÉCNICAS DA GESTÃO DA
QUALIDADE TOTAL:
APLICAÇÃO NA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DA ENFERMAGEM
EM UM SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO**

JACQUELINE SALLETE DEI SVALDI

Essa dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a
Obtenção do título de

Mestre em Assistência de Enfermagem

e aprovada em sua forma final em 03 de fevereiro de 2000, atendendo as normas da Legislação
vigente do Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Concentração: Assistência de
Enfermagem, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de
Santa Catarina.



Profª. Dra. Denise Elvira Pires de Pires – Coordenadora do Curso

BANCA EXAMINADORA:



Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho
Presidente



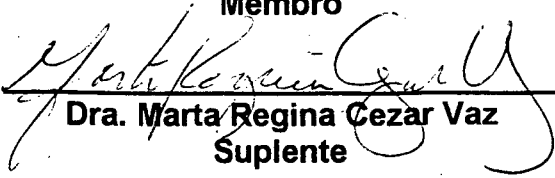
Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann
Membro



Dra. Tamara Iwanow Cianciarullo
Membro



Dda. Hedi Crescencia Heckler de Siqueira
Membro



Dra. Marta Regina Cezar Vaz
Suplente

AGRADECIMENTOS

À **Universidade Federal de Santa Catarina**, aos professores do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, pela dedicação em levar o conhecimento extra-muros com, isto, beneficiando enormemente pessoas na obtenção do crescimento pessoal e profissional e possibilitando, ainda, que estas ajudem as suas comunidades e a outras, em um ciclo que com certeza é virtuoso e infinito. Desta forma, a Universidade, a meu ver, **cumpra sua "missão"**, esta nobre, a de possibilitar que pessoas possam evoluir e ajudar, através do conhecimento adquirido o crescimento de todo o meio em que vivem.

Aos demais professores ministrantes do curso, por incansáveis orientações e companheirismo, com certeza ajudaram-me em toda esta caminhada o que possibilitou significativo crescimento pessoal e profissional.

Ao Professor Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho, por ter mais uma vez apontado o caminho do conhecimento e crescimento, como realizado na graduação, agora, mais uma vez, em um curso de pós-graduação.

Ao professor e Doutorando José Vanderlei da Silva Borba (FURG), ao Mestrando Guilherme Lerch Lunardi (UFRGS), pelas preciosas colaborações e, ainda, a Doutoranda Hedi Crescencia Heckler de Siqueira (UFSC), pela ajuda valiosa.

A Direção da Instituição em que se desenvolveu o estudo.

Especial agradecimento ao Grupo da Equipe de Enfermagem do Serviço de Pronto Atendimento pela participação incansável na realização do trabalho e por demonstrarem-se confiantes, participativos, solícitos e solidários, acreditando que, em meio à adversidade, é possível ser construído um futuro melhor.

Aos colegas do curso, ficará a lembrança afetuosa pela convivência harmônica e positiva do percurso.

Ao Departamento de Enfermagem, chefia e colegas, pela compreensão e desculpas pela ausência em muitos momentos e, ainda, as demais pessoas, mesmo sem serem nomeadas e que contribuíram significativamente nesta caminhada.

SUMÁRIO

	RESUMO	vi
	ABSTRACT	vii
	LISTA DE FIGURAS	viii
	LISTA DE TABELAS	ix
	GRÁFICOS	x
1.	INTRODUÇÃO	11
2.	O PENSAMENTO ADMINISTRATIVO: EVOLUÇÃO E TENDÊNCIAS	28
2.1	Da Gestão da Qualidade à GQT	36
2.2	Método, Ferramentas e Técnicas	46
2.3	Importância da GQT	64
3.	MARCO REFERENCIAL TEÓRICO	76
3.1	Pressupostos	76
3.2	Conceitos	77
4.	USO DE MÉTODO, FERRAMENTAS E TÉCNICAS DA GQT NO PROCESSO DE ATIVIDADE/PRODUÇÃO DA ENFERMAGEM	84
4.1	Metodologia do Estudo	84
4.1.1	Caracterização do Local	84
4.1.2	Participantes	88
4.1.3	Desenvolvimento da Metodologia	89
4.2	Análise dos Resultados	111
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	129
6.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	140
	ANEXOS	145

RESUMO

A partir da percepção de que, na maioria das vezes a enfermagem tem administrado/gerenciado seus serviços e processo de atividade/produção, basicamente, através do *feeling* e empiricamente, nesta dissertação demonstra-se a possibilidade do uso de método, ferramentas e técnicas da GQT na organização do trabalho da enfermagem. Para tanto, são apresentados os resultados obtidos durante o desenvolvimento de uma Prática Assistencial, realizada junto a um grupo de trabalhadores de enfermagem de um Serviço de Pronto Atendimento de um Hospital Universitário do Sul do País, mediante a implementação de uma metodologia, fazendo uso de *Brainstorming*, Folha de Verificação, Diagrama de Ishikawa, GUT, Gráfico de Pareto e MASP. Dentre os achados, constatou-se que a grande maioria dos problemas que afetam o grupo, refere-se, a problemas relativos à organização do processo de atividade/produção, cuja origem decorre de problemas afetos à administração do próprio hospital perfazendo 94,89%; problemas relacionados ao próprio setor, num total de 52,42% e contrastados, de modo significativo, com os 0,14% dos problemas relativos aos clientes. Os resultados encontrados evidenciam a possibilidade do uso desta metodologia para promover a (re)organização do processo de atividade/produção da enfermagem, com vistas a desenvolver um trabalho mais eficiente e eficaz, por meio da inovação no gerenciamento/assistência de enfermagem, para obter o melhor cuidado possível e, desta forma, apresentar resultados éticos e de qualidade para sua clientela.

ABSTRACT

Based on the perception that most of the time Nursing has administered its services and its activity/production process mainly through feeling or in an empirical way, this dissertation aims at showing that it is possible to use Total Quality Management methods, tools, and techniques to organize Nursing tasks. To achieve the goal, results obtained while developing an Assisted Practice with a team of Nursing workers in a First Care Unit in a University Hospital in the south of the country are shown. The methodology which was applied consists of Brainstorming, Verification Report Ishikawa Diagram, GUT, Pareto's Graph, and MASP. The findings showed that most problems that affect the group refers to problems related to the organization of the activity/production process. Their origin is in administration problems of the hospital itself (94,89%); problems concerning the worker's department (52,42%); both contrast significantly with the 0,14% of problems concerning clients. The results which were obtained point out the possibility of using this methodology to promote the (re)organization of the activity/production process in Nursing, aiming at developing an effective work through the use of innovation in Nursing management/assistance to achieve better care. Hence, ethical results and quality for the clients.

LISTA DE FIGURAS

1.	Organização tradicional do trabalho	16
2.	Evolução das Teorias Administrativas	31
3.	Característica do produto e ausência de deficiência	39
4.	<i>Brainstorming</i>	47
5.	Diagrama de Ishikawa	51
6.	Diagrama de Ishikawa	51
7.	Processo	54
8.	Aplicação da Técnica GUT	56
9.	Método de Avaliação e Solução de Problemas (MASP)	59
10.	Manutenção do Processo com o uso do Ciclo PDCA	60
11.	Melhoria do Processo com o uso do Ciclo PDCA	61
12.	Qualidade / Sucesso no Programa	71
13.	Sucesso na GQT	73
14.	Fluxograma do Modelo Metodológico	90
15.	<i>Check List</i>	91
16.	Enquadramento dos Problemas nos "M" específico	93
17.	Folha de Verificação	95
18.	Planilha dos grupos de Problemas da Classe A	102
19.	Roteiro fases do MASP	109
20.	Aplicação das fases iniciais do MASP ao problema	110
21.	Detalhamento de item do Plano de Ação	111

LISTA DE TABELAS

1	Frequência dos problemas nos "Ms"	94
2	Lista Priorizada	97
3	Aplicação da Classificação de Pareto aos Grupos de Problemas	98
4	Tabela com Pontuação dos Problemas com a Técnica GUT	103
5	Prioridade dos Grupos de Problemas nos "M" específico	103
6	Tabulação dos Pontos e Posição dos Problemas com GUT	104
7	Tabulação dos Problemas em Classes de Pareto	105
8	Tabulação dos Problemas nas Classes de Pareto	106

GRÁFICOS

1	Gráfico de Pareto	100
2	Problemas e Classes de Pareto	106
3	Gráfico de Pareto	107

1- INTRODUÇÃO

O homem, na sua evolução histórica, realizou grandes feitos e aprendeu, por necessidade de sobrevivência, a evoluir paulatinamente em todos os aspectos. Desde os tempos antigos, mobilizou-se com a finalidade de encontrar formas inovadoras e criativas de pensar e realizar o seu cotidiano. Isto foi proveitoso porque favoreceu esta imensa caminhada que, hoje, podemos verificar e que, em determinadas situações, auxiliou significativamente a própria espécie no planeta, levando-a a ter maiores facilidades e comodidades no existir.

Percebe-se que as pessoas, por serem o ponto fundamental de todo o processo, aos poucos, vêm procurando e encontrando, criando e oportunizando a emergência de novos procedimentos, conhecimentos, técnicas e tecnologias e, assim, originando negociações abertas em todos os sistemas organizacionais, resultando, portanto, um novo existir. Nestes sistemas organizacionais abertos, o *feedback* apresentado por todos precisa ser considerado, respeitado e aceito e, muitas vezes, solicitado. Enfim, criar meios cada vez mais adaptativos¹ às necessidades de sobrevivência do próprio homem, de suas organizações e, ainda, à manutenção do próprio planeta, mostra-se essencial e inadiável.

Ao observar este contexto sistêmico de ver os fatos, preocupo-me, especialmente neste momento, em relação ao trabalho da enfermagem. Sabe-se que o que determina a qualidade de vida das pessoas, no mundo atual e real, e também desde há muito tempo, em grande parte, são fatores afetos às relações entre trabalho – emprego - produtividade - remuneração, determinados e regulamentados, principalmente, por teorias administrativas e pelas formas gerenciais, particularmente, a partir do final do século passado. É a luta pela sobrevivência e o existir, se possível, de forma digna, que preocupa a todos. Então, na enfermagem como profissão e para seus trabalhadores, este fato não passa

¹ Levando em consideração e de forma geral, ao que é imaginado para o mundo moderno, se torna necessário o homem repensar sobre sua forma de existir, da coletividade e do planeta. A maior preocupação é tornar todos os sistemas sustentáveis.

despercebido, mas é, também, motivo de preocupação e reflexão, para encontrar novas formas de produzir e, ainda, viver com qualidade, pois este mostra-se como um novo momento tanto para seus trabalhadores e clientes, como para as próprias organizações nas quais trabalham.

Como mais um agravante, constata-se que a saúde pública está em crise. A sociedade e seus supostos cidadãos, em grande parte, resultam desassistidos, como os sem-teto, os sem-terra, os sem-saúde, os sem-educação e, muitas vezes, os sem-esperança, que acabam aportando nas organizações, em especial nas de saúde (hospitais, postos de saúde), com alterações orgânicas e psíquicas profundas, em que o grupo dos profissionais da saúde torna-se sua única esperança. Preocupa-me tal fato porque, no cotidiano, a vivência com esta dura e precária realidade que leva, tanto os profissionais quanto os clientes, a deixar de pensá-la ou, mesmo, de negá-la, como se, assim, ela pudesse deixar de existir.

Todos sofrem conseqüências neste perverso sistema: a enfermagem e seus trabalhadores, os clientes desamparados e sem grandes expectativas de dias melhores e as organizações, com o risco de não manterem sua sobrevivência. Portanto, entendo que algo é preciso e possível de modificar na profissão, para obter condições melhores neste processo de viver.

Desde que me formei na Universidade, nos locais e nas organizações em que trabalhei, usei e ficou evidente a importância dos conhecimentos recebidos, especialmente quanto às questões administrativas/gerenciais. Com o passar do tempo e diante das dificuldades para realizar o trabalho da enfermagem, percebi que tais saberes referentes aos modelos clássicos de administrar, já não bastavam; precisava entender mais quanto ao ambiente onde se desenvolve o trabalho e sobre as pessoas, as suas possibilidades de maior participação, seus costumes e seus comportamentos.

Regras pré-estabelecidas e domínio de determinado referencial teórico nem sempre são o bastante, especialmente naquelas situações em que o imprevisto pode acontecer. Tenho constatado que a enfermagem continua realizando, em grande parte, dia após dia, a mesma rotina, possivelmente em decorrência de um

modelo mais tradicional de gerenciamento, mantendo-se, essencialmente, hierarquizada, obediente, submissa, sofrendo e suportando pressões de toda ordem. Estas são condições de trabalho inadequadas e impostas, porém, freqüentemente, aceitas.

A enfermagem, por estar na linha de frente na assistência, durante as vinte quatro horas do dia, todos os dias do ano, acaba por identificar problemas dos diversos setores e da organização, como um todo, tomando para si a responsabilidade de pensar, organizar, executar e controlar muitas destas tarefas. Enfim, acaba gerenciando tanto os problemas afetos à sua área de competência exclusiva como muitos dos problemas afetos a outros membros da equipe multiprofissional e, até mesmo, relativos ao ambiente, o que, além de muito penoso, muitas vezes, apresenta resultados inadequados.

Então, temos grande parcela do tempo de trabalho dos enfermeiros destinada à realização de todas estas tarefas relativas ao gerenciamento do ambiente ou administração de serviços, geralmente, em detrimento da própria assistência e da prestação de cuidados diretos aos clientes, levando a sentirem-se, muitas vezes, limitados, angustiados e sem saída.

Ocorrem graves problemas em nossos hospitais e o enfermeiro, geralmente, é utilizado como um gerente do serviço, sendo visível a grande dificuldade que encontra no dia-a-dia, no emaranhado de dificuldades gerenciais. Na maioria das vezes, não iniciam em seu ambiente ou em seu setor estas dificuldades, mas sim em decorrência da forma de atuação da alta gerência da organização. É imprescindível, atualmente, que para obter-se o conhecimento do que ocorre em um ambiente ou na própria organização, no processo de atividade/produção, a utilização de uma metodologia adequada aos novos tempos. Portanto, entendo que é fundamental conhecer todo o processo produtivo em todas as suas etapas, através de um gerenciamento que possibilite a busca de alternativas de solução.

Os trabalhadores da enfermagem trabalham muito e sem parar. Parece que, quanto mais se dedicam, mais confusa fica a situação, não havendo retorno na mesma proporção desta dedicação. Mostra-se pertinente a afirmativa de LUNARDI

FILHO (1998, p.163), ao associar o trabalho da enfermagem ao trabalho de Sísifo ². Além do excesso e acúmulo de trabalho, vejo outro agravante quanto ao desempenho da enfermagem, portanto dificultando o alcance da qualidade. Segundo NOGUEIRA (1994, p. 3), "a rígida divisão técnica do trabalho, herdada do taylorismo, ergue enormes obstáculos que dificultam o alcance desses propósitos da Qualidade".

Cabe ressaltar que, antes mesmo de sua institucionalização como profissão, a enfermagem incorporou em seu interior a divisão do trabalho de forma vertical e com rígida hierarquia, calcada nos modelos religioso e militar. Mais tarde foi incorporando cada vez mais o preconizado por Taylor, onde alguns mais instruídos pensam e outros menos qualificados fazem. Talvez aí esteja um dos grandes problemas da enfermagem. Em sua cultura, mantém-se enraizado o mito de subalternidade, inclusive a dualidade e hierarquização. A meu ver, o conhecimento dos preceitos da qualidade poderia permitir uma atuação com maior domínio e competência em seus fazeres. Outro fator que interfere, no meu modo de ver, é a diferença na formação técnica, ou seja, o entendimento é desigual; então, para haver um bom desenvolvimento no processo de atividade/produção é necessário investir muito em educação e treinamento (conhecimento específico e maior habilidade técnica) como preconizado nos princípios de Gestão da Qualidade Total (GQT).

As organizações de saúde, a meu ver, necessitam urgentemente modernizar-se no administrar/gerenciar, encontrar outras formas de planejar, organizar, executar e controlar o processo produtivo, tornado-o mais coerente, menos desgastante, mais resolutivo; pois se vê que, na forma assistemática de gerenciar, freqüentemente, estão surgindo necessidades para as quais não são oferecidas adequadas soluções, quer tanto aos clientes, que dependem do sistema, como as próprias organizações.

² Sísifo: da mitologia grega, um mortal, condenado a carregar eternamente, montanha acima, uma pedra e deixar rolar montanha abaixo. Penso que se equivale tal comparação ao trabalho eterno da enfermagem, constante mas apesar de criativo apresenta pouca inovação.

Tive oportunidade de trabalhar em serviço de urgências³. Em tal ambiente que exige resultados, tanto pela atividade individual como pela atividade em grupo, verifiquei que qualquer deficiência na estrutura ou falha da atividade/produção poderia ser, inclusive, fatal. Parece necessário explicitar que atender em serviços de urgências consiste em verificar as condições do paciente, avaliar e tomar decisões o mais rapidamente possível. Portanto, o trabalho em tais ambientes requer a sua adequada organização, pois, com isto, ganha-se tempo, o que reverte em benefício para o paciente e pode significar a manutenção da sua vida.

Ao longo dos anos, com maior experiência, percebi que os trabalhadores e a própria equipe de enfermagem podem ser contestados, estimulados ou exigidos, mas também **considerados e ouvidos**, o que freqüentemente não acontece. Faz-se necessário um maior entrelaçamento e articulação de idéias, de comportamentos e de atitudes, perfazendo, então, um sentido de grupo com objetivos determinados.

Submetidos aos modelos clássicos de administração, os trabalhadores produzem, ao longo do tempo, sem perceberem ou se darem conta do que se passa ao seu redor, permanecendo numa posição de subalternidade e aceitando as imposições e sujeitando-se à rigidez hierárquica que lhes retira grande parte do exercício de sua autonomia e criatividade, como uma forma de pressão exercida sobre si e sobre seus pares, na realização do processo de atividade/produção. Neste contexto, segundo CHIAVENATO (1998, p. 268);

“... a cadeia vertical de comando é um meio poderoso de controle, mas ele desloca todas as decisões ao longo da hierarquia, sobrecarregando a cúpula da organização e retirando das pessoas toda possibilidade de escolha e decisões”.

A enfermagem, a meu ver, parece que ainda segue, com muita freqüência e em muitos espaços, esse modo de pensar/fazer. Portanto, vejo como urgente e necessária a instituição de novas propostas, na tentativa de romper com este modelo.

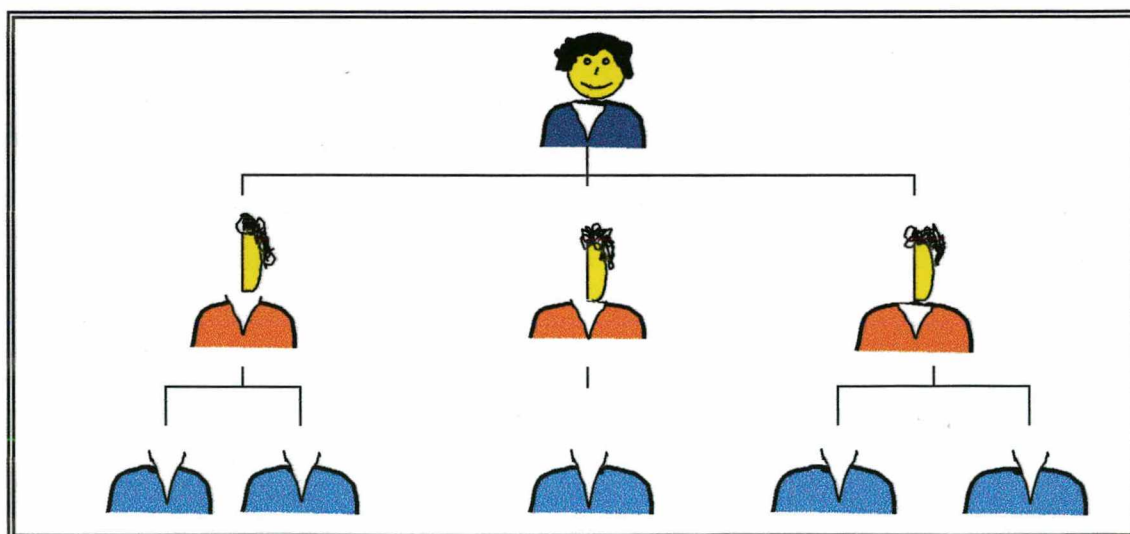
³ BLAKISTON(1973, p.1073), urgência pode ser definida como um "estado patológico ou moléstia que se instala bruscamente em um paciente e que exige terapêutica médica ou cirúrgica"; e, para FERREIRA (1975, p.1431): "o que urge, que é necessário ser feito com rapidez indispensável, imprescindível. Iminente, impendente".

Ao acompanhar cotidianamente o trabalho da enfermagem, geralmente, observa-se nas organizações que há, claramente, um acúmulo impressionante de atividades, tanto assistenciais como gerenciais. As atividades gerenciais sobrecarregam o papel de responsabilidade do enfermeiro; muitas vezes, parecem sufocá-lo, ao não permitir que possa responder às demandas ou conversar sobre assuntos do próprio trabalho com colegas e clientes. Esta forma de tratamento dado às necessidades tanto do trabalhador como do próprio setor pode voltar-se contra a própria organização. PFEFFER (apud Kurtzman, 1999, p.1) destaca tal condição, afirmando que:

“... o que marca a diferença entre as empresas de elevado desempenho e as outras é a forma como tratam as pessoas. As organizações bem sucedidas têm ‘estratégias baseadas nas pessoas’, que permeiam o trabalho em equipe, o empenhamento, a excelência, a integridade e outros comportamentos vencedores”.

Porém, contrariamente ao destacado por PFEFFER, há aquelas organizações, citadas por CARR e LITTMANN (1992, p.21), que ainda adotam a concepção tradicional de organização do trabalho que, totalmente burocrática e hierarquizada, “partem do princípio de que os ‘espertos’ estão sempre por cima e que os funcionários deixam seus cérebros em casa ao irem trabalhar”. Esta concepção pode ser representada pela Figura 1 (Organização Tradicional do Trabalho).

Figura 1 – Organização Tradicional do Trabalho



Fonte - CARR e LITTMANN (1992, p.21).

Considerando a Figura 1, observo que ela aponta para uma condição de decisões centralizadas, onde o trabalhador, de linhas hierárquicas inferiores, é impedido de participar na busca de entender e encontrar soluções. Na enfermagem, tem sido mantida esta forma para a organização do trabalho. A maior parte das organizações tem estruturas hierarquizadas e burocratizadas (modelo mecanístico de gestão) e o poder decisório, geralmente, emana de uma só pessoa. Um trabalhador que gerencia sua própria família, seu patrimônio e ajuda sua comunidade, porém não tem, no trabalho, assim organizado, possibilidade de agir - decidem por ele. Parece, então, que seu cérebro pode ficar em casa.

No mundo moderno, não é isso que deve ser mantido e pleiteado. As organizações, hoje, precisam mais de cérebros do que de músculos, pois há um arsenal tecnológico tanto em conhecimento como em técnicas e equipamentos disponíveis que se torna imprescindível ser de domínio e utilização pelo trabalhador, para maior produtividade e qualidade no trabalho (modelo orgânico de gestão). CHIAVENATO (1998, p. 307) refere que:

“...a negligência levou nossas empresas a ignorar a cooperação e participação das pessoas, concentrando-se apenas em alguns poucos executivos equipados e habilitados para resolver problemas e desperdiçando seu recurso mais valioso: o cérebro humano. Agora, nossas empresas precisam correr, e recorrer muito, para corrigir e recuperar o precioso tempo perdido. Recuperar o terreno e conquistar a competitividade em nível nacional e mundial: aumentando o número de cérebros para fazê-lo, sem aumentar necessariamente o número de pessoas”.

Em relação à enfermagem, frente ao esquema apresentado anteriormente na Figura 1, ocorre-me a seguinte pergunta: será que é oportunizado ao trabalhador, na profissão: participar, criar, inovar, mudar nas organizações? DRUCKER (1980, p. 18) enfatiza que

“...a produtividade das pessoas exige, finalmente, a ‘aprendizagem contínua’. (...) Exige que as pessoas se sintam desafiadas a analisar profundamente o que é possível fazerem para aperfeiçoarem o que já estão fazendo. Requer, em suma, que o ocidente adote um pensamento tipicamente japonês, o conceito Zen de aprendizagem: que nós aprendemos a fim de realizarmos melhor o que já sabemos realizar bem”.

CHIAVENATO (1998) respalda e reforça essa assertiva de DRUCKER, quando diz que os anos 90 estão se caracterizando por tentativas de encontrar meios de delegar autoridade, deslocar a responsabilidade para níveis mais baixos, criando equipes que trabalhem de forma participativa, que sejam engajadas e comprometidas. Com isto, pode-se perceber que as organizações podem tornar-se mais flexíveis e ágeis, por conseguinte, podendo vir a funcionar melhor, mesmo em ambientes globalizados. Para ele, com o que concordo, os níveis hierárquicos necessitam ser reduzidos, principalmente, “enxugar” o nível intermediário, o que aproximaria as pessoas do nível operacional à alta gerência. A quantidade dos gerentes precisa ser substituída pela qualidade desses mesmos gerentes: de apenas mantenedores do *status quo*⁴, para agentes de mudança e transformação, dentro das organizações.

O que vem ocorrendo na enfermagem, quanto a isto? Parece-me que temos uma rígida hierarquia que a torna, longa, lenta e, muitas vezes, ineficiente, tanto para os próprios profissionais como para clientes e organização. A profissão e os que lhe dão concretude necessitam participar mais nas decisões, pois, na verdade, nas organizações de saúde, grande parte do trabalho é realizada por trabalhadores de enfermagem. Então, deve modernizar-se e, conseqüentemente, indicar o que necessita para realizar seu trabalho e decidir como realizá-lo. Por sua vez, precisa buscar entender, claramente, quais são os verdadeiros objetos de trabalho da profissão, o que é essencial: o ambiente, o cliente ou ambos? Se forem ambos, necessita encontrar uma forma de atendê-los com a necessária precisão.

Mas de que forma obter isso? Possivelmente, incorporando novas formas na organização do trabalho e aumentar as exigências ao produzir como: condições adequadas de materiais, pessoal, educação, treinamento, dentre outros. Nos modelos clássicos de produzir, como ainda o são na maioria das organizações, o enfermeiro não consegue desempenhar, efetivamente, suas atividades privativas

⁴ *Status quo*: na enfermagem, aparentemente, o enfermeiro gerencia, mas, talvez, como um cumpridor de tarefas (preenchendo formulários e administrando/gerenciando ambientes e a outros profissionais) o que demanda grande parte de seu tempo. Penso que tal maneira de realizar o processo de atividade/produção talvez não seja tão ético e de qualidade no seu resultado. Referente, a esta questão, FERRAZ (1995, p. 108) diz que “demanda grandes investimentos profissionais sem a obtenção de resultados significativos para o cuidado da enfermagem, apenas não deixa aflorar a desordem institucional”.

porque as vêm desenvolvendo entre tantas responsabilidades e afazeres. É preciso regulamentar melhor estas relações para os trabalhadores da enfermagem, favorecer o exercício de uma maior autonomia profissional, oportunizar ambientes mais organizados e adequados, com condições humanas e materiais suficientes, **fazer uso de tecnologias administrativas/gerenciais mais modernas nas instituições, de forma pertinente nestes tempos turbulentos, que funcionem como um apoio ao trabalhador, possibilitando que o mesmo possa produzir para o seu cliente, organização e coletividade com mais prazer.** Este conjunto de condições é necessário porque a enfermagem apresenta-se na linha de frente, na interface da assistência com o cliente e precisa, imensamente, desta estrutura operativa, dando-lhe respaldo para poder desenvolver o seu trabalho de forma digna e ética.

A partir do aprofundamento teórico que venho realizando, percebo que administrar as organizações, de forma descontextualizada e apenas pelo *feeling* ou pela experiência, certamente, não é o mais adequado. Hoje, mais do que nunca, modernizar-se é uma questão de sobrevivência para qualquer empresa, para a manutenção do trabalho e atendimento ao cliente, naquilo que se propõe a oferecer. É visível que há um movimento geral de mudanças (entre pessoas, organizações, profissionais e profissões) em cuja base está a necessidade de adequação aos avanços tecnológicos, quer para sua sustentação quanto sua sobrevivência.

Hoje, com o conhecimento existente, poderemos realizar, na enfermagem, estas mudanças para, provavelmente, assim, beneficiar a todos que, direta ou indiretamente, recebem/doam/participam da existência da organização. Por conseguinte, não devemos permanecer sem compreender as novas idéias ou fatos, sem incorporar novos saberes e tecnologias, sob pena de ficarmos alijados do processo de evolução acirrada que vem ocorrendo no mundo. DE SORDI (1996, p. 92), diz que

“...[muitas] instituições de saúde parecem indiferentes ao que sucede no mundo da pós-modernidade e mostram-se sucateadas, desprovidas dos recursos materiais e humanos mínimos necessários para garantir qualidade a todo e qualquer cidadão. O que é curioso é que os personagens envolvidos: profissionais da saúde, administradores, usuários, sociedade, parecem estar se habituando a

este estado de carência e pobreza absoluta de condições de trabalho, evidenciando excesso de conformidade (conformismo) com a situação”.

Levando em conta tal enunciado, parece urgente ocorrer um questionamento mais aprofundado e de forma coletiva na área da saúde, entre todos os que nela participam, quanto à necessidade de ser encontrada uma forma mais adequada de produzir, entrelaçada, imprescindivelmente, com o que é moderno. É notório que a forma de produzir nos modelos clássicos de gestão nos foram impostos, assim como outros padrões culturais. Não se pode negar que, apesar de suas distorções e incoerências, houve grande evolução da humanidade, durante este período, mas, também, vem acompanhado de sofrimento dos trabalhadores e da sociedade como um todo, porque a produtividade alcançada não tem trazido o retorno adequado ao trabalhador e à sociedade, ao deixar de beneficiá-los nas suas necessidades básicas.

Acredito que, quando os trabalhadores da enfermagem, especialmente o enfermeiro (no papel de gestor), apropriarem-se de uma nova forma de organizar e construir o cotidiano, com o conhecimento disponível e aprendido, poderão exercer mais e maior poder de resolução, terão mais e maiores facilidades de gerenciar o próprio serviço e poderão obter maior prazer com o trabalho realizado, pois será possível, em grande parte, decidir, por si, os momentos e as necessidades nos processos, de uma forma adequada. Hoje, além do valor agregado ao serviço ou produto, o indivíduo necessita de: velocidade na comunicação; abrir-se para o aprendizado; possuir o maior conhecimento possível; ser acessível e ter condições de adaptabilidade; evoluir, constantemente; criar e inovar; deixar de preocupar-se com a manutenção do *status quo*, o qual parece ser muito valorizado, ainda, na enfermagem, apesar de nem mesmo ser aceito.

Mostra-se, então, necessário à enfermagem encarar este momento de profundas mudanças que vêm ocorrendo claramente em todas as frentes, em busca de um mundo criativo e inovador e, também, usufruir disso. Observando a prática da profissão enfermagem, percebo que esta é criativa, produz novidades, mas nem sempre se mostra inovadora, pois não coloca tais produções a seu serviço e a

serviço de sua clientela no cotidiano mais amplo da profissão e, conseqüentemente, não usufrui nem obtém suficientes benefícios daquilo que produz.

A inovação parece-me, assim, muito necessária no mundo de hoje, pois não adianta pensar em novas tecnologias, se não for para aplicá-las. Segundo DRUCKER (1980, p.50),

“ ‘...inovação’ não é ‘pesquisa’; ‘pesquisa’ é apenas um instrumento de inovação. Inovação é, em primeiro lugar, o abandono sistemático do passado. Em segundo lugar, é a pesquisa sistemática de oportunidades inovadoras – nos pontos vulneráveis de uma tecnologia, processo ou mercado; no tempo de fruição de um novo conhecimento; nas necessidades e anseios de um mercado. Em terceiro lugar, é a vontade de organizar visando uma iniciativa empreendedora, isto é, almejar a criação de novos negócios e não apenas novos produtos ou modificações de produtos antigos. E, finalmente, é o ímpeto de esclarecer os novos empreendimentos à parte da organização administrativa existente, de instruir os conceitos contábeis adequados à economia e ao controle da inovação e de instaurar uma política apropriada e única de remuneração para os inovadores”.

Portanto, frente a este enunciado, acredito que, ainda, não foi suficientemente incorporada à enfermagem esta concepção mais aberta de pensar e fazer o processo de atividade/produção cotidiano, aplicando novas ações, de forma mais empreendedora, preocupando-se em ter uma visão ampla do contexto para poder realizar o processo produtivo de acordo com a missão da organização.

Então, por ser o enfermeiro um gerenciador de atividades em seu local de trabalho, creio que necessita, urgentemente, incorporar ao cotidiano de seu fazer novas formas de produzir, especialmente aquelas apregoadas pela administração moderna. Desta forma, por que não dar um novo direcionamento ao trabalho da enfermagem? Por que não incorporar novas tecnologias organizacionais à prática profissional?

Entendo que isto possibilitaria aos seus trabalhadores assumirem uma outra postura frente ao mundo do trabalho. O poder decisório pode advir de todo este contexto, como algo necessário ao ser humano. Não é alguma coisa que diminui o indivíduo; desde que seja empregado com naturalidade, maturidade,

justiça, equidade e ética, seu resultado será uma somatória de benefícios estendidos a todos que participam do processo, sejam os trabalhadores, os clientes ou a organização.

MATOS (1999) relata que, a partir de Florence Nightingale, tem sido imensa a participação dos trabalhadores no pensar e fazer da profissão, repercutindo na comunidade. Florence é citada em videoconferência por Juran, conhecido e tido como o pai da qualidade e reconhecido mundialmente, como o autor que acrescentou a dimensão humana a esta questão, ultrapassando a faceta meramente estatística. Nesta videoconferência, destaca as ações de Florence Nightingale, explicando que muitos de seus feitos, como a diminuição da taxa de mortalidade dos soldados, durante a guerra da Criméia, podem ser atribuídos ao uso de uma filosofia de qualidade na prestação dos cuidados de saúde.

Hoje, lutar e obter qualidade pessoal é fundamental, nas profissões, nas organizações, nos serviços e nos produtos. Portanto, nada melhor do que lançar mão de conhecimentos existentes e associá-los coerentemente e, assim, obter maior sucesso nos empreendimentos. Nota-se que, no mundo atual, quanto mais empreendedor for o trabalhador e utilizar os mais diversos conhecimentos, associando-os, abrindo-se, aceitando *feedback*, mais resultados positivos poderão ocorrer tanto para si, como para o cliente e a empresa.

Os ensinamentos de DRUCKER (1980, p.11) mostram-se importantes porque nos dizem que a história da administração, com função social, iniciou há um século, quando foram entendidos que os recursos seriam geridos para a obtenção de produtividade e que esta produtividade serviria para o bem do próprio homem, tanto para quem recebe como para quem produz. Complementa seu raciocínio, dizendo que

“... nada é mais perigoso que uma diminuição das produtividades. Ela torna inevitável uma retração da economia (na verdade, é a única causa de tal retração). Gera pressões inflacionárias, conflitos sociais e desconfianças mútuas. Marx estava absolutamente correto ao postular que nenhum sistema sobreviveria à diminuição da produtividade do capital – ou da produtividade de qualquer recurso chave”.

Em sua análise do taylorismo, DRUCKER (1980, p.9) diz que, na concepção de Taylor,

“... a responsabilidade pela produtividade do trabalho não cabe ao trabalhador, mas ao administrador. E viu ainda – embora não tenha chegado a formular sua percepção numa teoria – que a produtividade é o resultado da aplicação ao trabalho de um recurso de capital específico do ser humano: o conhecimento”.

DRUCKER (1999) enfatiza ainda que, o conhecimento é imprescindível para o trabalhador no século XXI por ser um fator fundamental na obtenção de maior sucesso na vida pessoal/profissional e, que, tal fato leva as organizações conseqüentemente a obterem maior produtividade.

Penso, então, que a enfermagem deva estar alerta para alcançar maior produtividade, porque as tecnologias, ideais ou não, e seus conceitos existem, no atual momento, como sempre existiram. Em todo este contexto do cotidiano do trabalho, ainda, não é possível esquecer todo o comprometimento ético envolvido neste pensar/fazer; portanto, necessita, a meu ver, ser compreendido que, ao assumir determinado cargo (administrativo/gerencial), o trabalhador precisa desenvolver ao máximo suas potencialidades e, com isto, promover seu crescimento e de todo o meio a que pertence, sob pena de não “*empregar/entregar*” qualidade no/do seu pensar/fazer e, com isso, estar ferindo profundamente a questão ética em seu propósito, acarretando, ao meio e às pessoas, prejuízos irrecuperáveis, principalmente em se tratando de saúde, em que a meta é promover/manter/recuperar a vida e o erro (dano/defeito) não deve existir.

Vejo que, até hoje, na maioria das vezes, a enfermagem tem usado, para administrar/gerenciar seus processos de atividade/produção, apenas *feeling* e empirismo. A inquietude deriva de algumas questões: **(a) o modo freqüentemente assistemático de gerenciar; (b) a adoção de modelo clássico com predomínio e reforço permanente da hierarquização; (c) a predominância de característica profissional do enfermeiro para assumir funções gerenciais e a sua dedicação à resolução de problemas pertinentes a outros profissionais e serviços; (d) a criatividade, resultante dos esforços e investimentos da enfermagem, não implica inovação e ao não colocar tal produção a seu serviço ou de sua**

clientela não usufrui dos benefícios desta produção; e, (e) a constatação da existência de novas tecnologias como um saber disponível a ser utilizado para um possível enfrentamento e superação desta problemática, assim como para o desenvolvimento da profissão; que me levaram a refletir e, finalmente, a evidenciar algumas propostas que viessem ao encontro dos meus anseios.

Neste sentido, considero como uma possível estratégia para romper com estas práticas, o uso de tecnologias da GQT que possibilitam inovar o gerenciamento/assistência (de enfermagem) e permitem que a enfermagem possa focalizar suas energias e saberes na sua especificidade, visando oferecer um melhor cuidado e, desta forma, apresentar melhores resultados à clientela e para a própria organização que presta estes mesmos serviços.

A GQT, como sistema gerencial, defende que mudanças ocorrem pela educação contínua das pessoas, nas profissões e nas organizações. Preconiza, ainda, a qualidade, produtividade em consonância com o seu principal objetivo: atender às necessidades dos clientes e manter a sobrevivência da organização.

Na GQT, a contribuição do trabalhador ocorre de forma mais humana, ligada à motivação e ao atendimento das suas necessidades. Acredito, então, que assim é possível produzir de forma inovadora e humanizada. É evidente e não há como negar que, nesta nova forma de produzir, é obtida maior produtividade, pois esta é a lógica do modo de produção capitalista. Porém, muito dos empregadores que a adotaram reconheceram, também, que, atualmente, devem possibilitar ao trabalhador mais liberdade para criar, inovar, participar e, com isto, torná-lo mais motivado e produtivo, o que traz para a empresa maior produtividade. Para tanto, utilizam-se, ainda, da educação e treinamento específico para que o trabalhador coloque em uso a tecnologia existente.

Em contrapartida, com os novos modelos tecnológicos, o trabalhador pode reconhecer-se como o elemento fundamental e mais importante do processo, portanto, podendo exercer poder, através do seu pensar e fazer próprios. Então, empresa e trabalhador são um conjunto, em que há a possibilidade de convivência mais equilibrada e harmoniosa. Para corroborar esta assertiva, compartilho a opinião

de DEMING (1990, p. 15), quando diz que: “não há nada que substitua o trabalho, em equipe e de bons líderes de equipe, para atingir uma consistência nos esforços juntamente com conhecimento”. Portanto, o trabalhador tem condições de conquistar uma melhor maneira de produzir e viver. A GQT, como princípio, valoriza o empregado, ao considerar que toda a tecnologia que existe ou que possa vir a existir jamais suplantará a sensibilidade e o poder de criação do ser humano.

Acredito, desta forma, ser possível ao trabalhador produzir de forma mais prazerosa e menos desgastante, desde que se faça o uso adequado do arsenal tecnológico existente e dos conhecimentos mais modernos na área administrativa. É possível encontrar, assim, outra maneira de administrar com maior eficiência e eficácia, em particular no serviço de enfermagem, e estendê-la à área da saúde em geral. A enfermagem, ao inovar com esta tecnologia no gerenciamento, estará no contexto de novos tempos, mudando paradigmas como o do conhecimento, do aprendizado, do espírito de equipe, permitindo-se ser mais livre e liberta das amarras de um sistema de organização da atividade/produção tão pormenorizado e rotineiro, mas desarticulado e, muitas vezes, inadequado, pesado e imposto ao longo dos anos.

O uso de tais inovações na enfermagem mostra-se essencial tanto para o presente como para o futuro, como um possível modelo, dentro de um contexto moderno, para alcançar uma melhor forma de produzir e viver. Portanto, na presente dissertação, procuro demonstrar a possibilidade de uma (re)organização do processo de atividade/produção da enfermagem, exemplificando a partir da apresentação de uma Prática Assistencial (DEI SVALDI, 1999) realizada em um Serviço de Pronto Atendimento (SPA).

Esta Prática Assistencial teve por objetivo geral propiciar a um grupo da equipe de Enfermagem do SPA, um espaço para discussão e reflexão, em busca do levantamento e encaminhamento das situações/condições que afetam seu processo de atividade/produção, com o uso de método, ferramentas e técnicas de GQT.

Assim, apresento uma descrição, pretensamente mais clara, de como oportunizar e trazer para a área da saúde/enfermagem uma metodologia, que, na

minha visão, possibilita uma forma moderna de gerenciar, valorizando e reconhecendo a dignidade dos clientes internos e externos à organização. Pretendo, portanto, apropriar-me de um saber da área da administração – um método e algumas ferramentas e técnicas de GQT – de modo a mostrar a possibilidade de seus usos na área da enfermagem.

Na Prática Assistencial realizada junto a um grupo da equipe de enfermagem do SPA de um Hospital Universitário, o levantamento dos dados focalizou, sob a ótica desses trabalhadores, as situações/condições que interferem no trabalho da enfermagem em seu processo de atividade/produção e que acarretam conseqüências inadequadas para o setor. A partir da identificação destas condições inadequadas (problemas) e da sua priorização, aplicou-se o método de análise e solução de problemas (MASP). Em todas as etapas e encontros com o grupo foram construídos, coletivamente e de maneira ágil e moderna, não apenas alternativas específicas de solução de problemas, mas também formas de administrar/gerenciar em enfermagem.

A meta foi deixar de pensar e fazer o gerenciamento de forma empírica e sem planejamento ou objetivo definido, partindo para o uso de tecnologias que possibilitassem o desenvolvimento de um modo de fazer que se mostrasse mais satisfatório ao atendimento das necessidades tanto dos clientes como da própria organização.

Quanto à forma de apresentação do trabalho, especialmente do modelo metodológico adotado, acredito que permita às pessoas que conheçam/aprendam e possam utilizar-se ou iniciar-se em uma das tantas tecnologias existentes na área administrativa/gerencial e que pode ajudar a enfermagem em seu cotidiano. Creio que são abertas possibilidades de que esta tecnologia, aplicada à atividade/produção da enfermagem, possa servir como instrumento de percepção e entendimento do dia-a-dia, além de revestir-se de um papel gerencial mais dinâmico nas relações da enfermagem e das organizações da área de saúde.

Portanto, esta dissertação tem como objetivo:

- descrever o processo de aplicação de método, ferramentas e técnicas de GQT à organização do processo de atividade/produção da enfermagem no SPA/HU.

Neste sentido, na seqüência, apresento o suporte teórico, o marco conceitual elaborado e a descrição da metodologia utilizada, cuja análise dos dados obtidos no presente trabalho foi feita à luz deste mesmo referencial teórico e em conformidade com o marco conceitual proposto.

2 - O PENSAMENTO ADMINISTRATIVO: EVOLUÇÃO E TENDÊNCIAS

O termo administrar vem do latim, sendo que “*ad*” quer dizer: direção, tendência para; enquanto “*ministrar*” é subordinação ou obediência. Significa que alguém realiza função sob o comando de outrem. Esta palavra, no entanto, sofreu uma radical transformação no seu significado original; atualmente, administrar é:

“... interpretar os objetivos propostos pela organização e transformá-los em ação organizacional por meio do planejamento, organização, direção e controle de todos os esforços realizados em todas as áreas e em todos os níveis da organização, a fim de alcançar tais objetivos da maneira mais adequada à situação” (CHIAVENATO, 1997, p.9).

Portanto, o enunciado é claro, objetivo e preciso, quando nos diz que, atualmente, administrar determinada organização implica em ter objetivos, realizar ações adequadas para obter o efeito esperado, mas de forma coletiva, diferente dos modelos clássicos de administrar. Vou mais além e cito FREITAS (1999, p. 7), quando diz

“...o que sabemos é que, quando o ser humano é esquecido ou transformado em coisa, perde sentido o propósito de construção de riquezas e de um mundo melhor. As incertezas e as complexidades colocadas pelo novo ambiente sócio-organizacional sugerem que a leitura do que está acontecendo e das tendências exige uma sensibilidade diferente”.

Deste modo, acredito ser necessário uma breve incursão na história da administração, para haver uma compreensão da evolução das teorias administrativas, até o presente. Para tanto, apoio-me, essencialmente, em CHIAVENATO (1998). A administração como ciência foi desenvolvida, a partir de fins do século XIX, através da Administração Científica de Taylor, centrada nas tarefas/operações/operários. Após, surgiu a Administração Clássica com Fayol, preocupando-se em ser prescritiva e normativa. Na seqüência, surgiu a Teoria Neoclássica, centrada no processo administrativo e em princípios formais de administrar, embora, apelando para a inovação e flexibilização organizacionais, seu

processo era limitado e desarticulado. A seguir, surge a Teoria das Relações Humanas, com uma cultura aparentemente mais democrática, transferindo a ênfase das tarefas para as pessoas, mas, ainda, prescritiva e normativa, detendo-se em como liderar e como motivar as pessoas para alcançar o objetivo organizacional. Em 1940, Max Weber apresentou a Teoria Burocrática, a qual tentava encontrar respostas para as grandes empresas, contudo, ainda, prescritiva e normativa e possuindo a lógica do sistema fechado, no qual a empresa era o universo e a administração como um mundo especial neste universo. Em 1950, o olhar administrativo direcionou-se para fora da organização com a Teoria Estruturalista, pois os teóricos da administração aperceberam-se da existência do conjunto de organizações que viviam, conviviam e competiam, interdependentemente e em íntima interação com o meio externo, portanto, a visão e as fronteiras ampliaram-se. De prescritivo e normativo, esse novo olhar administrativo passou a explicativo e descritivo das organizações e a visão administrativa passou a apresentar cunho crítico.

Numa linha mais avançada, sociólogos organizacionais postularam uma Teoria Neo-estruturalista, que aponta para a tecnologia como a variável organizacional que condiciona a organização e a dinâmica empresarial. Com isso, há um descrédito em relação ao movimento de relações humanas, com base em seu caráter claramente manipulativo. Por sua vez, os psicólogos organizacionais passaram a adotar uma abordagem mais ampla e liberal com a chamada Teoria Comportamental (*behaviorismo*⁵). Dentro de uma visão descritiva e explicativa, passa a preocupar-se com a organização e seus diferentes participantes e a desenvolver modelos de motivação, liderança, comunicação, raciocínio e tomada de decisões a critério do administrador, para que este pudesse adequar as situações que se apresentavam no cotidiano. A tônica era buscar a flexibilidade organizacional e a redução do conflito entre os objetivos organizacionais e os objetivos individuais dos participantes. Então, embalado por estes novos conceitos, o movimento do Desenvolvimento Organizacional (DO) criou e desenvolveu modelos de mudança organizacional planejada, pretendendo possibilitar a rápida adequação da empresa ao dinamismo do mundo moderno.

⁵ Behaviorismo: é um neologismo usado para identificar a teoria Comportamental; onde behavior (do inglês) equivale a comportamento.

Ludwig von Bertalanffy (naturalista alemão), com base nas suas experiências com o comportamento de animais silvestres (cupins, formigas, abelhas), conclui sobre a organização social e sistêmica dos mesmos. Tais análises são as bases da Teoria Geral dos Sistemas. É a busca pelo globalismo/totalidade⁶ no campo científico, que logo chega à administração, originando uma transformação no campo das teorias administrativas: esta se torna extrovertida no estudo das organizações. O ambiente externo passa a ser o condicionante básico do formato e do comportamento organizacional. As organizações, então, são estudadas de fora para dentro, do elemento maior para o menor, da variável independente para a dependente; a fronteira, agora, é o espaço. A seguir, surge a Teoria da Contingência, incumbindo-se da adaptação ambiental da teoria administrativa, em que tudo é relativo – contingencial –; nada é absoluto, pois não existe maneira exclusiva de administrar ou organizar.

Tudo depende do contexto ambiental, no qual as organizações vivem e operam e, se não forem adaptativas e respeitarem o ambiente onde estão, desaparecerão: é a seleção natural das espécies organizacionais! As organizações não entendem, ainda, qual o seu campo de manobra e de ação, bem como o mundo que as rodeia. A Teoria da Contingência marca o mais recente estágio, que conduz à administração sem fronteiras, no tempo e espaço. Apesar disso, a visão para o futuro, sem deixar de ter atenção ao ambiente ao redor, ainda não é muito presente nas organizações. É possível notar que muitas pessoas, na qualidade de administradores/gestores, estão confundindo os conceitos desta teoria, achando que esta forma de estruturar as organizações corresponde a, simplesmente, deixá-las à deriva. É um perigo, pois pode levar muita angústia aos trabalhadores pela desorganização administrativa, com todas as suas conseqüências!

No mundo atual, não há fronteiras, mas o conjunto das teorias administrativas foi grandemente influenciado por três princípios: o reducionismo, o pensamento analítico e o mecanicismo. Muito destes princípios influenciam o jeito de pensar, causando distorções no presente e, possivelmente, mais ainda, no futuro.

⁶ Globalismo ou totalidade: “implica que toda ação que produza mudanças em unidades do sistema, tem probabilidade de produzir mudanças em toda as unidades do mesmo sistema (BORBA, 1997, p. 12)”.

Exemplo de **reducionismo** é o taylorismo que tem, por princípio, que todas as coisas podem ser reduzidas e decompostas. O reducionismo serve-se do pensamento analítico que explica as coisas reduzindo, decompondo o todo, tanto quanto possível, em partes mais simples, independentes e indivisíveis que são mais facilmente solucionadas ou explicadas para, após, serem agregadas. Estas soluções e explicações fracionadas, em uma solução ou explicação do todo, constituem-se na soma ou resultante das soluções ou explicações das partes. O **pensamento analítico** decorre do método cartesiano. Compreende o todo através da solução das partes, longe do conceito de sistemas. O **mecanicismo** baseia-se na relação causa e efeito entre dois fenômenos (sistema fechado), subtraindo o ambiente das causas; não prevê as exceções. Os efeitos são determinados pelas causas, com visão de causalidade linear e de determinismo absoluto das coisas. Impede de ver o mundo amplo, flexível, abrangente.

Com o advento da Teoria Geral dos Sistemas, o reducionismo, o pensamento analítico e o mecanicismo, característicos da abordagem tradicional, deram lugar ao expansionismo, ao pensamento sintético e à teleologia, características da abordagem sistêmica, como procura demonstrar a Figura 2 (Evolução das Teorias Administrativas).

Figura 2. Evolução das Teorias Administrativas

ABORDAGEM TRADICIONAL		ABORDAGEM SISTÊMICA
Reducionismo	→	Expansionismo
Pensamento Analítico	→	Pensamento Sintético
Mecanicismo	→	Teleologia

Fonte: CHIAVENATO (1998, p. 100).

CHIAVENATTO (1998) explica que o **expansionismo** sustenta que todo o fenômeno parte de um fenômeno maior, em que o desempenho de um sistema depende de como se relaciona com o todo do qual faz parte. Este pensamento - abordagem sistêmica - está inteiramente relacionado com a noção de totalidade e a visão dos elementos fundamentais para o todo. Portanto, um mundo sem fronteiras requer este princípio para a sua compreensão. Por sua vez, o **pensamento sintético** explica os fenômenos, em função do papel que desempenham neste sistema maior, pois a abordagem sistêmica interessa-se por juntar e não separar. Já a **teleologia** apresenta que a causa é uma condição necessária, mas nem sempre

suficiente para que surja o efeito. Ou seja, a relação causa-efeito não é determinística, mas, simplesmente, uma relação probabilística. Na concepção mecanicista, o comportamento é explicado pela identificação de suas causas e nunca de seus efeitos. Na concepção teleológica, o comportamento é explicado por aquilo que ele produz ou por aquilo que é seu propósito ou seu objetivo. O comportamento é explicado pelo objetivo ou efeito global. Assim, o raciocínio linear causa-efeito está superado.

A lógica sistêmica procura entender as inter-relações das diversas variáveis, a partir de um campo dinâmico de forças que atuam entre si. Esse campo dinâmico de forças cria um emergente sistêmico: o todo é diferente de cada uma de suas partes. Portanto, o sistêmico apresenta características próprias que podem não existir nas partes integrantes. O pensamento sistêmico é contrário ao axioma matemático de que o todo é a soma de suas partes. Nesta concepção, os sistemas são vistos como entidades globais e funcionais, em busca de objetivos e finalidades. O mundo e a administração sem fronteiras requerem a teleologia e a lógica sistêmica para abandonar o reducionismo, o mecanicismo e o pensamento analítico e, com isto, ter uma melhor concepção de vida para o futuro das pessoas/profissionais/organizações.

Na enfermagem, obviamente, é necessário que aconteça, também, esta abertura, pois possibilitará uma outra maneira de verificar os fatos e compreender o dia-a-dia da profissão, favorecendo encontrar novos rumos para o futuro. Compreender a profissão e contextualizá-la, nestes novos conceitos e paradigmas, favorecerá o seu próprio benefício e, ainda, a todo o seu meio. Administrar sem “jaulas” é o caminho que parece ser despontado para o futuro. Parece-me que falta à enfermagem incorporar a lógica dos sistemas abertos em sua compreensão e abordagem, olhar para frente, tentar ver além do horizonte - o futuro, o que acredito não estar acontecendo, ainda suficientemente, na profissão.

É visível, em minha avaliação, que, no cotidiano, o que domina as discussões, preocupações e fazeres da enfermagem é o olhar para dentro e o repetir-se (internalizar) de seu próprio trabalho. Parece que não há um contexto ao redor para ser entendido, negociado e, conseqüentemente, desencadear um novo

pensar/fazer. Penso, ainda, que é necessário agir diferente, pois o agir está baseado muito no histórico, do “sempre foi assim”, “para que mudar?”. Talvez sirva como alerta estas reflexões, porque o momento é de mudança. Há necessidade de transformação. Parece-me oportuno citar DRUCKER (1980, p. 36) que diz que, quando

“...os resultados das instituições de serviços não são facilmente medidos é que o abandono organizado do passado se faz necessário. É preciso haver uma retirada sistemática de recursos – de dinheiro, mas especialmente de pessoas – dos esforços do passado. O administrador de uma instituição de serviços deve, no mínimo, perguntar-se constantemente como modificar os métodos a fim de atingir os objetivos para os quais ela foi criada”.

CAPRA (1996, p. 145) apresenta a Teoria Cognitiva ou Teoria de Santiago, na qual refere que

“...a nova concepção de cognição, o processo do conhecer, é muito mais amplo que a concepção do pensar. Ela envolve percepção, emoção e ação – todo o processo da vida. No domínio humano, a cognição também inclui a linguagem, o pensamento conceitual e todos os outros atributos da consciência humana. No entanto, a concepção geral é muito mais ampla e não envolve necessariamente o pensar” .

O mesmo autor (1996, p. 231) refere, ainda, a Teoria Ecológica, na qual

“...há muitas diferenças entre ecossistemas e comunidades humanas. Nos ecossistemas não existe autopercepção, nem linguagem, nem consciência e nem cultura; portanto neles não há justiça nem democracia; mas também não há cobiça nem desonestidade. Não podemos aprender algo sobre valores e fraquezas humanas a partir de ecossistemas. Mas o que ‘podemos’ aprender, e devemos aprender com eles é como viver de maneira sustentável. Durante mais de três bilhões de anos de evolução, os ecossistemas do planeta têm se organizado de maneiras sutis e complexas, a fim de maximizar a sustentabilidade”.

Acredito que a Teoria da GQT é próxima destas duas teorias (Teoria Cognitiva e Teoria Ecológica), pois a cognição, como é nelas apresentada, não é apenas o ato de pensar, mas o de ter percepção, emoção e ação, o que, a meu ver, permeia muito o conjunto de idéias existente na GQT; a ecológica está também presente porque, na GQT há um grande empenho na manutenção do meio ambiente

externo e o meio ambiente interno. Em ambas, cognitiva e ecológica, há preocupação de manter a convivência de forma mais harmoniosa, coletiva e sustentável possível, isto, tanto para o trabalhador, bem como para a organização, sociedade e a continuação do próprio planeta, portanto, incentivando, até, uma visão planetária, em se tratando de sistemas.

Focalizando o olhar especificamente para a enfermagem, parece haver muito a aprender, através da compreensão e usos dos conceitos de sistemas abertos. Não se imagina mais que as mudanças poderão vir apenas a partir de uma pessoa, considerada herói, como foi no passado, mas de um entendimento coletivo e harmônico no grupo que realiza o trabalho, que a sensibilidade é a parte mais fundamental e que diferencia os seres humanos, tornando-os mais produtivos, oportunizando aflorar novas formas de existir, suplantando a atual e permitindo conseguir um novo modo de realizar o trabalho, mais satisfatório. Entendo, ainda, que teorias, conceitos, metodologias, normas e técnicas são formas organizadas e sistemáticas para a obtenção e o entendimento dos fatos e dados existentes. Talvez, não existam fórmulas definitivas ou apropriadas, como pudemos observar. A evolução do conhecimento é contínua, mas o que é mais fascinante em todo este conjunto, é que é dado ao ser humano a possibilidade de pensar, criar, inovar, mudar e construir o seu próprio caminho. Parece-me que esta procura é que tem sido a máxima no trabalho empreendido pelos aficionados em obter novas e necessárias respostas.

Portanto, é fundamental lançar mão de novas tecnologias administrativas, nas quais ocorram planejamento, organização, direção e controle das ações para alcançar maior produtividade, mas com um propósito claro: de se ter um mundo melhor, em que o maior beneficiado seja o próprio ser humano. Na minha opinião, para administrar/gerenciar, tanto a organização hospitalar como qualquer outra organização, não devemos nos afastar das questões afetas à sua sobrevivência e às condições indispensáveis à manutenção do trabalho e ao atendimento das necessidades dos clientes. Na atualidade, mais do que nunca, devem ser enormemente considerados, ainda, ao ser avaliada uma instituição, a qualidade, produtividade, custos, lucros, fornecedores e preços, dentre muitos outros quesitos. Todos estes termos técnicos e outros tantos estão contemplados na moderna

administração e, atualmente, apresentam outras conotações em relação ao modelo clássico de administrar. Portanto, mostra-se necessário adequá-los e contextualizá-los ao novo momento.

Hoje, a preocupação da administração, dentre seus principais objetivos, é a de encontrar maneiras de satisfazer as necessidades apresentadas pelos clientes, através da qualidade de seus produtos ou serviços; a garantia e manutenção da estabilidade do trabalhador, através do desenvolvimento de um modo de pensar e fazer harmonioso e cooperativo; o estabelecimento de um bom relacionamento e manutenção do compromisso e responsabilidades entre si e os fornecedores; a obtenção de lucro, no tempo certo e da maneira certa, e a suficiente produtividade, responsáveis pela viabilidade e sobrevivência da empresa para oportunizar o alcance de seus objetivos e cumprir, da maneira mais fidedigna e completa, sua missão⁷.

Os hospitais são organizações que têm como missão primordial atender necessidades humanas de saúde em situações que estas apresentam-se afetadas. Para tanto, necessitam organizar-se para satisfazer tais necessidades humanas que, em última análise, resumem-se à prestação de atendimento adequado ao cliente. Quando um paciente é hospitalizado, a mercadoria que procura não é uma peça ou um produto material pronto e acabado, mas é algo complexo, por tratar-se da prestação de um serviço, cujo resultado é conseguido e consumido no próprio processo, durante sua realização. Ou seja, o que o cliente compra não é uma mercadoria, mas um processo de atividade/produção que garanta a prestação de um serviço de qualidade.

Por sua vez, a venda de um serviço, por si só, já é um relacionamento complicado, ainda mais na questão da saúde, o que pode até envolver recursos jurídicos. Assim, este deve ser de qualidade, desde o seu primeiro momento, sob pena de causar danos irreversíveis a quem o recebe. Então, ao refletir sobre esta questão, pode-se usar determinadas técnicas, tecnologias e saberes administrativos

⁷ Segundo BORBA e DAWSON (1998, p.23), a missão deve ser definida em termos de satisfazer alguma necessidade do meio ambiente e não deve ser colocada em termos de oferta de produto/serviço. A missão tem por função orientar e delimitar a decisão e a ação organizacional.

para conseguir melhores resultados na organização, dentre eles, os conhecimentos de GQT com seus instrumentos específicos (método, ferramentas e técnicas). Pode-se, dependendo da orientação administrativa e dos objetivos organizacionais utilizar, a técnica dos "5S"⁸, para preparar o ambiente.

2.1 – Da Gestão da Qualidade à GQT

"... quando falamos sobre as necessidades dos seres humanos, estamos falando sobre a essência de suas vidas ...".
(Maslow)

A evolução histórica da Gestão da Qualidade iniciou com a inspeção final do produto. Apesar de adicionar custo, era considerada necessária para proteger os clientes. Em 1931, Shewhart com o livro "The Economic Control of the Quality of Manufactured Product" muda a filosofia de dirigir esforços, no sentido de descobrir e reparar problemas nos produtos, para descobrir/reparar problemas nos processos de trabalho, para garantir que o controle dos processos de produção fosse bem mais eficiente do que a inspeção final do produto, garantindo/mudando a qualidade. Durante a 2ª Guerra Mundial, a teoria de Shewart desenvolveu-se na Grã-Bretanha e Estados Unidos, mas, no pós guerra, os japoneses aplicaram os métodos de controle da qualidade não somente à atividade manufatureira, mas, também, aos projetos, marketing, distribuição, vendas e serviços e todas as demais função comerciais de uma organização, daí ser total. Feigenbaum, com o livro, "Total Quality Control (1959) propôs o controle da qualidade total para integrar esforços em toda a organização, quanto à qualidade e com a finalidade de satisfazer as necessidades dos clientes. Os japoneses aplicaram o conceito, incluindo a participação de toda a força de trabalho, na administração da qualidade, independentemente do nível hierárquico. Em uma forma mais avançada, a GQT envolve hoje a integração horizontal (todas as funções) com a vertical (níveis hierárquicos) na organização: a estratégia é a qualidade. Portanto, há uma emergente competição da qualidade, baseada em melhorar a satisfação do cliente e reduzir os custos da má qualidade (BERWICK, 1994).

⁸ 5S – técnica com cinco fases que pode ser usada na organização do processo produtivo. Outros dados serão descritos no item 2.2. na seqüência do texto.

Deste modo, este modelo administrativo – GQT - foi introduzido no Japão, a partir de 1954, e influenciado pelas idéias formuladas por Maslow, por possuir outro entendimento da natureza humana. Este entendimento filosófico, segundo CAMPOS (1992, p.150), é baseado em dois pontos fundamentais: - “... o homem tem uma natureza superior que é instintiva; - esta natureza humana tem uma característica profundamente holística”.

Corroboro com essas assertivas, porque acredito que o homem é capaz de entender e melhorar o meio em que vive, haja vista a enorme caminhada empreendida pela humanidade em sua evolução tecnológica, particularmente no século XX. Apesar de todas as previsões alarmistas, quanto à humanidade, penso que iremos sempre encontrar formas mais adequadas de existir e viver. Porém, para isto acontecer, parece necessário entendermos que um possível caminho será através de uma forma coletiva e solidária em nosso pensar e viver.

A GQT foi estruturada pelo grupo de pesquisa do Controle da Qualidade da JUSE (Union of Japanese Scientists and Engineers), mas seu início e sua adequação se deram no exército americano. Ao desenvolver-se no Japão, incorporou um lado mais humanístico, agregando idéias e conceitos maslowianos. Tem como princípio que todo o homem possui uma natureza boa. Quando ocorrem problemas, não existem culpados. Todo o grupo deve procurar suas causas (CAMPOS, 1992).

Esta teoria traz, ainda, elementos de várias fontes e contribuição de vários autores, segundo CHIAVENATO (1997):

1) Descartes – autor do método cartesiano. René Descartes (1596-1650), filósofo, matemático e físico francês, considerado o fundador da Filosofia Moderna. Criou, ainda, as coordenadas cartesianas, valioso impulso dado à Matemática e à Geometria da época. Escreveu o livro “O Discurso do Método”, onde descreve os principais preceitos do seu método filosófico, hoje denominado “método cartesiano”, que possui os seguintes princípios:

a) Princípio da Dúvida Sistemática ou da Evidência: a dúvida é sistemática, ocorre prevenção e não precipitação. É aceitável apenas como certo aquilo que seja evidentemente certo;

b) Princípio da Análise ou de Decomposição: consiste em dividir, decompor em etapas, quantas forem necessárias, cada dificuldade ou problema, para obter melhor adequação e solução, e resolvê-las cada uma separadamente;

c) Princípio da Síntese ou da Composição: consiste em levar o raciocínio e o pensamento de forma mais organizada, começando pelos objetivos e assuntos mais fáceis e simples de conhecer, para passar aos mais complexos e difíceis, gradualmente; e,

d) Princípio da Enumeração ou da Verificação: consiste em recontar, conferir tudo, de forma geral, para que nada possa ser omitido ou deixado de lado.

2) Taylor: a preocupação é quanto à racionalização do trabalho no nível operacional; a divisão do trabalho, a ordem, o controle de tempos e movimentos, etc;

3) Shewhart: desenvolveu, na década de 20, estudos estatísticos no controle de processos, posteriormente usados na GQT. Foi professor de Deming e Juran, no que se refere à atividade/produção realizada pela ação humana;

4) Deming: nascido nos EUA (1900-1993), criou um sistema filosófico profundo e duradouro sobre qualidade. Levou este sistema para o Japão, na década de 50. Para ele, a qualidade está centrada nas necessidades do cliente, pois a preocupação deve ser em atendê-las. Dizia, ainda, que se deve problematizar pedagogicamente o sentido e o uso do que é qualidade (NOGUEIRA, 1994);

5) Juran: nasceu em 1903 na Romênia. Engenheiro elétrico, foi influenciado por Shewhart. Assessorou indústrias japonesas, na década de 50. Em 1979, criou a empresa de consultoria de Qualidade - Juran Institute. Dizia que qualidade está no produto (que vai ao encontro das necessidades do cliente). Muito do conhecimento ocidental sobre qualidade deve-se a ele (NOGUEIRA; 1994);

6) Maslow: psicólogo americano; de cujo trabalho a GQT retirou os conceitos de comportamento humano. Dizia que as necessidades básicas do indivíduo são variáveis. A escala vai num crescente de prioridades, mas todas estão sempre presentes, dependendo do grau de prioridade apresentado, no momento, pela pessoa (CAMPOS, 1992). As necessidades são, num crescente:

a) Fisiológicas: importa-se com sobrevivência, alimentação, roupa, teto;

b) Segurança: preocupa-se com proteção sua e da família. Estabilidade no lar e no emprego;

c) Sociais: necessita sentir-se aceito, com amizades e associação;

d) Ego ou estima: autoconfiança, independência, reputação; e,

e) Auto-realização: sentir a realização de seu próprio potencial, ocorrendo autodesenvolvimento, criatividade, auto-expressão.

Seguindo, ainda, na linha da GQT, e para melhor entendimento de seus aspectos teóricos, há necessidade de compreender vários conceitos. A grande pergunta é: **o que vem a ser qualidade?** Para responder esta questão, apóio-me em CAMPOS (1992, p.2), quando apresenta que **"qualidade é o produto ou serviço que atende perfeitamente, de forma confiável, de forma acessível, de forma segura e no tempo certo às necessidades do cliente"**. Então, tem-se que qualidade é realizar um processo de atividade/produção em que o produto/serviço esteja adequado às necessidades do cliente, assim, satisfazendo-o plenamente. As necessidades são ditadas por aquilo que pensa e deseja o cliente; são valores próprios que, variando de pessoa a pessoa, devem ser respeitados como tal.

Para JURAN (1995, p.16), **"qualidade é a adequação ao uso"**. Esta afirmação não é muito diferente da anterior, talvez um pouco mais concisa, porque acredito que tenha algo intrínseco, mas de forma sutil e com grande significado. Entendo que está implícito no enunciado que, ao se produzir determinado produto/serviço não é só para agradar o cliente, mas, sim, produzir com qualidade técnica, contudo, levando em consideração a preferência do cliente e o uso que fará deste. O mesmo autor refere que é necessário aprofundar a definição, para que os gerentes possam escolher os rumos da ação. Diz, ainda, que a adequação ao uso divide-se em duas direções distintas, como apresentado na Figura 3 – Característica do Produto e Ausência de Deficiência.

Figura 3. Característica do Produto e Ausência de Deficiências

CARACTERÍSTICAS DE PRODUTOS QUE ATENDEM NECESSIDADES DE CLIENTES	AUSÊNCIA DE DEFICIÊNCIAS
Qualidade mais alta permite que a empresa: <ul style="list-style-type: none"> - Aumente a satisfação com o produto - Torne os produtos vendáveis - Atenda à competição - Aumente a participação no mercado - Obtenha faturamento em vendas - Consiga preços vantajosos. 	Qualidade mais alta permite que a empresa: <ul style="list-style-type: none"> - Reduza freqüência de erros - Reduza retrabalho, desperdício - Reduza falhas de campo, despesas com garantia - Reduza insatisfação do cliente - Reduza inspeção, testes - Diminua o tempo necessário para colocar novos produtos no mercado - Aumente o rendimento, a capacidade - Melhore o desempenho de entrega.
O principal efeito reside nas vendas.	O principal efeito reside nos custos.
Geralmente mais Qualidade custa mais.	Geralmente, mais qualidade custa menos.

Fonte – JURAN (1995, p.17).

Para DEMING (1990, p.4), **“qualidade deve visar às necessidades do consumidor, tanto atuais quanto futuras. A qualidade começa com a intenção que é determinada pela administração”**. Portanto, observa-se que é um comprometimento global dos que planejam/dirigem e dos que executam/produzem com o fim de satisfazer o consumidor em suas necessidades. Continua o mesmo autor explicando (p.124), por meio de respostas a seus próprios questionamentos:

“...o que é qualidade? A qualidade só pode ser definida em termos de quem a avalia. Quem é o juiz da qualidade? Na opinião do operário, ele produz qualidade se puder se orgulhar de seu trabalho. Baixa qualidade, para ele, significa perda de negócios e talvez de seu emprego. Alta qualidade, pensa ele, manterá a empresa no ramo. Isto é verdade tanto para as empresas de serviços quanto para as de produção de bens. Qualidade para o administrador de fábrica, significa produzir a qualidade planejada e atender às especificações. Sua função é também, saiba ele ou não, o constante aperfeiçoamento dos processos e a constante melhora de sua liderança”.

CARR e LITTMANN (1992, p. 11) dizem que a qualidade ou não nos produtos e serviços pode ser afetada, dependendo de como a empresa é administrada/gerenciada, pois existem equívocos rotineiros e, para exemplificar, faz uma comparação entre a empresa privada e pública:

“... na indústria privada, a redução do número de funcionários pode vir a abalar o nível de Qualidade do produto, afastar usuários e, até mesmo impedir o crescimento da produtividade. A maioria dos governos segue o mesmo caminho errado. Usa a abordagem da marreta: cortes intempestivos no orçamento, congelamento de admissões de novos funcionários, demissões e eliminação de programas. Isto leva à Qualidade, à produtividade ou à eficiência? Claro que não”.

PALADINI (1994) diz que, para adquirir-se qualidade na organização, devemos trabalhar um plano interno e outro externo. No plano interno, considera-se:

- a) a seleção de equipamentos compatíveis com o processo;
- b) utilização de materiais que atendam ao "uso esperado";
- c) a definição de métodos de trabalho conforme as fases do trabalho, sem esquecer de enfatizar a importância do elemento humano neste processo. Este deve ter condições de trabalho adequadas, quanto à disponibilidade de recursos, receber educação e treinamento para as funções designadas e, ainda, ser motivado. Por ser

a parte fundamental na estrutura da empresa, o trabalhador deve receber da organização condições compatíveis, através de um conjunto de ações que lhe possibilite ter uma vida adequada para si e para a sua família. Portanto, pode-se ter como objetivo básico da empresa, "proporcionar uma vida condigna às pessoas que integram e usufruem as ações empresariais" (GIL;1993, p. 12).

Quanto ao plano externo, segundo PALADINI (1994), deve-se considerar três elementos; (ou seja: empresa e meio ambiente; empresa e sua contribuição; e, empresa e seus clientes).

a) empresa e o meio ambiente:

- o relacionamento hospital-comunidade é de suma importância. Tem que estar bem definida a "missão" que será realizada e, ainda, é necessário que vá ao encontro das necessidades daquele meio em que se propôs a existir;

- a empresa utiliza recursos do meio-ambiente, principalmente os não renováveis, para produzir, mas acredito que a área da saúde não interfere muito neste item;

- a empresa pode levar agressão ao meio ambiente pelo seu processo de produção (produto/serviço). No caso específico dos hospitais, são os resíduos da prestação de serviço como os de: quimioterapia, radioterapia, materiais descartáveis (sonda, drenos, agulhas), resíduos biológicos de cirurgias, entre tantos outros. Aqui, se não houver cuidado, pode interferir muito e causar danos a um indivíduo ou a uma comunidade inteira. Portanto pode ocorrer desde contaminação no meio ambiente ou, até, situação mais grave do que isso, poluir o ambiente. É necessário cuidado extremo com este item: Como a natureza pode absorver o produto, ao final de sua vida útil? Acredito que todo o resíduo hospitalar deve ser tratado com muita atenção porque estes resíduos não são recicláveis, como determinados produtos (vidros, papéis e até alguns automóveis) que possuem esta capacidade.

b) empresa e sua contribuição: refere-se à preocupação com o progresso e a contínua evolução da comunidade ou região onde está instalada ou mesmo até onde possa chegar seu conhecimento e/ou o uso de seus produtos ou serviços. Por progresso, considera-se a questão econômica e social, a fim de possibilitar uma melhor qualidade de vida às pessoas que integram esta comunidade.

c) empresa e seus clientes: cliente, em Qualidade, não é somente quem consome, mas qualquer pessoa que possa ser atingida ou influenciada pelo produto

ou serviço em questão, diferentemente de consumidores, que são aquelas pessoas que consomem o produto ou serviço colocado à disposição pela empresa.

Quanto ao que possa ser próximo do ideal do atendimento das necessidades das pessoas, cito a assertiva de juízes do Supremo Tribunal Federal (Revista dos Tribunais, 615/383, capítulo 3), quando afirmam que,

"...o instinto de autopreservação faz de toda a pessoa humana, por rudimentar que seja seu conhecimento básico, o mais seguro juiz das conveniências de sua própria saúde".

Outro conceito que se faz necessário explicitar é: **o que é produtividade?**

Para CAMPOS (1992, p. 3), produtividade "**significa produzir cada vez mais e ou melhor com cada vez menos**" e eu complementaria - respeitando os limites da qualidade de vida do trabalhador e do cliente. Para DEMING (1990, p.1), iniciador do processo de GQT nos EUA, a resposta sobre produtividade vem de um questionamento:

"...por que a produtividade aumenta à medida que a qualidade melhora? 'Menos trabalho'. Não há resposta melhor. Outra versão freqüentemente proposta é: 'Não há tanto desperdício'".

Na área da saúde, qualidade e produtividade devem ser perseguidas sempre, pois a finalidade é "entregar" um serviço ou produto adequado ao cliente e, com isso, manter a sobrevivência da empresa. Pode-se explicar produtividade pela equação: produtividade = faturamento/custo, onde faturamento deve ser obtido com qualidade e ética em todas as situações e, sem dúvida, na área da saúde, é primordial; custos devem ser avaliados, considerados e, se possível, diminuídos, mas sem levar riscos aos clientes. Então, tem-se produtividade obtida adequadamente. DEMING (1990, p. 1) ainda nos diz que:

"...a melhora da qualidade transfere o desperdício (de homens-hora e tempo-máquina) para a fabricação de um bom produto e uma melhor prestação de serviços. O resultado é uma reação em cadeia – custos mais baixos; melhor posição competitiva; pessoas mais felizes no trabalho; empregos e mais empregos".

Tal enunciado penso ser perfeitamente aplicável e necessário na área da saúde, especificamente na enfermagem. Nestas áreas, não se trabalha tão claramente com homens/máquinas/processos/produto, mas pode-se dizer, talvez, mais adequadamente, com homens/máquinas/processos/serviços para, da mesma forma, encontrar e oferecer qualidade ao cliente, mas a grande diferença é o tipo de serviço produzido e as necessidades apresentadas pelos clientes.

Segundo CAMPOS (1992, p. 5), a produtividade pode ser melhorada, levando em conta três elementos básicos:

- “1. Equipamentos e materiais (hardware): obtém-se melhora pelo aumento do capital;
2. Procedimentos (software): maneira de fazer as coisas, depende muito do desenvolvimento humano;
3. Ser humano (humanware): maior rendimento depende do aporte de conhecimento”.

Quanto aos custos, CARR e LITTMAN (1992, p. 246) dizem que uma maneira rápida de reduzir os custos em uma organização é reduzir os custos da qualidade e que qualidade, nas organizações tradicionais, corresponde à cerca de 20 a 40% do preço das vendas em firmas particulares. Nas “organizações com GQT, tipicamente, têm custos da Qualidade correspondentes a 10% ou menos dos custos totais”. Segundo estes autores, os custos da qualidade possuem quatro itens a serem trabalhados:

1) Prevenção: prevenir problemas, através do que é rejeitado, dos refugos e das perdas. Acredito que este item é relevante para a área da saúde e, especificamente, para a enfermagem, pois muitos materiais (medicamentos, soros, drenos, sondas, luvas e outros) são perdidos por erros, muitas vezes, devido ao desconhecimento do produto ou pela inadequação no processo de atividade/produção;

2) Avaliação: através da inspeção dos erros, como suprimentos vindos de fora, dos testes de laboratório, das revisões, dos ajustes e manutenção do equipamento de inspeção, da auditoria da produção e da verificação da aceitação do cliente. Na enfermagem e na saúde, acredito que este item necessita ser bastante trabalhado, desenvolvido e estudado, a fim de que possam ser encontrados mecanismos adequados de avaliação do dia-a-dia;

3) Falha interna: contempla os custos de fazer um processo com erros ou refazê-lo, falta ou falha em componentes ou informações, de solicitações de informações sobre desvios das especificações, enfim, de forma geral, erros cometidos antes de entregar um produto ou serviço. Neste item, acredito que tanto a área da saúde, como a enfermagem, necessita ater-se muito, porque os erros na realização do processo, nestas áreas, e os conseqüentes resultados podem ser extremamente desastrosos e irrecuperáveis, antes mesmo de apenas haver preocupação somente com os custos; e,

4) Falha externa: corresponde a custos após a entrega de um produto ou serviço, levando a ter que recuperá-lo ou refazê-lo. Este item inclui reparos feitos pelo cliente, investigações por grupos formais, respostas a reclamações, relatórios. Na saúde e na enfermagem, muitas vezes, não existe a chance ou tempo de ser recuperado o erro feito. As conseqüências podem ser imediatas ou ocorrer após a alta hospitalar. Podem originar seqüelas nos clientes, de forma traumatizante, penosa e, muitas vezes, para sempre. Os clientes devem ser assistidos, novamente, elevando os custos das instituições e do sistema nacional de saúde.

Os lucros devem vir através da qualidade do produto ou serviço e, ao longo do tempo, não de imediato, pois a empresa que quiser lucro imediato possivelmente não conseguirá permanecer no mercado. Conforme ensinamentos de DEMING (1990, p.16),

“... lucros, a curto prazo, não constituem índice de competência. Os lucros de curto prazo não são indicador confiável do desempenho da administração. Qualquer um é capaz de pagar dividendos adiando manutenção, promovendo cortes em pesquisa, ou adquirindo uma ou outra empresa”.

Preço é um elemento que evolui positivamente com a liberação de mercado e que pode ser influenciado pela ação do cliente ou pelo controle de custos. Conforme CAMPOS (1992), preço deve ser a remuneração justa do valor agregado e; na área da saúde, deve guardar a mesma relação. Em resumo, segundo CAMPOS (1992), tem-se a equação, adequada, quando: Preço – Lucro = Custos. Como quem regula o preço é o mercado, uma empresa séria lutará por isso. Há bem pouco tempo, quando não tínhamos abertura de mercado, era a equação:

Custos + Lucro = Preço. Vê-se que esta equação é injusta, sem compromisso com o mercado consumidor e, especialmente na saúde, mostra-se perniciososa.

Têm-se, ainda, os conceitos de controle da qualidade, pois não adianta cobrar das pessoas que façam o melhor ou cobrar somente resultados. É preciso métodos que objetivem a sobrevivência da empresa. Estes métodos necessitam ser aprendidos e usados por todos, sendo o princípio da abordagem gerencial. Portanto, o controle da qualidade total é norteado pelos seguintes princípios básicos da abordagem gerencial, (CAMPOS, 1992):

1. fornecer produto ou serviço que atendam às necessidades dos clientes;
2. conseguir lucro para a empresa, de forma contínua, através da melhora da qualidade, o que leva à maior produtividade, pois maior qualidade é ter maior produtividade;
3. identificar e solucionar os problemas, por prioridades;
4. falar, raciocinar e decidir, com base em fatos e dados, não em experiências, bom senso, intuição, coragem, etc.;
5. gerenciar, ao longo do processo, de forma preventiva e não apenas nos resultados, pois poderá ser tarde;
6. procurar causas fundamentais do processo, que levam ao problema;
7. o cliente é o rei, não vender produto ou serviço defeituoso;
8. prevenir a origem do problema;
9. não permitir que o problema ocorra, pela mesma causa;
10. respeitar empregados, como seres humanos independentes; e,
11. definir/garantir a execução da visão e estratégia da alta direção da empresa.

Ao seguir estes itens, torna-se possível à empresa-organização obter mais retorno positivo, usando uma abordagem gerencial mais adequada. A busca da qualidade na GQT é o ponto central, portanto, vale evocar ainda CAMPOS (1992, p. 14), quando diz que "a qualidade envolve dimensões que afetam a satisfação das necessidades das pessoas e, por conseguinte, a sobrevivência da empresa". Estas dimensões servem como referência ao cliente para avaliar o produto ou serviço prestado e compreendem os seguintes aspectos:

1) Qualidade: é o produto ou serviço final, levando satisfação ao cliente. Como este elemento é variável de pessoa a pessoa, é difícil quantificá-lo, mas tem importância ímpar;

2) Custos: verificar o custo final do produto ou serviço ou o custo intermediário; este último, definido, pela equação: pessoal mais material;

3) Entrega: avaliar as condições do produto/serviço na entrega;

4) Moral: mede o nível médio de satisfação de uma ou de um grupo de pessoas, usando a escala de Maslow;

5) Segurança: levar em conta a segurança do empregado, quanto à realização do trabalho e à sua permanência na empresa, pois a instabilidade no emprego pode levar ao stress e ao baixo rendimento; quanto ao usuário, o uso do produto ou serviço, considerar se este traz perigo ao ser utilizado.

A Qualidade é influenciada pelas dimensões apresentadas anteriormente, ou outras que possam ser incorporadas na avaliação. É possível, através destas, quantificar a satisfação das necessidades das pessoas e assegurar a sobrevivência da empresa.

2.2 - Método, Ferramentas e Técnicas

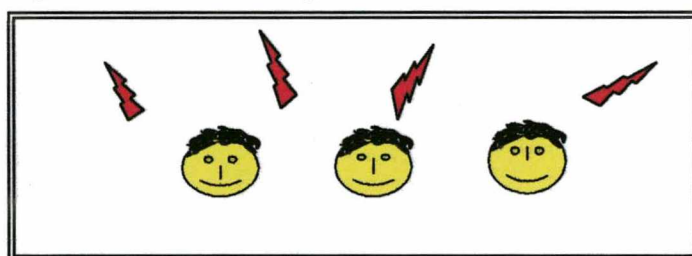
Existem métodos, ferramentas e técnicas passíveis de serem usados na organização do processo produtivo. No presente estudo, optei por usar uma metodologia, constituída por: um método (MASP), algumas ferramentas (Folha de Verificação, Diagrama de Ishikawa, Gráfico de Pareto) e técnicas (*brainstorming*, GUT). Apresento, ainda, o Ciclo PDCA e a técnica dos 5S, apesar de não terem sido utilizadas na metodologia do trabalho desenvolvido, porque se constituem em rico instrumental colocado à disposição daqueles envolvidos com os processos de administração e organização de serviços.

Para reconhecer os problemas em um processo de atividade/produção, nesta metodologia, é usada a técnica ***brainstorming*** (Figura 4). Esta técnica foi desenvolvida nos anos 60, na Universidade de Buffalo, Nova York. Na época, foi privilegiada a força grupai à individual, através da desinibição e da ausência de julgamento. É usada, na primeira fase do trabalho, naquilo que se faz e no serviço

que se presta. Ocorre uma "tempestade de idéias". Pode ser de forma: a) estruturada, quando uma idéia é sugerida a cada seqüência ou é aguardada para ser expressa até a próxima seqüência, b) não-estruturada, quando as pessoas expõem livremente as idéias, à medida que estas surgem. A forma de ser expressa pode ser verbal ou escrita, sem preocupações com a importância ou prioridade, de forma individual ou grupal. **A finalidade é encontrar problemas os mais diversos, com a participação de todos.** Este momento permite a cooperação e estimula o trabalho entre as pessoas e favorece, ainda, o surgimento de novas idéias, quando se necessita de melhoria da qualidade.

As pessoas que compõem o processo de atividade/produção, por serem conhecedoras do processo, favorecem muito o encontro dos problemas e sua resolução (CHIAVENATO, 1998). Para WHITELEY (1992), esta técnica, quando usada, possui três fases: na primeira fase, há enfoque na qualidade das idéias; na segunda, há um exame da lista de idéias, garantindo que todos entenderam as idéias; na terceira fase, são eliminadas redundâncias, questões sem importância e idéias inviáveis. Diz, ainda, que esta técnica permite ao grupo construir, criativamente, a resolução de problemas, sendo de fácil aplicação.

Figura 4. *Brainstorming*



Fonte: DEI SVALDI, 1999.

A Figura 4 representa um grupo de pessoas pensando coletivamente, na tentativa de detectar os problemas, para poder encaminhar possíveis soluções. Para tanto, há uma seqüência de passos ou etapas necessárias, na aplicação da técnica, que favorece o encontro dos resultados:

- 1) apresentar, inicialmente, o objetivo do *brainstorming*, mantendo o núcleo de discussão, evitando dispersão de idéias;
- 2) orientar o grupo para considerar qualquer idéia, dentro da proposta, até mesmo, as mais "estranhas";

- 3) permitir ao grupo momento de reflexão, livre de censura;
- 4) dar tempo de 30 minutos;
- 5) permitir escrita ou expressão verbal, análise das idéias e a livre iniciativa de todos;
- 6) estimular o aparecimento de novas idéias, verificando se elas, efetivamente, foram exauridas;
- 7) esclarecer ao grupo as idéias descritas por seus membros sem julgá-las, objetivando somente saber se todas foram registradas e entendidas, a fim de ordená-las, de forma seqüencial;
- 8) finalizar, realizando a análise de todo o conteúdo, para dar andamento nos trabalhos;
- 9) a análise de conteúdo pode ser realizada pelo coordenador da atividade ou, ainda, se necessário, através de uma comissão do próprio grupo.

Em continuidade, explico a ferramenta conhecida como **Folha de Verificação**. A Folha de Verificação é um dispositivo usado para registrar dados, sendo estruturada conforme necessidades específicas do usuário, por isso, possui extrema flexibilidade na elaboração, utilização e interpretação (PALADINI, 1994). É necessário, segundo BORBA (1997), conter espaços para:

- a) cabeçalho, padronizado e com dados da organização e do setor responsável. Precisa apresentar, ainda, campos para: população observada, período de coleta, número de dados observados, amplitude total dos dados, média aritmética, entre outros; e,
- b) a apresentação do instrumento (corpo) necessita ser adequado, de acordo com a finalidade dos registros.

O **Gráfico de Pareto** é um diagrama de barras, extremamente prático, que analisa os dados relativos a um problema e designa a prioridade para solucioná-lo. É levado em conta, neste gráfico, o impacto que o problema representa para o todo. Desta forma, há uma grande objetividade na análise e priorização dos fatores de determinado problema, o que faz desta ferramenta uma das preferidas em qualidade. Segundo BORBA (1997), Juran referiu-se ao Princípio de Pareto que classifica os problemas como **poucos e vitais e muitos e triviais**, entendendo-se, então, que não justifica dedicar tempo e controle sobre itens de pouca importância,

ou seja, triviais, de modo a não ocorrer desperdício de tempo e, conseqüentemente, de capital.

Ao classificar os itens em A, B e C (Classificação de Pareto), de acordo com a representatividade dos mesmos, pode ser adotado um gerenciamento por exceção, consistindo, basicamente, na realização de controles e medidas mais apuradas e constantes, em poucos itens, ao invés de se preocupar com todos os problemas com a mesma intensidade. BORBA (1997, p. 43) apresenta dois tipos de Gráficos de Pareto:

“ 1. Efeitos (refere-se aos seguintes resultados indesejáveis):

- qualidade: defeitos, erros, falhas, reclamações, devoluções, reparos;
- custos: montante de perdas, gastos;
- entrega: falta ou uso inadequado de estoques, falta de pagamentos, atrasos na entrega; e,
- segurança: acidentes, enganos, quebras.

2. Causas (refere-se a causa do processo):

- matéria-prima: fabricante, fábrica, lote, tipo;
- método de operação: condições, ordens, preparativos;
- máquinas: equipamentos, ferramentas, modelos, instrumentos;
- e,
- operador: turno, grupo, idade, experiência, habilidade”.

Segundo esse mesmo autor, muitas são as aplicações do Gráfico de Pareto, dentre as quais:

a) aumentar a eficiência e solução de problemas;

b) estratificar os dados coletados e analisá-los, sob vários ângulos.

Classificar os dados em subgrupos e fazer tantos gráficos quantos forem necessários para alcançar o centro do problema e identificar os pontos vitais que interferem mais expressivamente; e,

c) medir o impacto de melhoria no processo. Comparando o Gráfico de Pareto original com o resultante, após as ações implementadas, é possível medir a mudança ocorrida no mesmo processo.

Para CAR e LITMANN (1992, p. 81), o Diagrama de Pareto

“...usa uma abordagem de classificação para enumerar as causas de acordo com suas contribuições para atingir um dado efeito. A causa principal é vista do lado esquerdo do diagrama e as causas menos

importantes são mostradas em ordem decrescente do lado direito. Em geral, a melhoria inicia-se a partir da causa mais importante, indo para as outras em ordem decrescente e assim por diante”.

Segundo MARTINS e ALT (2000, p.162),

“... aos itens mais importantes de todos, segundo a ótica do valor ou da quantidade, dá-se denominação de itens classe A; aos intermediários, itens classe B; e, aos menos importantes, itens classe C”.

Continuam explicando que:

“.. não existe forma totalmente aceita de dizer qual o percentual do total dos itens que pertencem à classe A, B, C. Os itens A são os mais significativos, podendo representar algo entre 35% e 70% do valor movimentado dos estoques, os itens B variam de 10% a 45%, e os itens C representam o restante. A experiência demonstra que poucos itens, de 10% a 20% do total, são da classe A, enquanto uma grande quantidade, em torno de 50%, são de classe C e 30% a 40% são da classe B”.

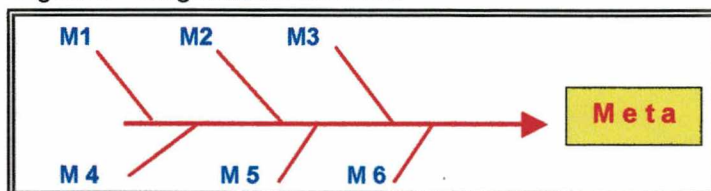
Segue-se a forma de classificação (BORBA,1997) em que na:

- 1) Classe A: merecem maior atenção os problemas pertencentes a esta classe, pois representam a principal parcela, entre 60 e 70% da prioridade, e contém até 20% dos itens, razão pela qual devem ter controle minucioso e constante;
- 2) Classe B: o tratamento pode ser normal, porque representa de 20 a 30% da prioridade e 20 a 30% dos itens;
- 3) Classe C: representa cerca de 10% da prioridade e cerca de 50% dos itens, exigindo controle simples.

O **Diagrama de Ishikawa** (ou Diagrama Espinha de Peixe) possibilita separar os fins dos meios. O primeiro passo para entender o Controle do Processo é a compreensão da relação causa-efeito. Para CAMPOS (1992), no gerenciamento, há necessidade de exercer o Controle do Processo. O objetivo é atingir qualidade, para tanto, devemos conhecer e medir os resultados, para saber se a meta foi alcançada. Conclui-se que não ocorre gerenciamento se não existem itens de controle, pois a essência do gerenciamento é o Controle do Processo.

Com esta ferramenta, buscam-se as raízes dos problemas. Esta expõe e clareia o processo, permite a visualização e agrupamento das causas, em categorias. Aproxima-se, visualmente, de uma espinha de peixe, em que o problema está representado na cabeça do peixe (WHITLEY,1992). O Diagrama de Ishikawa pode ser apresentado, esquematicamente, como apresentado na Figura 5.

Figura 5 - Diagrama de Ishikawa

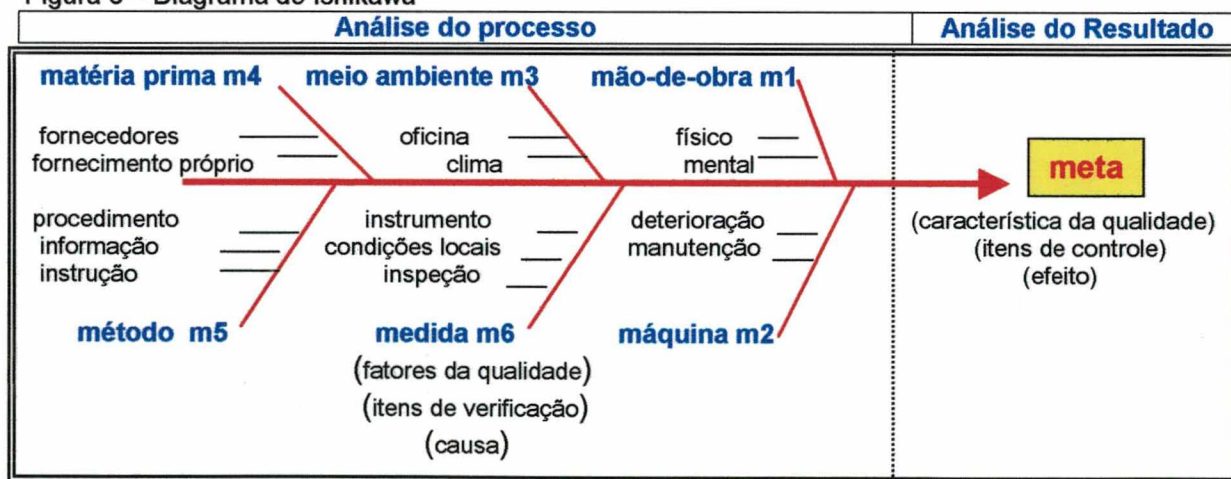


Fonte: WHITELEY (1992, p. 206).

NOTA: a) M1: mão de obra b) M2: máquinas c) M3: Meio-ambiente
d) M4: materiais e) M5: métodos f) M6: medidas

Assim como Whiteley, CAMPOS (1992, p.18) representa/explicita/traduz, de modo mais ampliado, o processo de atividade/produção, na Figura. 6 - Diagrama de Ishikawa:

Figura 6 – Diagrama de Ishikawa



Fonte: CAMPOS (1992, p. 18).

Causas são os fatores de qualidade ou os itens de verificação que estão inclusos na realização do processo. Efeitos são as características da qualidade ou itens de controle (meta); são índices numéricos estabelecidos sobre o que ocorre no processo, que possibilita medir a sua qualidade. Portanto, tem-se que o processo é gerenciado pelos seus itens de controle, os quais medem: qualidade, custos,

entrega, moral e segurança. Para haver um entendimento mais efetivo, no entanto, é necessário conhecer o processo de atividade/produção.

Processo é um conjunto de causas que podem originar um ou mais efeitos. Então, necessita-se, neste momento, para conhecer o processo, de Itens de Verificação (famílias de causas, fatores da qualidade, causas): estes são verificados, durante a realização do processo de atividade/produção; garantem a satisfação de cada um dos seus Itens de Controle (característica da qualidade, efeito, meta). Através destes, constata-se a presença ou não de condições necessárias para a qualidade.

As seis famílias de causas são os “6Ms”, do Diagrama de Ishikawa: **meio-ambiente**, **método**, **medição**, **mão-de-obra**, **material**, **máquinas** ou qualquer outro item de verificação que se queira incorporar, dependendo muito da área a ser estudada. Os “6Ms” na produção de produtos são chamados fatores de manufatura e, na área de serviços, fatores de serviço. Portanto, todas estas famílias são observadas, no intuito de se obter o planejado, a meta com qualidade e, ainda, podem ter seus índices numéricos estabelecidos sobre as principais causas, as quais afetam determinado item de controle, sendo os itens de controle das causas.

Para os trabalhadores de enfermagem que participam, ativamente, no dia-a-dia das organizações de saúde, estes itens de verificação são fáceis de ser reconhecidos, pois estão presentes no seu cotidiano; portanto, estes ‘Ms’ podem levar aos Itens de Controle de Resultados (Meta), quando da avaliação do processo realizado e, mesmo, para encontrar os problemas.

Possibilita, então, tal ferramenta organizar o conhecimento detalhado do processo de atividade/produção e aponta os meios para melhoria. Através desta seqüência, é possível determinar, verdadeiramente, todas as causas que levam a ocorrer um problema e não apenas à detecção de sintomas. Pode, também, favorecer a observação da ação recíproca entre causas correlacionadas. Portanto, favorece a um mapeamento de todo o processo. Quando os problemas são identificados, suas causas são organizadas, nos “6Ms”, possibilitando o

conhecimento detalhado do processo. Os seis “Ms”, segundo BORBA (1997, p. 45), são assim caracterizados:

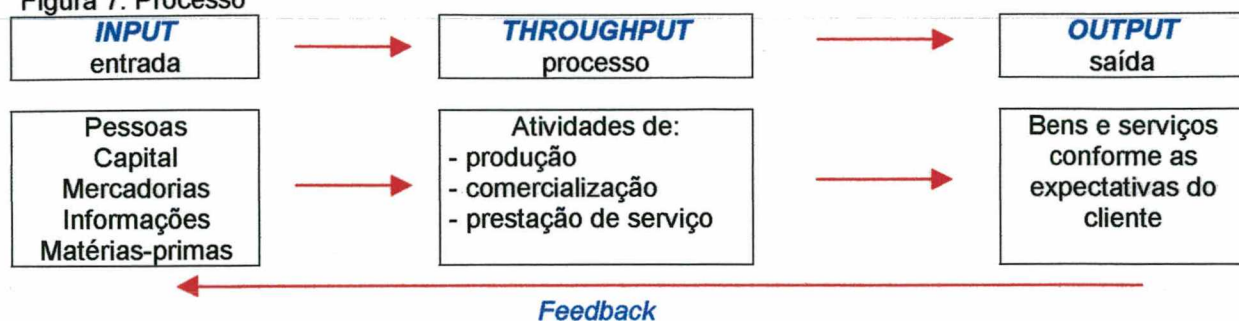
- “ 1. Materiais: quais os recursos para realizar o processo? Pode incluir variáveis como: matérias-primas, produtos, fornecedores, etc;
2. Máquinas: quais equipamentos são usados ou serão usados no processo? Pode incluir variáveis como: quantidade, especificação, manutenção, deterioração, etc;
3. Mão-de-obra: quem desenvolve o processo? Pode incluir variáveis como: quantidade, capacitação, habilidade, conhecimento, vontade, interesse, etc;
4. Meio Ambiente: onde se desenvolve o processo? Pode incluir variáveis como: local, clima, espaço físico, etc;
5. Métodos: como se desenvolve o processo? Pode incluir variáveis como: procedimentos, formas de ação, informação etc;
6. Medidas: como medir o processo? Pode incluir variáveis como: instrumento, valores, dados, planilhas, controle, gráficos, etc.”

Para aplicar tal ferramenta é necessário seguir etapas ou passos:

- 1) iniciar agrupando as idéias resultantes do *brainstorming*, por afinidade, usando, para isso, os 6Ms;
- 2) criar cada grupo, dando-lhe um título significativo e genérico. Pode-se, ainda, compor subgrupos relacionados com os mais genéricos;
- 3) fazer o diagrama com os grupos identificados; e,
- 4) avaliar o diagrama, ou seja, verificar se ocorreu ordem no caos.

Através dos Itens de controle, podemos medir se a Meta foi alcançada. Logo, itens de controle são aspectos do produto ou serviço relacionados com o que o cliente quer. Por meio destes itens de controle, constata-se a qualidade total do produto ou serviço. Vê-se, então, que os itens de verificação estão dentro de como realizamos o "processo", ou seja, a maneira de fazer o produto ou prestar o serviço. Segundo BORBA (1997), nota-se ainda que é um sistema aberto. Então, a seguir, resume-se o processo da seguinte maneira, como apresentado na, Figura 7- Processo.

Figura 7. Processo



Fonte: BORBA (1997, p. 22).

Acredito que, ao usar esta ferramenta da qualidade, é possível encontrar as alterações que ocorrem em um processo de atividade/produção. Para aplicar esta ferramenta, é necessário saber o que é Problema. Conforme CAMPOS (1992), **problema é o resultado indesejado de um processo ou é o item de controle indesejado**. Hoje, é importante que um gerente diga que possui problemas, diferentemente do passado. Só poderemos identificar problemas, se são conhecidos os itens de controle usados. Segundo MCGREGOR (apud CAMPOS, 1992, p. 20), "gerenciar é essencialmente resolver problemas". Então, estes devem ser reconhecidos e identificados para poderem ser resolvidos.

Um alerta: ao reconhecer um problema, deve-se ter muito cuidado para não confundir a causa com o efeito. Um esfigmomanômetro quebrado é um efeito (problema), portanto, necessita-se descobrir as suas causas ("6Ms"), por que ocorreu? Somente assim, teremos conhecimento da raiz do problema. Desse modo, pode-se, ainda, afirmar que GQT "é o controle exercido por todas as pessoas para a satisfação das necessidades de todas as pessoas" (CAMPOS, 1992, p. 5). Por isto, é total, pois há um envolvimento de todo o conjunto para um fim que é a realização pessoal de todos os envolvidos nos processos.

Explico, a seguir, a técnica **GUT** (Gravidade, Urgência, Tendência). Esta técnica é, normalmente, aplicada em uma das fases do trabalho de estratificação dos problemas, que é a Lista Restrita. A primeira fase do trabalho inicia-se com o "brainstorming" que gera uma lista (Lista Ampla) de condições/situações problemas; na fase seguinte agrupam-se as condições/situações problemas relacionadas com o objetivo proposto (Lista Quantificada) e que é submetida aos participantes para verificar se há identidade entre suas preocupações e atividade do organizador; na

terceira fase, caso ocorra divergência, a lista (Lista Qualificada) deve ser completada (Lista Completa); e, na Quarta fase, considerando-se que a Lista Completa contém um número de condições/situações problemas relacionadas ao objetivo proposto, a indicação metodológica é no sentido de que se trate apenas dos cinco problemas mais relevantes no interesse do grupo de participantes. Tal indicação decorre do fato que a tabela básica da Técnica GUT considera apenas as cinco condições/situações problemas (Lista Restrita) mais relevantes. À Lista Restrita aplica-se a pontuação prevista na tabela básica da técnica GUT. Nos casos em que a Lista Restrita limitaria excessivamente a quantidade e a qualidade das condições/situações problemas, a tabela de pontuação da Técnica GUT pode ser adaptada, mantendo-se os critérios similares de pontuação⁹.

Segundo BORBA (1998, p. 60-1), para aplicar a técnica necessita-se usar os seguintes questionamentos norteadores:

“...Qual a Gravidade do desvio? Pergunta que exige mais explicação. Que efeitos serão produzidos a longo prazo, se não for resolvido? Que impacto o problema terá sobre coisas, pessoas, resultados? Qual a Urgência de se eliminar o problema? A resposta está diretamente relacionada com o tempo disponível para resolvê-lo. Qual a Tendência do desvio e o potencial de crescimento? Será que o problema aumentará, progressivamente? Será que terá tendência de diminuir e desaparecer, por si só?”

Este quadro deve ser aplicado em todos os problemas detectados, portanto, quantificando-os. O GUT pode ser representado como na Figura 8.

⁹ BERWICK et al (1994): “a medição é fundamental no controle da qualidade. (...) É preciso experiência para desenvolver novas medições e estratégias de aquisição de dados, se os dados disponíveis não cuidarem da preocupação em questão”, (p.140). “(...) nenhum deles tem ferramentas para realizar a avaliação explícita da qualidade dos serviços de saúde (...) faltam ferramentas. Elas nunca foram construídas. A literatura de pesquisa sobre qualidade é abundante, mas geralmente inadequada para o uso cotidiano”, (p.11).

Figura 8 - Aplicação da Técnica GUT

Valor	Gravidade	Urgência	Tendência	GxUxT = Pontos
5	Prejuízos/dificuldades são extremamente graves	É necessária uma ação imediata	Se nada for feito a situação irá piorar muito	125
4	Prejuízos/dificuldades são muito graves	É necessária uma ação com alguma urgência	Se nada for feito a situação irá piorar em pouco tempo	64
3	Prejuízos/dificuldades São graves	É necessária uma ação o mais cedo possível	Se nada for feito a situação irá piorar a médio prazo	27
2	Prejuízos/dificuldades São pouco graves	É necessária uma ação que pode esperar um pouco	Se nada for feito a situação irá piorar a longo prazo	8
1	Prejuízos/dificuldades Sem gravidade	É necessária uma ação que não tem pressa	Se nada for feito a situação não vai piorar e pode até melhorar	1

Fonte: BORBA (1998, p. 61).

O GUT apresenta as seguintes etapas:

- 1) apresentar ao grupo a lista dos problemas identificados; e,
- 2) em cada item, os membros do grupo, conjuntamente, indicam o escore de prioridade, que varia de 1 a 5, atribuindo um valor a cada questão.

Após a quantificação dos pontos ou escores atribuídos por cada participante, é necessário organizar em planilha os dados resultantes do GUT, para seguir ao encontro de soluções. A etapa, a seguir, é aplicar estes dados resultantes e organizados na realização do Gráfico de Pareto, possibilitando, então, observar a importância e prioridade destes dados, ou seja, o que é **vital** e o que é **trivial** na resolução.

O Método de Avaliação e Solução de Problemas - **MASP** é usado quando se quer conhecer e verificar aprofundadamente um problema e como ocorre no processo de atividade/produção, onde se encontram a(s) causa(s) das alterações e, ainda, possibilitar planejar atitudes a serem tomadas na obtenção de um novo padrão. Com a aplicação deste método, em qualquer processo, é possível, após obtidos os resultados, aplicar o Ciclo PDCA.

A análise inicia pela identificação e definição clara do problema ou problemas, obtidos pela quantificação de dados realizada no GUT e a análise do Gráfico de Pareto. A aplicação do método é de forma singular a cada problema, portanto, procurando entender claramente o processo desenvolvido. É um método

investigativo, com finalidade de entender o processo existente e encontrar uma solução específica a cada caso. A aplicação do MASP a uma condição/situação específica (problema) é de extrema utilidade, pois possibilita que seja, na íntegra, **I**dentificado; **O**bservado e **A**nalizado; estabelecendo-se um **P**lano de **A**ção; realizada a **A**ção e a **V**erificação do andamento do processo, isto é, avaliação; a **P**adronização do processo, se adequado; e a **C**onclusão por mudanças ou não.

A atividade de realizar o MASP é fundamental que seja desenvolvida juntamente com todo o grupo participante da atividade anterior (GUT), por serem estes os maiores conhecedores do processo de atividade/produção e os que pontuaram as prioridades dos problemas. Isto favorece discussões amplas na obtenção do novo planejamento, o que possibilita um novo padrão (sobre o qual pode-se aplicar o Ciclo PDCA no gerenciamento), provavelmente, com melhorias.

Quando chegar neste momento e antes de partir para a análise dos dados e aplicação do método, mostra-se necessário ater-se a algumas orientações. CAMPOS (1992, p.209) enfatiza, em uma de suas recomendações especiais, como e quando deve ser usado o MASP. Este método deve ser usado “com problemas pequenos e simples, ao nível de sua própria seção”. Portanto, se houver necessidade de um novo planejamento no processo produtivo, é indicado realizá-lo com problemas simples.

Se for necessário continuar na busca de problemas prioritários, devido ao grande volume de problemas, podem ser realizadas quantificações pelo GUT e análise do Gráfico de Pareto, quantas vezes forem necessárias, através de mais encontros com os trabalhadores. Ao realizar a atividade de estratificação maior de problemas, será possível definir, prioritariamente, em quais problemas ou em qual problema deve ser aplicado o método.

Este método (MASP) favorece a análise e solução de problemas e das alterações ocorridas no processo, pois é uma seqüência de procedimentos lógicos, baseados em fatos e dados que visam determinar e neutralizar a causa fundamental das alterações no processo, desta forma propiciando um novo planejamento. É composto por oito fases a seguir explicadas:

- 1) identificação do problema: definir e isolar claramente;
- 2) observar: verificar as características deste problema. Imprescindível que seja observado aprofundadamente, por todos os ângulos e por todas as pessoas que compõem o grupo realizador do processo de atividade/produção; tentar responder, por que ocorre?;
- 3) analisar: buscar as causas. Realizar análise apurada de como se apresenta o problema, no meio, e como acontece;
- 4) plano de ação: elaborar o plano de atuação. Neste momento, são apresentadas as possíveis ações, de forma global, na obtenção das soluções;
- 5) ação, atuar eliminando as causas; através do plano de detalhamento, mostrar os caminhos para a solução do problema, realizando um Plano de Ação, quando são respondidas as perguntas: o que será feito? Quando será feito? Quem fará? Onde será feito? Como será feito? Por que será feito? (5W1H)¹⁰;
- 6) verificar: checar a efetividade da ação;
- 7) padronizar: eliminar definitivamente as causas;
- 8) conclusão: verificar todas as atividades desenvolvidas e realizar planejamento para o trabalho futuro.

BORBA (1998, p. 62) diz que “se estes oito processos forem entendidos e executados em ordem, as atividades de melhoria terão consistência e as vantagens serão cumulativas”. Num primeiro momento, parece ser um caminho longo e tortuoso para resolver problemas, mas é possível observar que é uma rota segura. Seguindo em sua explanação, enfatiza que, se há uma variação nos resultados, a solução do problema está na variância dos fatores causadores, bastando encontrá-los. Geralmente, as causas dos problemas são provenientes de conhecimentos errôneos e operações incorretas.

Entende-se que, ao aplicar o MASP, fica definido um novo padrão operacional para o Ciclo PDCA, pois um novo planejamento foi construído para o

¹⁰ 5W e 1H, como explicitado a seguir:

What: quais os itens de controle em qualidade, custos, entrega, moral, segurança? Que unidade de controle será usada?

When: qual a frequência no controle: diária, semanal, mensal, anual?

Where: onde serão verificadas as ações de controle?

Why: em que circunstâncias o “controle” será exercido?

Who: quem será participante das ações necessárias ao controle?

How: como exercer o controle? Deve ser indicado o grau de prioridade para a ação de cada item.

enfrentamento/resolução do problema. Então, basta apenas ser seguido este novo padrão, mantê-lo através do Ciclo, pois haverá conhecimento e controle constante sobre o processo. Ao ocorrer qualquer alteração, novamente, é possível ser usado o MASP para, então, encontrar soluções e um novo padrão para o Ciclo PDCA. Desta forma é mantido o controle sobre o processo produtivo, constantemente.

A Figura 9 – Método de Avaliação e Solução de Problemas (MASP) a seguir, ilustra com maior clareza e constitui-se numa exemplificação mais detalhada do MASP:

Figura 9 - Método de Avaliação e Solução de Problemas (MASP)

PDCA	Fluxograma	Fase	Objetivo
P	1	Identificação/problema Observação	Definir e conhecer claramente o problema Investigar características específica e ampla do problema
	2		
	3	Análise Plano de ação	Descobrir as causa fundamentais Criar um plano para bloquear as causas
	4		
D	5	Ação	Bloquear causa fundamentais
C	6	Verificação	Verificar se o bloqueio foi feito
	n	(Bloqueio foi efetivo?)	
A	7	Padronização	Prevenir contra o reaparecimento do problema
	8	Conclusão	Recaptular todo o processo de solução do

Fonte: CAMPOS (1992, p. 211).

Acredito ser possível que, com o gerenciamento para e pela qualidade e juntamente com o uso de jogos de método, ferramentas e técnicas da GQT, tendo como objetivo encontrar, no processo de atividade/produção, os problemas existentes, priorizá-los e solucioná-los. Possivelmente, o dia-a-dia do trabalho será mais otimizado e eficiente tanto na enfermagem como em toda a organização.

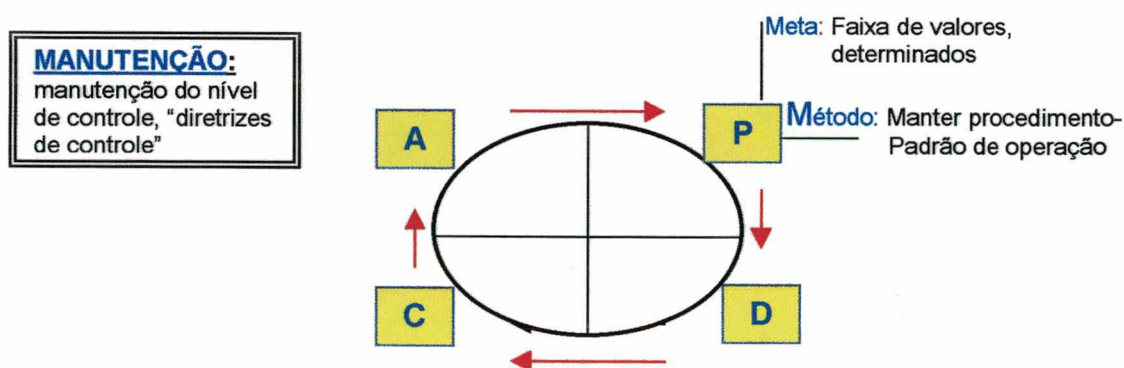
Então, após identificar e conhecer o problema ou problemas prioritários do processo produtivo, é o momento de ser estabelecido um padrão ou, ainda, promover melhora(s) para este(s); para tanto, usa-se o **Ciclo PDCA**. Este ciclo permite conhecer e melhorar a rotina do processo de atividade/produção, através de

um novo planejamento do processo; promove e executa mudanças, colhe informações e verifica se o andamento está dentro do planejado; se necessário, age modificando as alterações que se fazem pertinentes. Portanto, possibilita estabelecer um padrão para um problema e, também, permite modificar o padrão existente, levando a um novo fazer, com a finalidade de que não ocorram mais efeitos indesejáveis.

O Ciclo PDCA tem quatro fases: Plan (planejar), Do (fazer/executar), Check (verificar/controlar) e Action (agir corretivamente). Este ciclo é utilizado para manutenção do nível de controle, quando o P (Plan) está estabelecido, já é padrão ou, então, quando se quer obter melhoria no nível de controle em que uma meta é novamente estabelecida. Portanto, são definidos objetivos, com a finalidade de atingir a meta proposta; na fase D (Do) ocorre educação, treinamento, execução de tarefas e são colhidos dados; na fase C (Check) são verificados os resultados das tarefas executadas; a fase A (Action) atua-se corretivamente.

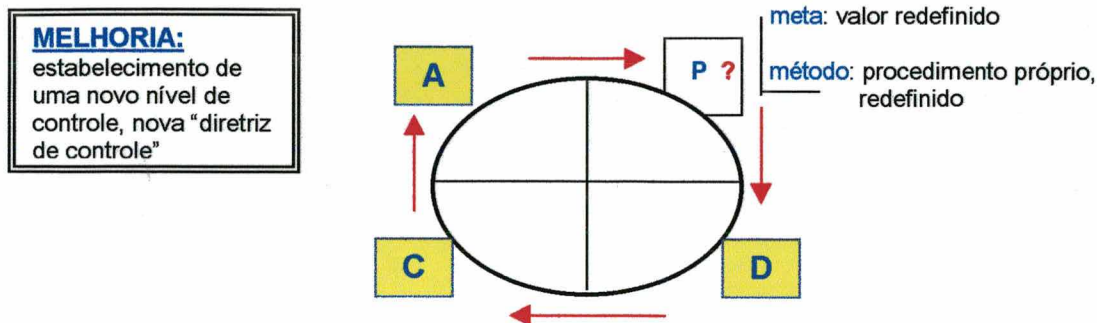
É possível verificar a utilização do Ciclo PDCA, na manutenção de processo com o uso do Ciclo PDCA (Figura 10) e na melhoria de processo com o uso do Ciclo PDCA (Figura 11).

Figura 10 - Manutenção de Processo com o Uso do Ciclo PDCA



Fonte: CAMPOS (1992. p.32).

Figura 11- Melhoria de Processo com o Uso do Ciclo PDCA



Fonte: CAMPOS (1992, p.32).

Seguindo este ciclo, tem-se o gerenciamento do processo de forma mais segura, podendo controlar o dia-a-dia, manter a rotina ou planejar melhorias. Todavia, se for constatado, ao aplicar o Ciclo PDCA, um problema indesejado ou uma meta não alcançada, durante a realização do processo, é necessário retomar o MASP.

Por sua vez, as fases do Ciclo PDCA encontram correspondência com as fases do MASP:

- as quatro fases iniciais do MASP (Identificação do Problema; Observação; Análise e Plano de Ação) correspondem à primeira fase do PDCA (Planejamento);
- a fase de Ação (do MASP) corresponde à fase de Execução (do PDCA);
- a fase de Verificação (do MASP) corresponde à fase de Verificação/ Checagem (do PDCA); e,
- as fases de Padronização e Conclusão (do MASP) correspondem à fase de Ação Corretiva (do PDCA).

Outro técnica que não pode ser negligenciada, especialmente, quando se pensa em qualidade é a Técnica dos "5S". Iniciou no Japão e, após, foi ocidentalizada, ficando conhecida como *Housekeeping*¹¹. É, fundamentalmente, um processo educacional simples, sem necessidade de programas oficiais na organização, mas, em princípio, preconiza serem seus preceitos bem divulgados no

¹¹ Termo usado para definir o que é feito em casa. No Japão, faz parte da cultura ensinar em casa os procedimentos ou maneiras básicas de proceder no dia-a-dia.

grupo, para que todos participem e entendam o porquê do seu necessário envolvimento e quais os seus propósitos. Seus objetivos são claros, resumindo-se, essencialmente, em como obter segurança, eficiência, qualidade e evitar danos no trabalho.

OSADA (1992, p. 10) preconiza que de

"...nada adianta serem boas as intenções ou o equipamento: são as pessoas que devem colocar as intenções em prática e operar o equipamento. E isso significa que, quanto mais avançado for o equipamento, mais modernas devem ser as atitudes humanas."

Levando este enunciado para a área de serviços e, mais especificamente, para a enfermagem, podemos cada vez mais perceber que é o trabalhador a mola precursora e propulsora de toda a evolução tecnológica e, ainda, o responsável por toda ação e manutenção desta mesma tecnologia. Portanto, tudo advém do conhecimento humano e da maneira de fazer o "processo". Assim, é necessário que a enfermagem coloque o conhecimento e as intenções em prática e opere de forma mais moderna.

Acredito, como veremos a seguir, que para um serviço de pronto-atendimento, a adoção de tecnologias de caráter administrativo/gerencial pode ser adequada e interessante e, certamente, necessária, porque possibilita a reorganização do ambiente, devido à mobilização geral que efetua. Primeiramente, cabe ressaltar que a técnica dos "5S" é assim denominada porque, em japonês, todas as palavras chaves iniciam com "S" (OSADA, 1992).

- *SEIRI*: senso de seleção/descarte - separar o que é/não é necessário, descartando o resto;

- *SEITON*: senso de ordenamento/organização - ordenar, guardar coisas necessárias, de acordo com a finalidade de acessá-las, levando em conta o tipo, o peso do objeto, bem com a freqüência de uso;

- *SEISO*: senso de limpeza - limpar, eliminar a sujeira, inspecionar para descobrir e atacar as fontes de problemas. Esta limpeza favorece a inspeção e o reconhecimento do ambiente, por isso, é importante que seja realizada pelo próprio indivíduo. Este monitoramento é do ambiente, dos equipamentos e das pessoas;

- **SEIKETSU**: senso de asseio, de higiene - manter o asseio e conservar a higiene, tendo o cuidado que os outros itens, organização, ordem e limpeza, não retrocedam. É obtido pela padronização dos hábitos, normas e procedimentos; e,

- **SHITSUKE**: senso de disciplina - significa ser disciplinado e cumprir, rigorosamente, as normas e tudo o que for estabelecido pelo grupo. A disciplina é o sinal de respeito ao próximo.

Reportando-me às minhas experiências prévias com a organização de serviços, vejo grande aplicabilidade da técnica no serviço de pronto-atendimento em estudo ou em outros serviços, porque corresponde às pequenas ações que podem e devem ser realizadas pelo próprio grupo que trabalha no local, favorecendo a reorganização do serviço.

Na GQT, apoiada por algumas ferramentas da qualidade, é possível melhorar todo o processo de produção de serviço desempenhado pela enfermagem ou por outros serviços. Entendo como necessário citar **outras ferramentas da qualidade** existentes, além das mencionadas anteriormente, passíveis de serem usadas. Apresento a seguinte classificação, conforme preconizado por PALADINI (1994):

- tradicionais¹² - facilitam o entendimento do processo de produção, melhorá-lo e controlá-lo. A ênfase é no controle da qualidade;

¹² **Ferramentas Tradicionais:**

1. Diagrama de causa e efeito: Trata-se de um instrumento voltado para a análise do processo produtivo.
2. Histograma: Estruturas utilizadas na estatística, para representação de gráficos.
3. Gráfico de Controle: Gráficos que especificam limites superiores e inferiores dentro dos quais, medidas estatísticas associadas a uma dada população são plotadas.
4. Folhas de Checagem: Dispositivos utilizados para o registro de dados.
5. Gráfico de Pareto: Gráficos utilizados para classificar causas que atuam em um dado processo de acordo com seu grau de importância.
6. Fluxogramas: Representações gráficas das etapas pelas quais passa um processo.
7. Diagrama de Dispersão: Técnicas gráficas para analisar as relações entre duas variáveis.

- derivadas de novas estruturas dos sistemas de produção¹³ – a prioridade é organizar o processo para produzir com qualidade e de forma estruturada;

- novas ferramentas da qualidade¹⁴ - têm como estrutura básica, matrizes e diagramas; voltadas para a otimização do processo, descobrem causas para chegar ao objetivo; atentam para a produção e controle da qualidade em nível de processo.

2.3 - Importância da GQT

“...precisamos pensar menos como gestores e mais como biólogos...”
(Peter Senge)

¹³ Derivadas das novas estruturas dos sistemas de produção:

1. Perda Zero: método, finalidade, de eliminar quaisquer perdas que possam ocorrer no processo produtivo.
2. Células de Produção: organização do processo produtivo em pequenas fábricas, para transformar setores da empresa em clientes e fornecedores uns dos outros.
3. Kamban: técnica usada com a finalidade de programar e controlar a produção, geralmente na minimização de estoques.
4. Manutenção Produtiva Total (TPM): modelo em que o objetivo é associar as máquinas aos operadores que as utilizam, tornando-os responsáveis por elas.
5. Círculos da Qualidade: organização da mão-de-obra em pequenos grupos, finalidade torná-los participantes da produção da qualidade.
6. JIDOKA (ou “automação”): Técnica que permite que os operários se auto-gerenciem, controlando seu próprio trabalho.
7. Qualidade na origem: técnica que motiva a produção da qualidade já na execução, processo de produção.

¹⁴ Novas Ferramentas da Qualidade:

1. Diagrama-matriz: estrutura que organiza logicamente informações que representam ações, responsabilidades ou atributos inter-relacionados.
2. Matriz de análise de dados: arranjo de dados que facilita a análise das variáveis que intervêm em um processo, ressaltando suas características mais notáveis.
3. Diagrama seta: ferramenta destinada a programar a execução de atividades.
4. Diagrama de dependência: dada uma atividade básica, o diagrama identifica elementos que dela dependem ou estão a ela relacionados.
5. Diagrama árvore: fixado um objetivo a ser perseguido e metas intermediárias ou secundárias, são de terminados os métodos e as formas para atingi-los.
6. Diagrama de similaridade: define níveis de similaridade entre informações relativas a um dado processo ou produto.
7. Diagrama de programação da decisão: modelo gráfico onde são esquematizadas possíveis decorrências de decisões relativas à solução de um problema. Tende detectar situações não previstas, possibilitando abortá-las.

Segundo CARR e LITTMANN (1992, p. 21), "a estrutura gerencial da GQT torna-se muito mais achatada e flexível que a de uma empresa tradicional". Pessoalmente, vejo como algo positivo, pois isto aproxima as pessoas. O mesmo autor acrescenta que

"...os empregados da GQT não são robôs. A GQT baseia-se na gerência da Teoria Y, que parte do princípio de que todo mundo tem uma tendência natural ao talento. Parte do trabalho da gerência é criar oportunidades para que esta tendência beneficie e reverta para a empresa".

Tal enunciado mostra-se importante, porque preconiza que todo o trabalhador, antes de tudo, neste modelo gerencial, seja respeitado e valorizado, profundamente. Desta maneira, sente-se participante, bem ao contrário do modelo tradicional. O mundo da administração/gerenciamento, hoje, mostra-se com grande tendência em valorizar a teoria Y, de Mac Gregor, a qual entende que as pessoas são inteligentes e bem intencionadas.

Na GQT, outra questão a ser destacada é o controle do processo de atividade/produção. Segundo CAMPOS (1992), no Brasil, na maioria das empresas, não existe controle do processo. O gerenciamento, no dia-a-dia, é realizado por conhecimento não científico e, que, no Japão o sucesso veio com um gerenciamento metódico e praticado por todas as empresa e em todos os níveis.

Seguindo na busca de melhores resultados no administrar/gerenciar, tem-se a GQT, modelo administrativo aplicado e usado em diversos países e por reconhecidas empresas, como Panasonic, Toyota e GM; e, em nosso país, por empresas como Gerdau, Randon, Marcopolo, Hospital Moinhos de Vento (RS) entre outras. No Brasil, em outras áreas, está sendo usada, há poucos anos e, na área da saúde, há mais ou menos dez anos. Talvez deva ser questionado o quanto seu uso seria positivo nas mudanças para a enfermagem/profissionais/profissão. Pois, entendo que favoreceria na melhoria pessoal, profissional e nos resultados das ações realizadas no atendimento ao cliente.

PALADINI (1994, p.194), apoiando-se num trabalho da revista *Bussiness Week*, ('*Were did they go wrong*' - 25.10.91, p.34), relata a existência de 11 causas para a ocorrência do fracasso dos programas de qualidade nos Estados Unidos:

- 1) a mensagem da qualidade, freqüentemente, cai no vazio – talvez haja muita palavra e pouca ação;
- 2) há grande falta de confiança nos resultados do programa;
- 3) ocorre grande resistência à mudança;
- 4) ocorre pouco empenho para cumprir metas e prazos planejados, no programa da qualidade;
- 5) os resultados obtidos são apenas temporários, pouco consistentes;
- 6) a gestão da qualidade exige, dos gerentes, dedicação, ação ativa, liderança, paciência. Estas características nem sempre estão presentes no pessoal da administração operacional das empresas;
- 7) os esforços geram resultados que atingem determinado nível e param. Depois, decrescem sozinhos;
- 8) há idéia de que estruturas voltadas para a melhoria contínua parecem ser pouco consistentes, frágeis, sem forma muito nítida;
- 9) os programas da qualidade apresentam resistência à fixação de metas conflitantes e de prioridades contraditórias, como por exemplo: obter, ao mesmo tempo, qualidade e produtividade, porque acreditam não ser possível;
- 10) existem muitas ferramentas e estratégias disponíveis para implantar qualidade. É fácil escolher uma que seja inadequada para a situação a que se destina; e,
- 11) há grande dificuldade de os gerentes, acostumados a mandar, adaptarem-se à democracia da qualidade.

Continua referindo que há um profundo contexto envolvendo as onze causas para a obtenção da qualidade, como: a mão-de-obra; o nível verdadeiro de prioridade que é conferida à qualidade; a formação, conscientização da administração para a questão de planejamento detalhado de ações (médio e longo prazos), recursos, estrutura (com que modelo de participação os setores engajam-se) e, preponderantemente, vontade, a fé e a determinação de todos.

Esta situação apresentada é da realidade internacional, mas, para Paladini (1994), aproxima-se muito da realidade brasileira. Para tanto, cita o Núcleo de Garantia da Qualidade da Universidade Federal de Santa Catarina, que traça um perfil da realidade brasileira, obtida por meio da pesquisa realizada junto a 320 empresas de doze Estados Brasileiros (3 do Norte, 3 do Nordeste, 3 do Sul e 3 do eixo Rio de Janeiro-São Paulo-Minas Gerais), no período entre 1989 e 1994, em termos da implantação dos programas da qualidade. Relata, ainda, que este núcleo mantém intercâmbio com 11 países latino-americanos (do México à Argentina), desde 1986, constatando-se semelhanças nos dados obtidos. Diz existir causas ligadas a:

1) Posturas administrativas:

a) a alta administração pensou em produzir qualidade, mas, na verdade, os planos eram outros, principalmente, impressionar pessoas;

b) a alta direção achou que era fácil produzir qualidade; como por exemplo, era só espalhar cartazes e uma conversinha rápida;

c) a alta administração pensou que produzir qualidade era investir em um único fator e, nele, descarregou todos seus recursos; como exemplo, passa a só educar ou comprar equipamentos novos ou matérias-primas mais caras ou alto envolvimento das pessoas como Círculos de Controle da Qualidade (CCQs), em larga escala;

d) a alta administração imaginou que a qualidade viria de esforços limitados, em intervalos bem definidos de tempo. Achava que não havia necessidade de viabilizar um modelo de empenho contínuo – e, menos ainda, que deveria ser permanente;

e) a alta administração adotou um programa de qualidade, por acreditar ser uma tendência, um simples modismo;

f) a alta administração pensou que obteria resultados rápidos, passando esta expectativa a todos na empresa. Mas, quando estes começaram a demorar, o programa perdeu sua importância, passando a ser ‘pouco prioritário’;

g) na implantação do programa, houve uma confusão generalizada entre custos e investimentos, parecendo ser caro demais, para ser levado em frente;

h) para a alta administração os objetivos não eram bem claros, quanto à qualidade, ou, se os tinha, não os divulgou.

2) Ação dos recursos humanos:

a) pensar que uma boa intenção é suficiente para gerar qualidade.

Exemplo: 'junta o povo que algo de bom sai';

b) deficiências nos processos de treinamento. Exemplo: há muito que fazer, não há tempo a perder com treinamento. Desconsidera que a educação e o treinamento são fundamentais;

c) não há programas de motivação; aqui, a situação inverte-se: as pessoas sabem fazer, mas não querem fazer;

d) atividades propostas a determinados operários, não condizentes com seu preparo. Exemplo: o trabalhador está preparado para uma tarefa e deve desempenhar outra. (Fato comum na enfermagem, sem considerar que, com a mudança de setor ou de função, o trabalhador dificilmente torna-se "expert" no que faz, além de ser desrespeitoso e pouco ético);

e) ações a serem executadas sofrem restrições: exemplo, os grupos quando buscam encontrar solução para determinado problema esbarram na gerência, que diz que o problema não é de sua responsabilidade;

f) é restringida a participação do pessoal: exemplo, criar grupos só para funcionários mais graduados, pois os demais não teriam preparo. Neste caso, pode ocorrer omissão de informações, na hora de colher dados. (Na enfermagem, deve ser observado com muita atenção este item, pois o grupo compõe-se de enfermeiros, técnicos e auxiliares, havendo perigo, de sua ocorrência se assim for procedido. A GQT, baseia-se no engajamento e cooperação de todos);

g) o pessoal envolve-se de forma confusa; ao realizar a proposta dos programas de qualidade, devem ser envolvidos todos, com funções definidas, senão, pode ocorrer conflito nas atividades, nas sugestões e soluções encontradas. A divergência pode acabar com o próprio programa;

h) os esforços feitos não são reconhecidos; muitas vezes, o esforço não recebe nem uma voz de gratidão. (No Japão, ocorrem gratificações e benefícios nos salários, porque este modelo de relacionamento empresa-funcionário é pautado pela lealdade e confiança).

3) Gestão do programa da qualidade:

a) direcionar o programa, apenas, para a qualidade de projeto; exemplo: na situação em que uma meta é fixada e não é alcançada; o trabalho cai no descrédito;

b) direcionar o programa só para a qualidade de conformação; o risco, aqui, é produzir um produto ou serviço com características inadequadas ao cliente, somente dentro das conformações técnicas, não levando em conta o “bom gosto”. (Na saúde, pode-se imaginar o quanto seria desvantajoso a prestação de um serviço, por exemplo, em área de radioterapia com um atendimento extremamente técnico, esquecendo-se de todo o envolvimento humano necessário);

c) ser extremamente centralizadora a ação da gestão do programa; o que restringe a participação de todos, com isso favorecendo as sabotagens ao programa. (Alerta para a enfermagem, porque geralmente a alta gerência da profissão tem tendência a manter seu *status quo*, acima de tudo. Exemplo, eu penso, os outros fazem);

d) o programa desenvolve-se por períodos, sem uma estrutura linear contínua; ocorrendo em determinadas épocas, dependendo do espírito da alta gerência, da realidade do mercado, do momento político do país, etc;

e) o programa exige recursos que não foram oportunizados; estão envolvidos, aqui, recursos materiais; pessoais como: número insuficiente, qualificação não adequada ou desmotivação e outros difíceis de serem mensurados como criatividade, responsabilidade, empenho ou nível de participação;

f) o programa pode ameaçar a estrutura formal e, por isso, ser desativado; a alta gerência acredita que se cria uma gestão paralela e que perderia o controle, mas somente ocorre tal fato se as funções não foram fixadas, claramente.

4. A própria estrutura do programa:

a) a alta administração não participa do projeto e da implantação do programa; apóia, mas não participa. (Deve ser o contrário: iniciar por estes e, após, descer para níveis intermediários e, por fim, aos demais membros);

b) planejar mal o programa; não contemplar todos os recursos (humanos, equipamentos, ambientes, etc.);

c) implementar mal o programa; cronograma equivocado, tempo de mais (acomodação), tempo de menos (maus resultados);

d) o programa não apresenta direções claras, objetivos definidos e metas determinadas; desta forma, é difícil avaliá-lo, não é possível saber se os resultados são adequados ou não;

e) o programa não atribui um papel correto aos funcionários; destes são esperadas contribuições para o programa, mas nunca são os seus beneficiários. Fica expresso que os benefícios são para a instituição e não para os funcionários responsáveis pelas mudanças e metas alcançadas. (Na grande maioria das instituições de saúde, tal fato vem ocorrendo e, por conseguinte, a enfermagem é afetada, porque há muito trabalho, este constante, às vezes, rotineiro, pesado; pensa-se em somente resolver problemas alheios; nem momento de confraternização e alegria entre grupos ou nos grupos acontece. Benefícios, através da organização, são raros; muitas vezes, nem assistência como consumidor é possível ser obtida, sem que esta seja solicitada como ajuda a uma ou outra pessoa que tenha boa vontade);

f) a estrutura do programa não atende a seus próprios objetivos; não é incentivada a integração e interação entre os grupos e setores; pode ocorrer perseguições e o projeto acaba sendo desativado, em nome da harmonia.

Segundo PALADINI (1994, p. 193),

“...qualidade é sempre algo que exige, compromete, responsabiliza. Ou seja, requer esforço, empenho, dedicação. É mais fácil seguir direções confortáveis do que enveredar por um caminho que, ainda que ofereça resultados melhores e mais consistentes, não poupa suor físico e mental de quem por ele trafega”.

Talvez, pelo fato do indivíduo, ao pensar em usar qualidade, sentir-se, ao mesmo tempo comprometido, não tem segurança ou coragem suficiente para tamanho empreendimento. Então, assusta-se, confunde-se e prefere manter seu *status quo*, este aparentemente seguro. Este fato possivelmente possa servir como reflexão para a enfermagem. PALADINI (1994, p.193) diz ainda que, de qualquer forma, fracassos existem e são reais no uso da teoria, mas complementa que deve ser bem avaliado o que são, na verdade, “fracassos” e suas causas prováveis. Fracassos são os objetivos pretendidos e não alcançados. O que não é nítido é como são fixados os objetivos. Neste ponto, as questões se tocam, quando diz que

“uma causa do fracasso é a conceituação incorreta da qualidade que porta equívocos na definição de objetivos e na expectativa de resultados”.

Na Figura 12, a seguir apresentada, este autor tenta resumir as causas de fracasso, em alguns itens básicos, chamando a atenção quanto às suas causas, porque todos dizem saber exatamente o que é qualidade.

Figura 12. Qualidade / Sucesso no Programa

<p>O programa, não pode ter sucesso, se a qualidade não for entendida corretamente, e esta envolve:</p>
<ul style="list-style-type: none"> • implantação, com decisão firme e consciente da alta gerência. • existir prioridade absoluta a clientes. • perceber claramente que a qualidade depende de um conjunto de fatores (vários itens) não apenas de um, e todos devem ter a mesma importância. • envolver: políticas, objetivos, recursos. • envolver: adesão, motivação, formação e qualificação da mão-de-obra. • envolver: melhoria contínua (qualidade = evolução). • ter: interação adequada entre empresa e empregado (compreensão mútua).

Fonte: PALADINI (1994, p.200).

Assim, resumidamente, diz que a qualidade só é obtida se toda a estrutura que a suporta exista, sendo possível ser utilizada; que o fracasso do programa pode decorrer, principalmente, do fato de a qualidade não ter sido entendida corretamente; para avaliar qualidade existe um número considerável de métodos e modelos, os quais, fundamentalmente, enfatizam a satisfação da mão-de-obra, os objetivos da organização e o suporte ao processo. Aqui, abro parênteses que, a meu ver, é um fato de extrema importância: a necessidade de avaliar a qualidade na enfermagem (serviço produzido) e que, por conseguinte precisaria de um trabalho tão minucioso ou mais do que este que está sendo apresentado nesta dissertação, a fim de encontrar respostas. Portanto, acredito ser impossível, neste momento, ater-me a esta questão, mas é de fundamental importância obter a resposta, ao seguinte questionamento: o que é qualidade, no processo de atividade/produção da enfermagem?

Parece importante destacar o referido por NOGUEIRA (1994), quanto à dificuldade de obter qualidade na saúde. Segundo o autor, esta advém de muitos fatores, dentre eles, seleciono os seguintes:

- o planejamento estar distanciado da produção. As tarefas são realizadas, pelos trabalhadores, de forma parcial, fragmentária, sem a idéia completa do produto final ou da finalidade do serviço em seu todo, assim sendo, não se orgulham do que realizam;

- a supervisão vertical faz lembrar a neurose de quotas de produção por equipe, favorecendo o medo de errar e dar opinião; e,

- os trabalhadores não são estimulados a participarem e a se orgulharem daquilo que fazem.

DONABEDIAN (1993), quanto à qualidade, refere dois modelos de garantia: o “Modelo Industrial” e outro próprio do campo da saúde que se chama “Modelo de Atención a la Salud” (health-care model).

Diz que no Modelo Industrial,

“... su enfoque en el consumidor como el árbitro final de la calidad. Es el consumidor quien, en último término, decide si el producto o servicio proporcionado responde a sus necesidades y expectativas. El objetivo no sólo es alcanzar la satisfacción del consumidor sino también lograr su entusiasmo, su confianza y su fidelidad futura” (p. 2).

No Modelo de Atención a Saúde,

“... se encuentran semejanzas y diferencias importantes. Una similitud es la obligación de reconocer la satisfacción del usuario mediante la prestación de servicios convenientes, aceptables y agradables. (...) y de una forma aún más importante que la postulada en el modelo industrial, se valoran las preferencias del paciente informado tanto en lo relativo a los resultados como al proceso, lo que constituye un ingrediente esencial en cualquier definición de calidad de la atención a la salud” (p. 2).

Avalia que o Modelo Industrial,

“...ofrece un poderoso antídoto a los excesos de la regulación gubernamental, con su visión coercitiva y punitiva; con su

predisposición a censurar y la resistencia a ayudar; com su fijación en las fallas, divorciada del reconocimiento y celebración de los éxitos. En todo esto el modelo industrial, comprendido adecuadamente, es un aliado que debemos adotar sin miedo” (p. 15).

Continua explicitando que,

“...el modelo industrial viene a nosotros com tambores y trompetas, hablándonos en una lengua extraña, llena de aforismos comunes y lemas llamativos. Por ignorancia y avaricia, com frecuencia es falsificado y utilizado en baneficio propio” (p. 15).

Mas diz que apesar da “parafernalia, el modelo industrial es, en esencia, auténtico, sincero y serio”. Diz “cuida la calidad. Primeiro pon tu corazón en ello, después tu mente y el resto vendrá por añadidura”. Finaliza afirmando “y desde lo más profundo de nuestro espíritu, estamos de acuerdo” (p. 15).

Para CARR e LITTMANN (1992), os valores, sentimentos e crenças têm forte influência em uma empresa e são fundamentais na sua existência. É um *iceberg*, pois é visível apenas um décimo da individualidade (organogramas, regras, regulamentos ou pronunciamento públicos). Os outros nove décimos estão escondidos da visão externa, como: valores, hábitos, maneiras de pensar de gerentes e funcionários e os princípios operacionais não-oficiais combinados, mas que compõem a visão oficial da “cultura” de uma organização. Portanto, vejo que este é outro fator relevante para a implantação da GQT. Então, conforme a Figura 13 (Sucesso na GQT) a seguir trazida, mostram-se nove valores necessários.

Figura 13 – Sucesso na GQT

Estado “Como Está” De um ambiente que ...	Estado “Como Deve Ser” para uma cultura que ...
1. Tem muitas metas diferentes e frequentemente conflitantes entre suas divisões e departamentos	1. Tem uma visão muito partilhada por todos
2. Pune erros, esconde ou racionaliza problemas	2. Discute abertamente os problemas, racionaliza-os, vê defeitos como oportunidades de melhoria
3. Recompensa de acordo com políticas estabelecidas	3. Recompensa por assumir riscos e pelo pensamento criativo
4. Permite que problemas de curto prazo dirijam e dominem a atividade de trabalho	4. Concentra-se na melhoria contínua de longo prazo
5. Baseia-se na inspeção para detectar erros antes de o consumidor receber o produto	5. Melhora o processo de trabalho para prevenir a ocorrência de erros
6. Dá à gerência total autoridade para decisões de mudança	6. Confia e delega poderes aos funcionários para contribuírem na tomada de decisões
7. Tolerava batalhas de território como inevitáveis	7. Facilita e recompensa a cooperação interfuncional
8. Toma decisões arbitrariamente	8. Baseia todas as decisões em dados objetivos
9. Tem uma auto-imagem negativa ou indiferente	9. Sente-se como um vendedor, com realizações que criam um bom moral

Fonte: CARR e LITTMANN (1992, p. 207).

Estes autores referem que, apesar de cada instituição ter sua cultura organizacional, é possível notar, como se apresenta o pensar/fazer existente, com base em valores que necessitam ser transformados, tornarem-se compartilhados, solidários e que o máximo a ser obtido é a valorização da pessoa humana. Apresenta, portanto, o real e o ideal a ser conquistado nas organizações, na transformação da mudança cultural e, para, obter uma cultura de qualidade.

Usando tal conhecimento, penso ser possível criar uma visão de sucesso na organização e, especialmente, na enfermagem, com a qual, mesmo após muito esforço, provavelmente, os conceitos da GQT poderiam trazer resultados positivos, pois, como descrito anteriormente, tem-se mostrado muito mais fácil de a teoria, na prática, não ter efeito positivo. Penso que a maior manifestação de inércia é nem, pelo menos, tentar. Acredito que, para os tempos de mudança contínua e rápidas transformações em que se vive, não seja mais condizente tal comportamento.

Segundo DRUCKER (1980), foi percebido desde Taylor, que grandes resultados são obtidos pelo trabalhador que realiza o serviço, pois este é o perito no processo de atividade/produção realizado. Para ele, a produtividade exige aprendizagem contínua, conforme ensinamentos dos japoneses. Continua, afirmando que o ocidente precisa aprender o essencial do pensamento típico japonês, ou seja, o conceito ZEN (melhor) de aprendizagem para, deste modo, fazer sempre melhor o que já se faz bem. Em outras palavras, aumentar, cada vez mais, a conjugação do conhecimento com a técnica, para encontrar uma maneira melhor de realizar o processo produtivo. Sabe-se que a evolução é contínua e necessária para o ser humano. O mesmo equivale para o conhecimento administrativo. Entendo, então, que a GQT é uma possibilidade de obter fatos novos no administrar/gerenciar e, conseqüentemente, levar benefícios a todos.

No presente advento administrativo/gerencial, surge uma nova possibilidade de ser conquistada a realização humana. Esta outra visão deixa para trás os princípios do reducionismo, do pensamento analítico e do mecanicismo. Despontam o expansionismo, pensamento sintético e a teleologia, cujas ocorrências mostram-se passíveis de observar na GQT.

A seguir, apresento os pressupostos e conceitos que serviram de marco conceitual teórico para a realização do estudo junto a um grupo de trabalhadores de um Serviço de Pronto Atendimento, tendo em vista o uso e aplicação dos métodos, ferramentas e técnicas da GQT para demonstrar sua possibilidade de aplicação à organização do trabalho da enfermagem.

3 - MARCO REFERENCIAL TEÓRICO

O marco referencial teórico é composto por pressupostos e conceitos e possibilita várias visões de mundo, conforme a percepção, experiência e a capacidade do pesquisador. FAWCET (1984) diz que é um conjunto de conceitos e proposições interligados em uma configuração significativa.

3.1. Pressupostos

Pressupostos, segundo LEOPARDI (1988), são crenças pessoais que fundamentam a elaboração do marco referencial teórico. Apresento, a seguir, meus pressupostos que embasam o marco referencial teórico, os quais entendo como necessários à construção do trabalho e, por conseguinte, para a enfermagem:

- **SER HUMANO/CLIENTE** – ser humano/cliente é qualquer um dos participantes do grupo de trabalho: enfermeiro, técnico, auxiliar e atendente de enfermagem (cliente interno). Entendo, ainda, que cada ser humano/cliente é único, singular, sofre interferências e é capaz de interferir no meio, em toda a sua existência e, **quando motivado, pode lutar por produzir e viver bem**. Repensa e reformula as suas ações e seu viver, de forma geral e constante, necessitando ser considerada a sua condição de sujeito, que faz parte de um coletivo, a fim de que possa encontrar felicidade tanto no nível pessoal como no trabalho, sendo a ética norteadora de todas as suas reflexões e ações, tanto na vida pessoal como profissional; com isto, possivelmente, existe limite e há dignidade e respeito mútuo para com o cliente final;

- **NOVAS TECNOLOGIAS** - novas tecnologias de "processo" produtivo, modelos administrativos como a GQT, com método, ferramentas e técnicas **necessitam ser absorvidos, incorporados e aplicados na área da enfermagem e saúde**, para possibilitar uma forma ética na atividade/produção;

- **MISSÃO** - as organizações de saúde têm uma missão própria - prestar serviços à comunidade de forma ética e digna. Os trabalhadores (clientes internos) da enfermagem e da saúde, nas organizações, **necessitam conhecer a missão da organização**, de modo que as ações produtivas correspondam às necessidades dos clientes (cliente final). O conhecimento da missão é facilitado pela compreensão da metodologia da GQT;

- **SERVIÇOS** - os serviços, nas organizações de saúde, são representados pelos produtos/ações decorrentes das intervenções dos trabalhadores e que **podem beneficiar os clientes (internos e externos), além de assegurar a sobrevivência da organização**;

- **MÉTODO DE TRABALHO** – a enfermagem **necessita rever seu método de trabalho, tomar conhecimento de tecnologias administrativas/gerenciais**, como a GQT, para poder inovar/mudar culturalmente as organizações e o seu processo de atividade/produção, obtendo mudanças que se processem sucessivamente nos seus serviços, visando, ainda, a educação e o aprendizado contínuo para alcançar a qualidade no seu pensar e fazer.

3.2. Conceitos

Conceitos, conforme Chin e Jacobs apud TRENTINI (1994, p.9), são “representações mentais ou abstrações da realidade”, em outras palavras, são marcas ou nomes dados a objetos, idéias, instituições, enfim, a tudo o que existe no Universo”. Os conceitos representam a realidade para alguém, permitem generalizações, ligam o pensamento à experiência e são modificados no transcorrer da vida da pessoa. Para construir um processo de atividade/produção, de forma participativa, no meio hospitalar, necessita-se compreender determinados conceitos. A seguir, apresento aqueles conceitos que considero essenciais à compreensão do presente estudo:

- **CLIENTE**: para PALADINI (1994, p. 138 e p.26), “a noção de cliente é muito mais ampla que a de consumidor. Costuma-se dizer que todo consumidor é

um cliente, mas nem todo o cliente é um consumidor”, pois “não se restringe à análise do atendimento da empresa apenas àqueles que consomem seus produtos, mas a todos aqueles que, de uma forma ou de outra, são afetados ou influenciados pelos produtos em questão”. Já WHITELEY (1992, p. 22) refere que “clientes incluem todos aqueles cujas decisões determinam se sua organização irá prosperar. Pode-se tratar de um grupo complexo de múltiplas camadas, mas é preciso conhecer e servir todos os seus componentes para garantir a prosperidade”. Classifica-os em: a) clientes finais: pessoas que usam os produtos ou serviços e que poderão ficar “encantadas” com o serviço ou o produto recebido; b) clientes intermediários: são, geralmente, distribuidores ou revendedores que tornam o produzido disponível para o cliente final; c) clientes internos: pessoas, que na organização, repassam o trabalho produzido para desempenhar a próxima função, objetivando servir os clientes intermediários e finais. JURAN (1995, p. 18) refere que “cliente é qualquer um que recebe ou é afetado pelo produto ou processo”. Classifica em clientes internos ou externos. Continua explicando que “clientes externos são pessoas afetadas pelo produto, mas não são membros da empresa que o produz”; e que “os clientes internos são afetados pelo produto e também são membros da empresa que fabrica o produto”.

Neste trabalho, clientes são todas aquelas pessoas que podem, de forma direta ou indireta, beneficiar-se de produtos ou serviços oferecidos por uma organização.

- **QUALIDADE:** para DEMING (1990, p. 125-126) “a qualidade só pode ser definida em termos de quem a avalia”. Seguindo na mesma linha, este autor apresenta que “a qualidade de qualquer produto ou serviço tem muitas escalas. Um produto pode obter uma boa nota, na opinião do consumidor, em uma escala, e uma nota baixa em outra”. NOGUEIRA (1994, p. 21) refere que Deming

“...está profundamente comprometido com o que podemos denominar de uma pedagogia problematizadora da Qualidade, talvez porque entenda que é mais importante criar uma mentalidade da Qualidade do que uma teoria precisa ou profunda a seu respeito”.

Após estes enunciados, podemos deduzir, baseado nestes autores que é difícil ou, até mesmo, impossível definir o que é qualidade para o cliente da área da

saúde. Portanto, para assegurar a qualidade ao cliente na área da saúde, é preciso que se lhe dê liberdade para poder expressar-se sobre suas necessidades, de modo que possam ser atendidas, nos serviços de saúde.

Por sua vez, JURAN (1995, p. 16) nos apresenta que

“...chegar a um acordo sobre o que se entende por qualidade não é simples. (O dicionário traz cerca de uma dúzia de definições.) Para os gerentes, nenhuma definição sucinta é realmente precisa, mas uma dessas definições obteve larga aceitação: qualidade é adequação ao uso”.

Este autor segue alertando que esta definição não contempla a profundidade necessária, porque necessitam ser consideradas as características do produto que atendam às necessidades dos clientes e, ao mesmo tempo, a ausência de deficiências na produção e na satisfação do cliente.

Segundo GASCA (2000, p. 1-2), para Donabedian, qualidade na saúde é obtida através de três dimensões:

1. A dimensão técnica:

“...consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de una manera que rinda el máximo de beneficios para la salud del usuario, no necesariamente paciente, con un mínimo de riesgos”.

2. A dimensão interpessoal:

“...se refiere a la interacción social que ocurre entre el usuario y el prestador de servicios”.

3. As comodidades:

“...Involucra las características del lugar en que se proporciona el servicio; incluye las condiciones físicas y de limpieza, iluminación y ventilación, máximo beneficio para el usuario mediante la aplicación del conocimiento y tecnología más avanzadas tomando en cuenta los requerimientos del paciente así como las capacidades y limitaciones de recurso de la institución de acuerdo con los valores sociales imperantes”.

que DONABEDIAN (1984, p. 6-7) define qualidade amplamente, quando diz

“...todos los postulados nos llevan a un concepto unificador de la calidad de la atención como aquella clase de atención que se espera pueda proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de haber uno tomado en cuenta el balance de las ganancias y pérdidas esperadas que acompañan el proceso de la atención en todas sus partes. Este concepto es fundamental para los valores, ética y tradiciones de las profesiones de la salud: cuando menos no dañar, usualmente hacer algún bien e, idealmente, realizar el mayor beneficio que sea posible alcanzar en cualquiera situación dada”.

Acredito que qualidade, na ótica do cliente, pode ser entendida como a especificação necessária apresentada pelo produto/serviço, que serve para atender suas necessidades. Estas necessidades são extremamente variáveis, dependendo do entendimento de cada ser humano. Na área da saúde, é ainda mais complexo este conceito, pois qualidade não pode ser apenas a satisfação pela hotelaria apresentada, pela ordenação aparente da organização ou, até, por exigências mais apuradas; estas exigências, possivelmente, tornem-se mais específicas, conforme o nível de entendimento sobre o que é saúde para cada cliente ou pelo seu entendimento do que é ser cidadão e ser respeitado.

DONABEDIAN (1984, p. 44) explica que

“...gran parte da literatura sobre la opinión de los clientes acerca de lo que es un buen doctor o una buena clínica concierne a la importância relativa de un tratamiento técnico de la enfermedad comparado com el manejo de la relación entre el paciente y el profesional...”

Desse modo, qualidade na saúde não deve servir, apenas, para justificar maior produtividade, mas, sim, para servir como um elo entre o serviço de saúde e o cliente, atendendo suas necessidades com eficiência e, ainda, permitindo a sobrevivência da empresa-organização. Qualidade, portanto, não é apenas tratar bem, mas sim agregar valor ao serviço prestado.

- QUALIDADE COM ÉTICA NA SAÚDE - É usar o conhecimento e tecnologias existentes em diversas áreas, como: enfermagem, medicina, fisioterapia, psicologia, educação, entre tantas outras, com o propósito de atender às necessidades apresentadas pelo cliente, possibilitando-lhe sentir-se física e psiquicamente estável e, ao mesmo tempo, respeitando sua autodeterminação e autonomia. Destaca-se, principalmente, a educação como um fator de extrema

relevância, para que este cliente tenha condições de pensar e encontrar a sua própria forma de existir, levando em conta sua cultura e propósitos. Portanto, pode ocorrer transformação do indivíduo, possibilitando-lhe o exercício da sua autonomia, da sua cidadania, o que lhe permite perceber e escolher o que é mais adequado para sua vida e comunidade. Para os trabalhadores e instituições, ética na saúde é, ainda, ter qualidade no serviço prestado ao cliente e cumprir com sua função social.

- **EQUIPE DE ENFERMAGEM/ENFERMEIRO** - grupo de trabalhadores que se compõe de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, com funções definidas e pautadas pela lei do exercício profissional. No Brasil, a lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. No Art. 2º, parágrafo único diz que “a enfermagem é exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação”, (COREN-RS, p.13). A mesma lei, no Art.11, define as atividades de enfermagem, cabendo ao Enfermeiro, “privativamente”: dirigir, organizar, planejar, coordenar, executar e avaliar serviços de assistência de enfermagem; “como integrante da equipe de saúde”, deve participar no planejamento, execução e avaliação de programas de saúde (COREN-RS, p. 14). Seguindo na mesma lei, Art. 13, apresenta as atividades permitidas ao auxiliar de enfermagem, “exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em procedimentos de tratamento” (COREN-RS, p.16). A profissão é regulamentada pelo “Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem”, conforme resolução do COFEN -160, (COREN-RS, p. 27), de 12 de maio de 1993. Ainda que uma categoria em extinção, o atendente de enfermagem pode estar presente nas instituições, apesar de não lhe ser autorizado a realização de procedimentos de enfermagem. Sua atuação é regulamentada pela Resolução 186 do COFEN – de 20 de julho de 1995, que “dispõe sobre a definição e especificação das atividades elementares de enfermagem executadas pelo pessoal sem formação específica regulada em Lei” (COREN-RS, p. 38).

A equipe de enfermagem trabalha com o objetivo de realizar um processo de atividade/produção e prestação de serviços de forma eficiente e eficaz. Para atingir a meta proposta, usa, principalmente, a educação ao cliente, para torná-lo

independente de seu conhecimento e serviços, favorecendo o auto-cuidado, a sua autodeterminação e, assim, seu entendimento de como deve cuidar-se e existir. Pode, ainda, servir como um agente de mudanças, de transformação da cultura organizacional existente em um meio.

Na enfermagem (profissão), há necessidade de descobrir e usar novas tecnologias, a fim de não somente inovar, mas com a finalidade de acompanhar a evolução do momento e obter benefícios para o próprio grupo de trabalhadores, para o cliente e instituição, através de um fazer mais sistematizado, organizado, onde o gerenciamento dos ambientes e pessoas seja, ao mesmo tempo, técnico e humano. Necessita, então, ater-se a novas tecnologias, o que indivíduos, profissões, instituições públicas ou privadas de vanguarda estão atualmente buscando e usando, como a informação, o conhecimento, a velocidade na comunicação, transformando-se em sistemas abertos adaptativos, no qual o aprender seja uma constante para servir-se e servir ao cliente, à instituição e à comunidade como um todo.

- **PROCESSO** – é um conjunto de atividades desenvolvidas por um grupo de pessoas, levando em conta as causas e os efeitos determinantes da atividade. Quando realizado com qualidade, origina produtos/serviços dentro de uma meta proposta. Do contrário, tem-se um produto/serviço indesejável, um problema; quando ocorre, pode ser resultante de uma visão singular, única. Cada indivíduo possui um olhar sobre os fatos que deve ser entendido, aceito e respeitado pelos demais. Os processos podem ser infinitos, dentro de uma mesma empresa, podendo subdividirem-se, compreendendo causas e efeitos. Portanto, enquanto houver relações de causa e efeito, haverá processos. As subdivisões permitem controlar processos menores e, por conseguinte, controlar de forma mais eficaz o todo do processo (CAMPOS, 1992).

Na enfermagem, é necessário usar metodologias que possibilitem o entendimento da organização do processo de atividade/produção, com a finalidade de compreender claramente o que permeia a profissão e seu contexto organizacional, para planejar ações, tanto para o fazer cotidiano como para inovar e, assim, acompanhar os novos tempos. Até o momento, em grande parte, a profissão usa modelos tradicionais de organização da atividade/produção. Acredito ser extremamente urgente usar novas tecnologias administrativas e gerenciais como a

GQT, porque os modelos tradicionais parecem que já não dão mais conta, devido à nova visão de mundo que as pessoas possuem e que, ainda as empresas necessitam incorporar.

- **MISSÃO** – para GIL (1993, p.11) “a principal missão das entidades é a continuidade operacional, segundo objetivos de atendimento à sociedade, a qual elas estão incorporadas”. Missão é a atividade específica que uma organização em particular desempenha em uma coletividade, que necessita ser definida a partir das suas necessidades. A sua existência se justifica pelos produtos/serviços que oferece à comunidade, considerando que estes devem ir ao encontro do que a comunidade necessita. Missão nas organizações de saúde, portanto é atender as necessidades de saúde apresentadas pelos seus clientes (internos e externos).

- **EDUCAÇÃO NA QUALIDADE** - o processo de educação dentro da GQT é oportunizar o acesso aos conhecimentos necessários a todos os clientes, para que tenham condições de desenvolvimento básico para existir, de modo a tornarem-se independentes e com senso crítico para saberem escolher e obterem para si e para a comunidade o que é adequado à sua qualidade de vida, em condições de exigir, principalmente com ética, eqüidade e dignidade.

4 - USO DE MÉTODO, FERRAMENTAS E TÉCNICAS DA GQT NO PROCESSO DE ATIVIDADE/PRODUÇÃO DA ENFERMAGEM

Nesta aplicação da GQT, com o uso de método (MASP), de ferramentas (Folha de Verificação, Curva de Pareto e Diagrama de Ishikawa) e de técnicas (*brainstorming* e GUT), trago figuras, tabelas, gráficos e resultados que foram produzidos durante a realização de uma Prática Assistencial, junto a um grupo de trabalhadores da equipe de Enfermagem de um Serviço de Pronto Atendimento de um Hospital Universitário (HU) de uma Instituição Federal de Ensino Superior (IFES) do sul do País. Meu propósito é de demonstrar que o método, as ferramentas e as técnicas da GQT podem ser utilizados/aplicados no cotidiano de um setor/serviço ou instituição, e sua adequação à organização do trabalho, mais especificamente, no processo de atividade/produção da enfermagem.

4.1 - Metodologia do Estudo

A Metodologia do Estudo, contempla os aspectos referentes à Caracterização do Local de sua aplicação, os Participantes; e o desenvolvimento da Metodologia, cuja descrição e aplicação das diversas etapas estão esquematicamente representadas na Figura 14. Fluxograma do Modelo Metodológico).

4.1.1 Caracterização do Local

A Prática Assistencial desenvolveu-se no setor de Pronto Atendimento de um HU de uma IFES do Sul do País, inaugurado em 1986. Este hospital é mantido, em grande parte, com recurso federal, possuindo uma Fundação de Apoio, que possibilita a administração dos recursos obtidos e proporciona agilidade à instituição, quanto à obtenção de recursos humanos, materiais e equipamentos.

Nesta instituição, a assistência é prestada à população adulta e infantil, portadora das mais diversas patologias. Atende na área ambulatorial, nas quatro especialidades básicas (clínica ginecológica e obstétrica; clínica médica; clínica cirúrgica e clínica pediátrica). Possui UTI neo-natal; hospital-dia para pacientes sidéticos (adulto e infantil) e conta com um SPA; realiza triagem de pacientes soropositivos; realiza consultas ambulatoriais de enfermagem (por enfermeiras docentes e assistenciais) em vários programas; recentemente, foram inaugurados serviços de acompanhamento a dependentes químicos e a clientes diabéticos. Possui 148 leitos. As unidades de internação atendem clínica médica, clínica cirúrgica, clínica pediátrica e clínica ginecológica e obstétrica. Recebe pacientes de cidades próximas, com vários convênios, prevalecendo os pacientes do SUS (Sistema Único de Saúde). Serve de campo de prática e estágio para alunos dos cursos de graduação em enfermagem, medicina, biblioteconomia, administração e, ainda, recebe alunos de convênios de outras universidades. A instituição promove residência médica, nas áreas de medicina interna, clínica cirúrgica, pediatria, obstetrícia, patologia, servindo, ainda, como campo de prática para os cursos de pós-graduação: especialização e mestrado em enfermagem e medicina. Principalmente, atende a população de baixa renda, daí sua importância e de minha preocupação com sua sobrevivência. Enfrenta, atualmente, os mesmos problemas que são comuns a quase todas as instituições da área da saúde, agravados, ainda mais, pela contenção de despesas e cortes das verbas federais. Os problemas decorrentes são seus altos custos de manutenção e sua baixa produtividade, o que leva a ter dificuldades em sua manutenção, podendo comprometer sua sobrevivência e missão.

Este trabalho desenvolvido no SPA do HU teve como objetivo realizar um estudo em que, juntamente com membros da equipe de enfermagem deste setor, **fosse oportunizado um levantamento das situações que se configurassem como problemas presentes, na ótica do grupo de enfermagem do turno da tarde do SPA, e que afetavam seu processo de atividade/produção.** Para tanto, foram utilizados método, ferramentas e técnicas da GQT, o que possibilitou ao grupo identificar e determinar os problemas presentes. Estes foram priorizados e, ainda, apontados alguns encaminhamentos para o seu enfrentamento, numa linha que se

aproxima de propostas que defendem a aplicação de programas de qualidade nas organizações.

O SPA, atende, em média, 180 pessoas por dia, entre consultas de clínica médica, clínica cirúrgica, clínica pediátrica e procedimentos de enfermagem. Possui seis leitos de observação, sala de urgência, sala de procedimentos assépticos, sala de procedimentos sépticos, sala de nebulização, posto de enfermagem, sala de expurgo, sala de estar do pessoal, quarto dos médicos, sala de espera para consultas, serviço de agendamento e portaria.

Antes do início do estudo propriamente dito, com base nas minhas observações e vivências neste local e, independentemente do uso de qualquer método, ferramentas e técnicas da GQT, já constataria inúmeras dificuldades relacionadas com pessoal, com ambiente, com equipamentos, com área física, com serviços de apoio e com a própria administração ou gerenciamento do serviço.

No SPA, o atendimento ao paciente é realizado 24 horas por dia, todos os dias do ano. A assistência médica é realizada por clínicos gerais e pediatras, possuindo cirurgiões e outras especialidades médicas em sobreaviso. O grupo médico constitui-se de residentes ou de profissionais deslocados e cedidos de outros locais, como do extinto Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e da própria Universidade. Observa-se, ainda, na área médica, a falta de treinamento em equipe, ausência de cursos de atualização, falta de plantonistas, originando uma assistência inadequada e, muitas vezes, precária (como não rever as prescrições na sala de observação ou não realizar reavaliações destes pacientes), sobrecarga de serviço, entre tantos outros itens que poderiam ser enumerados.

Quanto à enfermagem, o setor não possui, muitas vezes, enfermeiro de plantão. Este profissional é requisitado em outras unidades, somente sendo chamado quando ocorrem situações de extrema dificuldade e que exigem uma intervenção mais qualificada. Basicamente, o trabalho de enfermagem é realizado por auxiliares de enfermagem. Parece não existirem prioridades estabelecidas, a partir das reais necessidades apresentadas e sentidas pelos pacientes. Os cuidados

parecem ser realizados com base em procedimentos técnicos que procuram contemplar uma rotina pré-estabelecida e entendida como suficiente para dar conta das prescrições médicas e das possíveis necessidades que possam estar sendo geradas pela situação específica de cada paciente (LUNARDI FILHO, 1998).

O pessoal de apoio - porteiros, motoristas das ambulâncias, serventes de limpeza e recepcionistas – a meu ver realizam suas funções sem, muitas vezes, estabelecerem prioridades, comprometendo a qualidade e a produtividade e, por isso, não contemplam as dimensões preconizadas pela GQT. Os problemas que advém do dia-a-dia ficam, muitas vezes, sem solução ou são resolvidos de forma improvisada ou sem coerência administrativo/gerencial.

Os pacientes atendidos são os do SUS (Sistema Único de saúde), particulares e de outros convênios. Em consultas simples, os pacientes particulares têm prioridade sobre os conveniados e estes sobre os pacientes do SUS, exceção feitas às urgências. Nestas ocasiões, não existem prioridades. Nas demais situações, a prioridade dada aos pacientes particulares cria desconforto entre pacientes e recepção.

Em uma apreciação genérica, parece ocorrer um significativo aumento nos custos, devido a falta de um gerenciamento efetivo e amplo do SPA, que possibilite a cada trabalhador desempenhar suas funções do modo mais adequado e, desta forma, a instituição obter maior produtividade, levando, assim, a serem minimizadas as dificuldades financeiras atuais. Com base em tais observações, mesmo que realizadas de forma empírica e assistemática e, ainda, contendo afirmações limitadas, sinto-me capaz de relatá-las. Este sentimento encontra respaldo nos fatos de ter sido a responsável pelo projeto e pela implantação desse serviço, no ano de 1986, e de vir acompanhando, até o momento, ainda que à distância, o seu funcionamento. Permaneço, atualmente, no local, como professora da disciplina Estágio Supervisionado em Introdução à Enfermagem, do Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia desta IFES.

Desde há muito tempo, venho percebendo que os problemas avolumavam-se: desde a recepção até os atendimentos médicos e de enfermagem e os de apoio.

Isto tudo resulta, para a instituição, em diminuição da qualidade/produktividade nos serviços prestados.

A diminuição dos recursos para quem recebe a atenção de saúde e para quem produz serviços favorece o aumento do *stress*. Portanto, estas falhas ou faltas podem deixar o paciente com seqüelas ou, então, levá-lo a danos irreversíveis. Associam-se à ineficiência do SPA, as doenças sazonais, a falta de funcionários e o seu despreparo e, ainda, a falta ou inadequação de material básico ou especializado. Ao constatararmos estes problemas e muitos outros que possam ser encontrados, no momento em que se estuda mais profundamente o ambiente, isto conduz à apreciação de que a produtividade é baixa, comprometendo a qualidade em todo o fazer.

4.1.2 Participantes

Os aspectos éticos seguidos no desenvolvimento do estudo previram, primeiramente, a realização de um encontro com a Chefia do Serviço de Enfermagem, à qual foi solicitada a autorização para desenvolver um processo de trabalho participativo, em Qualidade Total, com um grupo da Equipe de Enfermagem do SPA (Anexo 1).

Após ser obtida a permissão, por escrito, da Diretora do Serviço de Enfermagem para a realização do trabalho na instituição, foi feita uma apresentação da proposta às enfermeiras atuantes nos turnos da manhã e tarde. Como a aceitação para a realização do trabalho mostrou-se semelhante, por parte das profissionais, optou-se por desenvolver esta proposta junto ao grupo do turno da tarde. Esta escolha deveu-se, a princípio, por ser um turno em que, geralmente, há um fluxo menor de clientes. Há que se destacar, entretanto, que a teoria preconiza (CAMPOS, 1992) que, onde houver um intervalo de causa e efeito, portanto um processo, este poderá ser estudado, independentemente de turno e de grupos específicos.

O grupo de trabalhadores que fizeram parte deste estudo são integrantes do grupo de enfermagem do SPA. Constituiu-se de uma enfermeira, dois auxiliares

de enfermagem e um atendente, sendo identificados pelas letras A, B, C, D. Aceito o convite da enfermeira e da sua equipe de trabalho, realizou-se o primeiro encontro com o grupo. Neste encontro, realizado em 31 de maio de 1999, os funcionários foram formalmente convidados (Anexo 2) e esclarecidos sobre o trabalho a ser realizado. Nesta reunião, obteve-se, por escrito, ainda, o Consentimento Livre e Esclarecido dos Participantes, (Anexo 3), sendo marcado o próximo encontro para o dia 01 de junho de 1999.

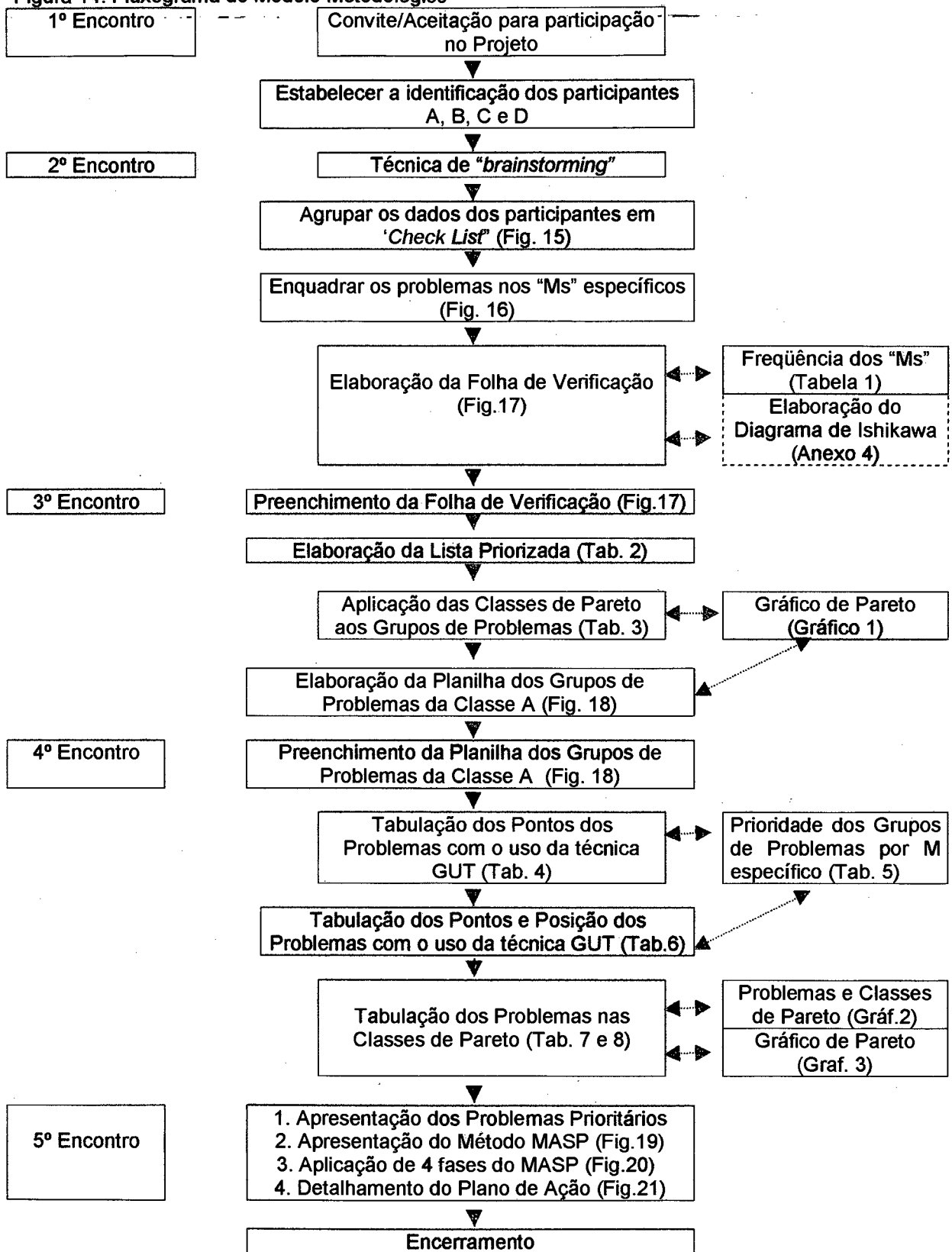
4.1.3 Desenvolvimento da Metodologia

Com as autorizações da Direção do Serviço de Enfermagem do HU e os termos de Consentimento Livre e Esclarecido dos Participantes realizou-se o segundo encontro (ver Figura 14. Fluxograma do Modelo Metodológico).

No encontro de 01 de junho de 1999, deu-se o início ao trabalho propriamente dito, sendo realizada a reunião e aplicada a técnica de *brainstorming*. Os participantes receberam folhas de papel em branco e orientações quanto à realização da técnica, cujo objetivo era colher o maior número de informações sobre o SPA e do processo de atividade/produção desenvolvido por eles e que o tempo máximo de realização dessa técnica seria de 30 minutos. Para a obtenção do objetivo proposto, foi apresentada a seguinte solicitação: - *Em sua visão, liste o que pensa que interfere na atuação da enfermagem para o desenvolvimento do seu processo de atividade/produção e que, por conseguinte, traz conseqüências inadequadas para o SPA.*

Com base na solicitação, originou-se uma série de condições/situações (problemas) enumeradas na Figura 15 - *Chek List*, contendo a descrição realizada por cada um dos participantes.

Figura 14. Fluxograma do Modelo Metodológico



Fonte: DEI SVALDI, 1999.

Figura 15. Check List

<p>Funcionário A:</p> <ol style="list-style-type: none"> Hierarquia: ocorre ingerência de outros profissionais na enfermagem. Todos interferem na distribuição do trabalho. Serviço de apoio, demorado, quase inexistente. Lavanderia, CME, farmácia, outros – necessitam de organização e materiais. Direção (alta gerência), não atende adequadamente as enfermeiras, deixam esperando, por longos períodos. Direção (alta gerência), não ouve problemas que se apresentam, que ocorrem no ambiente de trabalho. Falta de coragem da alta gerência, em assumir o caos, e transformar o setor em algo adequado. Exemplo: falta de leitos nas unidades de internação. Ninguém se responsabiliza. Área física mal planejada (portas pequenas, etc). Pouco material (esfigmomanômetro, estetoscópio, termômetro, pinças, etc.) ou obsoleto, interferem no atendimento. Falta orientação contínua quanto à ética profissional. Desrespeito com o paciente, falam diagnóstico abertamente. O setor recebe, para tratamento, pacientes com problemas simples que deveriam ser atendidos nos postos.
<p>Funcionário B:</p> <ol style="list-style-type: none"> Faltas de salas específicas para atendimento de clientes para: injeções, nebulização, higienização de pacientes. Não há padronização de técnicas e de condutas. Interferência, no trabalho de enfermagem, nas salas de procedimentos, pela portaria/recepção. Desrespeito com o cliente. Descaso no atendimento do setor por parte da: lavanderia (não oferece roupas e vestuário para atender o cliente); e, laboratório (não atende com presteza, solicitações nas urgências). Cientelismo: favorecimento no atendimento a conhecidos, por parte de funcionários do grupo. Omissão e negligência, por parte do grupo de profissionais, nos casos de atendimento quando é percebido abuso: à mulher e à criança, não avisam a órgãos competentes (juizado, assistente social, polícia) Falta de material básico. Falta de privacidade ao paciente para expor queixas, nos próprios consultórios. Não há acompanhamento psico-pedagógico, aos funcionários. Quando estes possuem problemas. Não há educação continuada. Não há orientação quanto à ética. Falta diálogo mais freqüente entre alta gerência e demais funcionários, como o auxiliar de enfermagem. Desatenção, por parte da alta gerência, a problemas do setor relatados por funcionários, que não sejam as enfermeiras. Faltam salas para procedimentos como: enemas, nebulizações, etc. Interferência de médicos em questões que são próprias da enfermagem. Falta cuidado e orientação quanto ao lixo. Insegurança quanto à permanência, do profissional, dentro da instituição (desemprego, bio-segurança). Fragilidade e insegurança nas relações profissionais (entre todos). Hospital de referência no atendimento obstétrico, este serviço é realizado de forma precária no SPA. Difícil relacionamento com o Setor de Recursos Humanos (não há acesso, compreensão, etc). Freqüente descontinuidade na prestação de serviços (um dia presta, outro não) Imposições administrativas, pela alta gerência. Falta de planejamento na estruturação física do ambiente e na prestação da assistência aos clientes. Funcionários desconhecem o futuro, como pensa a alta gerência, o que será feito, o que é previsto nas mudanças. Há leitos vagos nas unidades, pacientes permanecem no SPA. Ninguém regula ou controla este trânsito. Políticas de saúde, por parte da instituição, diferentes das necessidades da comunidade.
<p>Funcionário C:</p> <ol style="list-style-type: none"> Problema de medicação (farmácia): burocracia na documentação, não entrega corretamente medicamentos solicitados. Falta de manutenção: macas e cadeiras. Falta de material no CME, nunca tem pronto, esterilizado. Porteiros não param na portaria. Falta sala adequada, para lanche e descanso do pessoal de enfermagem. Atendimento médico inadequado, aos funcionários e parentes destes, quando necessitam consultas. A sala de urgência deve ser melhorada: falta material básico e permanente. Melhorar acesso do SPA: há buracos, declive perigoso para macas e cadeiras de rodas, falta toldo em dias de chuva. Pacientes externos deveriam trazer materiais descartáveis. Falta respeito, pelos funcionários (todos) ao paciente idoso, grávida ou crianças. Setor de internação deveria ser de melhor acesso, mais perto do SPA e ambulatórios.
<p>Funcionário D:</p> <ol style="list-style-type: none"> Plantões de 12 horas são cansativos. Número insuficiente de funcionários para a demanda de pacientes. Relações interpessoais inadequadas. Ingerência administrativa (médicos [plantonistas fixos, residentes e estagiários], enfermeiras, auxiliares, atendentes, portaria, recepção), todos dizem a todos suas obrigações e o que deve ser feito. Falta de material permanente e de consumo (esfigmomanômetro, estetoscópio, pinças, micropor, etc.). Falta comprometimento da alta gerência, em assumir resolução de problemas dos pacientes, que aportam no setor. Enfermeira, por amizade com o profissional médico, assume tentativa de resolução dos problemas, telefonando para médicos da comunidade. Eterna falta de leitos, nas unidades de internação. Envolvimento do profissional (não é sua função), na tentativa de obter roupas, reposição de material, medicamentos, etc. Aceitar ou indispor-se nos atendimentos irregulares. Estagiários de medicina, mesmo em casos graves, não são assistidos por preceptores. Remuneração salarial baixa. Insegurança, quanto ao desemprego. Descaso dos funcionários com a instituição, não cuidam dos gastos de: luz; água; telefone ou material (usam em excesso os descartáveis ou estragam no manuseio). Falta reciclagem na parte profissional (conhecimento científico, técnicas), acompanhamento psicológico e ético. Alunos da graduação de enfermagem são educados fora da realidade, ficam somente apontando defeitos. Não há preocupação das U.I., quanto à permanência nos leitos e no SPA há acumulo de até 15 pacientes. Leitos de internação na clínica médica ficam bloqueados, quando o paciente é encaminhado para a UTI da Santa Casa. As unidades não aceitam pacientes além do estipulado; no SPA não há limite. Idosos e crianças (graves ou não); atendimento é sempre com o mesmo número de pessoal de enfermagem. Faltam roupas, principalmente lençóis. Falta orientação, a todos, quanto às suas funções, ocorre ingerência. Lixo, ninguém se responsabiliza com a bio-segurança, principalmente os alunos da graduação. Área física inadequada (labirinto). Falta pintura, troca de piso, cortinas, área para lanche. Enfermagem não possui área de Descanso adequada e banheiro.

Fonte: DEI SVALDI. *Brainstorming*, realizado em 01.06.1999.

Após, foi realizada a leitura, para os participantes, do *check list* resultante, verificando se estavam contempladas suas opiniões. Realizado agradecimento a todos pela participação nessa etapa, foi definido que, logo após ser realizado o enquadramento dos problemas nos “Ms” específicos ¹⁵, voltaríamos a nos encontrar.

Saliento que a classificação dos problemas nos “Ms” específicos (Figura 16 – Enquadramento dos Problemas nos “Ms” Específicos) não obedece a um rigor matemático. É possível que tal fato possa gerar dúvida, mas, na maioria das vezes, considerando-se o conhecimento dos conceitos e a vivência¹⁶ dos participantes envolvidos, o enquadramento resulta do consenso.

Até esta etapa, é possível perceber que o preconizado pela teoria foi realizado: a) ocorreu levantamento dos problemas (a partir de uma solicitação na técnica de *brainstorming*); b) foram agrupados os dados dos participantes sob a forma de *check list*; e, c) foram classificados nos “Ms” específicos, a partir da listagem.

¹⁵ “Ms”: Forma de agrupar todas as condições/situações resultantes das opiniões (durante a técnica *brainstorming*) e que determinam seu enquadramento como problema em um determinado processo. As condições/situações podem ser categorizadas, conforme autores de várias formas. WHITELEY (1992), sugere: mão-de-obra, máquinas, métodos, materiais ou procedimentos, pessoal, equipamentos e políticas; BERWICK (1994): mão-de-obra, máquinas, materiais, métodos e medições ou os “5Ps” (do inglês): patrons, places, process, person, provision; CAMPOS (1992) e BORBA (1997) apresentam: matéria prima ou materiais, máquinas, mão-de-obra, meio ambiente, métodos e medidas. A Revisão Bibliográfica detalha os conceitos nas páginas 50-53.

¹⁶ BERWICK (1994, p.79-91) relata a experiência semelhante com a equipe de trabalho de um hospital americano (Kaiser-Permanente).

Figura 16. Enquadramento dos Problemas nos “Ms” Específicos

M1 Materiais	Faltam medicamentos na farmácia; Falta material básico no almoxarifado; Falta material esterilizado no CME; Lavandaria não oferece vestuário na quantidade adequada, principalmente lençóis;
M2 Máquinas	Material permanente (esfigmomanômetro/estetoscópio/termômetro/pinças/tesouras) pouco; Material permanente (esfigmomanômetro/estetoscópio/termômetro/pinças/tesouras) obsoleto; Falta manutenção em cadeiras e macas;
M3 Mão-de-obra	Insegurança do profissional: desemprego e bio-segurança; Não há acompanhamento psicopedagógico ao funcionário; Número insuficiente de funcionários para atividades; Há necessidade de educação: - quanto a ética profissional; - conhecimento científico e técnico de enfermagem; Difícil relacionamento com Recursos Humanos (incompreensão); Porteiros não param na portaria; Pacientes na observação: atendimento com o mesmo pessoal.
M4 Meio ambiente	Acesso externo inadequado: rampa com buracos; Acesso externo inadequado: falta toldo; Acesso externo inadequado: declive perigoso; Falta crônica de leitos de internação; Setor de internação falta melhor acesso. Área física inadequada: portas pequenas; Área física inadequada: faltam salas específicas para: injeções/nebulizações/ higienização/enemas; Área física inadequada: falta, para enfermagem, sala de lanche/descanso/banheiro; Área física inadequada: labirinto; Área física inadequada: falta: pintura, troca de piso, cortinas.
M5 Métodos	Farmácia com excessiva burocracia; Laboratório não atende, adequadamente, nas urgências; Descuido com o lixo: alunos e funcionários; Fragilidade e insegurança nas relações interpessoais e profissionais; Descaso dos funcionários quanto a gastos com luz/água/telefone/uso de material básico; Falta de cuidado no manuseio de material permanente; Alunos da graduação de enfermagem, extremamente críticos, com o serviço; Ingerência, por parte de todos, nas funções de todos no grupo; Falta educação e orientação a todos quanto sua função específica; Problemas dos pacientes, não adequados ao setor, devem ser descentralizadas as ações; Ingerência médica na assistência de enfermagem Alta gerência: - não ouve ou soluciona, problemas apresentados, pelo grupo; - deixa aguardando por longo período os funcionários em sua ante-sala; - não assume dificuldades do setor: como regulamentação das internações; - não dialoga com funcionário e ainda desatenta nas observações destes; - imposições administrativas; - não informa, nas mudanças: quanto a estrutura física, objetivos, e estratégia para o futuro; - não assume resolução de problemas, específicos ou graves de pacientes; Não há padronização de técnicas e condutas; Portaria e recepção interferem na assistência de enfermagem, desrespeitam pacientes; Clientelismo; Omissão e negligência, dos profissionais, quando abuso da criança e da mulher; Falta privacidade, aos pacientes, nos consultórios; Não há educação continuada; Setor de referência no atendimento obstétrico inadequado; Descontinuidade na prestação de serviços; Prestação de serviços, muitas vezes, diferente das necessidades da população; Desatenção médica a queixas, em consultas, de funcionários e parentes; Paciente externo deveria trazer material descartável; Falta respeito ao paciente, por parte de todos, em relação ao idoso, crianças e grávidas; Profissional assume, fora de sua função, conseguir: medicamentos, roupa, materiais; Profissional de enfermagem indis põe-se com estagiários de medicina nos procedimentos, por não serem acompanhados pela preceptoria; Leitos de clínica médica, bloqueados quando paciente removido para outro hospital; Superlotação na Observação do SPA.
M6 Medidas	Remuneração salarial baixa; Plantão de 12 horas é cansativo.

Fonte: DEI SVALDI, 1999.

A partir do enquadramento nos ‘Ms’ específicos (Figura 16), procedeu-se ao seu ordenamento/agrupamento para facilitar o entendimento dos participantes, o que originou a Figura 17 – Folha de Verificação. A Folha de Verificação é resultado

do enquadramento dos problemas nos “Ms” específicos (ver Tabela 1 e Anexo 4), e teve a finalidade de sistematizar a apresentação dos problemas aos participantes, para ser por eles pontuados, no terceiro encontro. A ferramenta foi estruturada conforme a necessidade do processo a ser estudado. Como dado adicional (a partir da Figura 17), a Tabela 1 procura ilustrar, por meio das freqüências absoluta e relativa, em qual dos “Ms” distribuem-se os problemas apontados pelos participantes.

Tabela 1. Freqüência dos Problemas nos “Ms”

M	Freqüência Absoluta	Freqüência Relativa
Materiais - M1	4	6,45%
Máquinas - M2	3	4,84%
Mão-de-obra - M3	6	9,68%
Meio ambiente - M4	14	22,58%
Métodos - M5	33	53,23%
Medidas - M6	2	3,23%
Total	62	100%

Fonte: DEI SVALDI, 1999.

Observa-se, como primeiro dado, que o grupo de problemas com maior freqüência, localiza-se no M5 - **Métodos** totalizando **53,23%**. Este dado mostra-se significativo, pois é possível pensar em alguma ação na resolução dos problemas, por meio da adoção de medidas organizativas e gerenciais. Parece ser significativo e, até mesmo, fundamental para a organização do processo de atividade/produção da enfermagem, necessitando de serem trabalhados os métodos, o processo metodológico do dia-a-dia. Portanto, gerenciar, desta forma, já é abandonar, levando-se em consideração este dado, formas empíricas de resolver problemas. Este não é um fato isolado, mas próprio do cotidiano da enfermagem. Uma possível saída para isso seria modificá-lo, através da educação, do treinamento e da implantação de rotinas, métodos, técnicas e procedimentos para, assim, obter resultados mais positivos. Então, enfatizo, há necessidade de delimitar os problemas e conhecer o processo organizacional com clareza para encontrar a melhor solução de gerenciá-los.

No terceiro encontro com os participantes, foram apresentados os dados da Folha de Verificação (Figura 17), para serem pontuados. Este encontro foi realizado no dia 14 de junho de 1999, no SPA. Houve a distribuição individual dos formulários para serem trabalhados, além de ser realizada leitura de algumas orientações ao grupo, quanto: a) à necessidade de quantificar o formulário apresentado; b) ao limite de tempo para seu preenchimento; e, c) ao modo de preenchimento do formulário.

Figura 17- Folha de Verificação

INSTITUIÇÃO:	LOCAL:	DATA:
Materiais M1		PRIORIDADE / Pontuação
1. Faltam medicamentos na farmácia; 2. Falta material básico no almoxarifado; 3. Falta material esterilizado no CME; 4. Lavanderia não oferece vestuário na quantidade adequada, principalmente lençóis.		
Máquinas M2		PRIORIDADE / Pontuação
5. Material permanente (esfigmomanômetro/estetoscópio/termômetro/pinças/tesouras) pouco; 6. Material permanente (esfigmomanômetro/estetoscópio/termômetro/pinças/tesouras) obsoleto; 7. Falta manutenção em cadeiras e macas.		
Mão-de-obra M3		PRIORIDADE / Pontuação
8. Para o funcionário: 8.1 - não há acompanhamento psicológico ao funcionário; 8.2 - Insegurança do profissional: desemprego e bio-segurança; 8.3 - difícil relacionamento com Recursos Humanos; 8.4 - há necessidade de educação quanto a ética profissional; conhecimento científico e técnico; 9. Para as atividades: 9.1 - número insuficiente de funcionários para atividades, inclusive para atender observação 9.2 - porteiros não param na portaria.		
Meio ambiente M4		PRIORIDADE / Pontuação
10. Interna e externamente: 10.1 falta toldo 10.2 rampa com alto declive e buracos; 10.3 troca de piso; 10.4 cortinas; 10.5 portas pequenas; 10.6 pintura. 10.7 Labirinto 11. Falta área para funcionários: 11.1 lazer/descanso; 11.2 refeições; 11.3 banheiro. 12. Faltam salas para: 12.1 injeções/nebulizações; 12.2 higienização/enemas. 13. Faltam leitos de internação; 14. Falta melhor acesso ao setor de internação.		
Métodos M5		PRIORIDADE / Pontuação
15. Farmácia com excessiva burocracia; 16. Laboratório não atende solicitações com presteza; 17. Fragilidade e insegurança nas relações interpessoais e profissionais; 18. Descaso dos funcionários quanto a: 18.1 gastos com luz/água/telefone/material básico/lixo; 18.2 manuseio de material permanente; 19. Falta de educação e treinamento constante: 19.1 para funcionários exercerem a função específica; 19.2 ocorre Ingerência, por parte de todos, nas funções de todos no grupo; 19.3 portaria e recepção interferem na assistência de enfermagem; 19.4 ingerência médica na assistência de enfermagem; 19.5 graduandos de enfermagem, extremamente críticos/ descuido com lixo. 20. Ocorre clientelismo; 21. Alta gerência: 21.1 não ouve ou soluciona, problemas apresentados, pelo grupo; 21.2 deixa aguardando por longo período os funcionários em sua ante-sala; 21.3 não assume dificuldades do setor: como regulamentação das internações; 21.4 não assume resolução de problemas, específicos ou graves de pacientes; 21.5 imposições administrativas; 21.6 falta, nas mudanças informação quanto a área física, objetivos e estratégias; 21.7 não dialoga e é desatenta às observações dos funcionários. 22. os profissionais: 22.1 omissão e negligência, Quando há abuso da criança e da mulher; 22.2 falta respeito ao paciente, em relação ao idoso, crianças e grávidas. 23. Enfermagem: 23.1 assume obtenção de medicamentos, roupa, materiais, equipamentos; 23.2 indis põe-se com estagiários de medicina em procedimentos sem preceptoria; 24. SPA: 24.1 referência em obstetrícia, mas atendimento é inadequado; 24.2 descontinuidade na prestação de serviços; 24.3 prestação de serviços, muitas vezes, diferente das necessidades da população; 24.4 problemas dos pacientes, não adequados ao setor; 24.5 falta privacidade, aos pacientes, nos consultórios; 24.6 superlotação na observação; 24.7 paciente externo deveria trazer material descartável; 24.8 não há educação continuada; 24.9 falta de padronização de técnicas e condutas. 25. Leitos bloqueados na clínica médica, Quando paciente em outro hospital; 26. Desatenção médica a consultas de funcionários e familiares.		
Medidas M6		PRIORIDADE / Pontuação
27. Remuneração salarial baixa; 28. Plantão de 12 horas é cansativo.		

Fonte: DEI SVALDI, 1999.

Foram realizadas orientações específicas em que se mencionou: a) quais os grupos de problemas que emergiram com o uso do *brainstorming*; b) a necessidade de pontuar os grupos de problemas identificados nesta etapa (foi solicitado que fosse dada uma pontuação, de 1 a 10, sendo 1 para o item mais importante, 2 para o segundo mais importante e, assim, sucessivamente, priorizando aqueles que deveriam ser solucionados, antes dos demais); c) que fossem pontuados, no mínimo, 5 problemas e, no máximo, 10; e, d) que deveria, ainda, ser levado em consideração a possibilidade destes grupos de problemas agravarem-se.

Ao final, foram recolhidos os formulários, devidamente quantificados por cada participante. Realizei agradecimentos pela etapa cumprida. Com os formulários quantificados, procedi ao agrupamento dos problemas, considerando o valor atribuído. A Lista Priorizada (Tabela 2) apresenta a condensação das opiniões dos participantes. Os escores atribuídos aos grupos de problemas (oriundos da Folha de Verificação) foram reunidos em colunas representativas: **coluna A** (opinião dos participantes com atribuição de valor de 1 a 10 a cada um dos 28 grupos de problemas nos “Ms” específicos); **coluna B** (escores dos grupos de problemas conforme a ordem de importância determinada pelos participantes); **coluna S** – soma dos escores (identificando o total de pontos dos grupos de problemas como resultado da soma dos escores da coluna B); e, **coluna I** - Identificação do Grupo de Problemas (sistematiza os grupos de problemas em cada M, deixando especificado nos grupos, quais os relevantes e atribuindo-lhes um número identificador para facilitar seu manuseio, nas etapas posteriores).

Os escores atribuídos aos grupos de problemas pelos participantes estão apresentados na coluna **A**. A pontuação de cada item, apresentado na coluna **B**, foi obtida da seguinte forma: cada vez que um item aparecia como o mais importante ele recebeu 10 pontos, o segundo recebeu 9 e, assim por diante, com o intuito de ser achado um padrão para se comparar os diversos itens apontados. A seguir, realizei a soma dos escores da coluna **B**, estabelecendo o escore total do problema, representado pela coluna **S**. Na coluna **I**, foi sistematizado um número identificador do grupo de problemas. Saliento que os espaços em branco na tabela são consequência daqueles problemas que não foram pontuados e, portanto, foram descartados, nas etapas sucessivas.

Tabela 2. Lista Priorizada

Materiais M1				
	A	B	S	I
1. Faltam medicamentos na farmácia	10/3/10	1/8/1	10	1
2. Falta material básico no almoxarifado				2
3. Falta material esterilizado no CME				3
4. Lavanderia não oferece vestuário na quantidade adequada, principalmente lençóis	3	8	8	4
Máquinas M2				
	A	B	S	I
5. Equipamento (esfigmomanômetro/estetoscópio/termômetro/pinça/tesoura) pouco	2	9	9	5
6. Equipamento obsoleto	5/2	6/9	15	6
7. Falta manutenção em cadeiras e macas	1	10	10	7
Mão-de-obra M3				
	A	B	S	I
8. para o funcionário: 1. não há acompanhamento psicológico 2. sente insegurança profissional (desemprego, bio-segurança) 3. o relacionamento é difícil com os Recursos Humanos 4. falta educação quanto a: ética, conhecimento técnico e científico	4/2/6/10	7/9/5/1	22	8
9. desenvolvimento das atividades: 1. número insuficiente de funcionários para atividades 2. porteiros não param na portaria	6/3/4/8	5/8/7/3	23	9
Meio ambiente M4				
	A	B	S	I
10. externa e internamente: 1. falta toldo 2. rampa com alto declive e buracos 3. falta pintura 4. troca de piso 5. cortinas inadequadas 6. portas pequenas 7. labirinto	8/9	3/2	5	10
11. falta área para funcionários: 1. lazer/ descanso 2. refeições 3. banheiro	7/7	4/4	8	11
12. faltam salas para: 1. nebulizações/injeções 2. higiene/enemas				12
13. faltam leitos para internação	7	4	4	13
14. melhorar acesso ao setor de internação do hospital				14
Métodos M5				
	A	B	S	I
15. farmácia, excessiva burocracia	5	6	6	15
16. laboratório não atende solicitações com presteza	6	5	5	16
17. fragilidade e insegurança nas relações interpessoais e profissionais	9/1	2/10	12	17
18. funcionários não se preocupam com: 1 gastos: luz, água, telefone, material básico, lixo 2. manuseio de: material permanente	9	2	2	18
19. falta educação e treinamento continuado: 1. para funcionários exercerem funções específicas 2. ocorre ingerência de todos nas funções de todos 3. portaria e recepção interferem na assistência de enfermagem 4. ingerência médica na assistência de enfermagem 5. graduandos de enfermagem, excessivamente críticos/descuidado com lixo	4/5/6/3	7/6/5/8	26	19
20. ocorre clientelismo	8	3	3	20
21. alta gerência: 1. não ouve ou soluciona problemas apresentados pelo grupo 2. deixa por longos períodos funcionários aguardando em ante-sala 3. não assume dificuldades como: regulamentação das internações 4. não auxilia na resolução de problemas graves de pacientes 5. imposições administrativas 6. falta, nas mudanças, informação quanto a área física, objetivos, estratégias 7. não dialoga e é desatenta às observações dos funcionários	7/1	4/10	14	21
22. os profissionais: 1 são omissos e negligentes, Quando abuso da criança e da mulher 2. desrespeitam: crianças, grávidas e idosos	4	7	7	22
23. enfermagem: 1. assume: obtenção de medicamentos, roupas, materiais, equipamentos 2. indispõem-se c/estagiários de medicina em procedimentos sem preceptoría	8	3	3	23
24. SPA: 1. referência em assistência obstétrica, mas atendimento inadequado 2. freqüentemente, descontinua a prestação de serviço 3. prestação de serviço, diferente das necessidades da população 4. pacientes aportam com problemas não adequados ao setor 5. falta privacidade aos pacientes nos consultórios 6. superlotação de pacientes na observação 7. paciente externo deveriam trazer material descartável 8. falta crônica de leitos para internação 9. falta padronização de técnicas e condutas	1/5/2	10/6/9	25	24
25. leitos bloqueados na clínica médica, quando paciente em outro hospital				25
26. desatenção médica a consultas de funcionários e familiares				26
Medidas M6				
	A	B	S	I
27. remuneração salarial baixa	10	1	1	27
28. plantão de 12 horas cansativo	9	2	2	28

Fonte: DEI SVALDI, 1999.

Após, com os escores obtidos na Lista Priorizada (Tabela 2), foi construída a Tabela 3 – Aplicação da Classificação de Pareto aos Grupos de Problemas, colocando os mesmos em ordem decrescente da soma dos escores obtidos. Na primeira coluna (**identificação**), está o número identificador dos grupos de problemas; na segunda coluna (**soma**), está o escore obtido; na terceira coluna (**%/item**), mostra-se a porcentagem de cada grupo de problemas; na quarta coluna (**%acumulado**), o percentual acumulado que vai definir as classes de Pareto; na quinta coluna (**%/classe**), o percentual de cada uma das classes de Pareto; na sexta coluna (**% de itens**), o percentual de itens (grupos de problemas) que constituem cada uma das classes de Pareto; e na sétima coluna (**classe**), a definição da classe de Pareto a que pertencem os grupos de problemas.

Tabela 3. Aplicação da Classificação de Pareto aos Grupos de Problemas

Identificação	Soma	%/item	%acumulado	%/classe	% de itens	Classe
19	26	11,82	11,82			A
24	25	11,36	23,18			
9	23	10,45	33,63			
8	22	10,00	43,63			
6	15	6,82	50,45			
21	14	6,37	56,82	56,82	21,43	
17	12	5,45	62,27			B
7	10	4,55	66,82			
1	10	4,55	71,37			
5	9	4,09	75,46			
4	8	3,64	79,10			
11	8	3,64	82,74			
22	7	3,18	85,92			
15	6	2,73	88,65			
10	5	2,27	90,92	34,10	32,14	
16	5	2,27	93,19			
13	4	1,82	95,01			
20	3	1,36	96,37			
23	3	1,36	97,73			
18	2	0,91	98,64			
28	2	0,91	99,55			
27	1	0,45	100,00			
2	0	0,00	100,00			
3	0	0,00	100,00			
12	0	0,00	100,00			
14	0	0,00	100,00			
25	0	0,00	100,00			
26	0	0,00	100,00	9,08	46,43	
Totais	220	100,00		100,00	100,00	

Fonte: DEI SVALDI, 1999.

Legendas:

- % por item: freqüência relativa dos pontos do grupo pelo total de pontos de todos os grupos;
- % acumulado: freqüência relativa acumulada;
- % classe: determina o limite das freqüências relativas para classificação na Curva de Pareto.
- % de itens: freqüência relativa dos itens que compõe cada classe da Curva de Pareto.
- Classe: enquadramento dos grupos de causas nas classes (A,B,C) de acordo com a relação entre o % da classe e o % de itens.

Com a Aplicação da Classificação de Pareto aos Grupos de Problemas (Tabela 3), observou-se, em ordem decrescente de pontuação, que os grupos de problemas com maior porcentagem, apontados na **Classe A**, foram: **19** (11,82% refere-se à falta de educação e treinamentos continuados), **24** (11,36% refere-se às condições do SPA), **9** (10,45% refere-se à mão-de-obra para o desenvolvimento das atividades), **8** (10,00% refere-se às condições de trabalho), **6** (6,82% refere-se à obsolescência dos equipamentos), e **21** (6,37% refere-se à atuação da alta gerência). Estes, conforme Classificação de Pareto¹⁷, somam 56,82% da prioridade definida pelos participantes e contêm 21,43% dos grupos de problemas. Portanto, estes são grupos de problemas que indicam a necessidade de controle minucioso e constante.

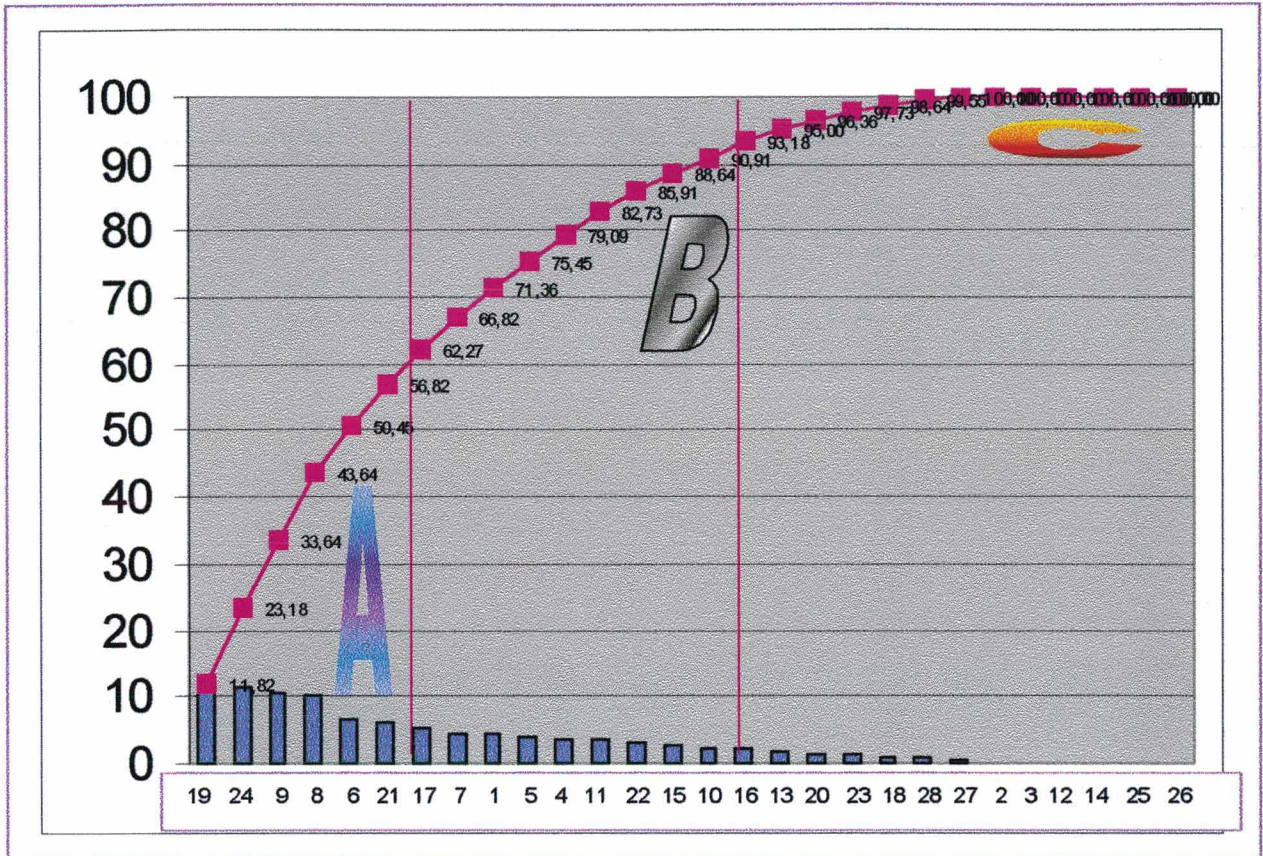
Mesmo que a Classe A contenha o menor número de grupos de problemas, estes são os que necessitam maior controle, pois foram os mais pontuados nesta etapa de classificação. A **Classe B** ficou com 34,10% da prioridade definida pelos participantes e correspondendo a 32,14% dos grupos de problemas. Este grupo necessita de tratamento moderado, não sendo, portanto, tão urgente a sua resolução. A **Classe C** apresenta-se com 9,08% das prioridades definidas pelos participantes e corresponde a 46,43% dos grupos de problemas e necessita de controles mais simples. Aqui, reafirma-se o que diz o Princípio de Pareto para separar em classes: “**os poucos e vitais; e os muitos e triviais**”, sendo os primeiros relativos à Classe A e os últimos os da Classe C, (CAMPOS;1992, p.199).

Da Aplicação da Classificação de Pareto aos Grupos de Problemas (Tabela 3) resultou o Gráfico de Pareto (Gráfico 1). A elaboração deste gráfico teve a intenção de representar os dados quanto à sua prioridade e volume em relação aos grupos de problemas da classificação A, B, C.

¹⁷ Classificação de Pareto:

Classes	% prioridade	% de grupos de problemas
A	≥ 60%	± 20%
B	20 a 30%	20 a 30%
C	± 10%	± 50%

Gráfico 1. Gráfico de Pareto



Fonte: DEI SVALDI, 1999.

A classificação realizada, até esta etapa, teve por finalidade destacar os grupos de problemas mais significativos (“os poucos e vitais”). Resultaram, então, como prioritários, os grupos de problemas da Classe A.

Com esta ação, resumiram-se os **62 problemas iniciais** gerados no “brainstorming”, que foram agrupados nos “Ms” específicos e que **determinaram 28 grupos de problemas**. Destes 28 grupos de problemas, pela Classificação de Pareto, definiram-se apenas **6 grupos de problemas** da Classe A que representam 21,43% da quantidade de grupos de problemas e 56,82% de prioridade para os participantes. Os seis grupos de problemas da Classe A estão identificados com os números 19, 24, 9, 8, 6 e 21, conforme as Tabelas 2 e 3. Os grupos de problemas das Classes B e C foram, para efeitos deste trabalho, deixados à margem, devido ao grande volume e escassa importância atribuída.

Com os seis grupos de problemas da Classe A elaborei a Figura 18 - Planilha dos Grupos de Problemas da Classe A, a partir da qual pretendia que os

participantes reapreciassem os grupos de problemas, mas, agora, limitados aos da Classe A.

O quarto encontro ocorreu no dia 28 de junho 1999, no SPA. A partir deste encontro, os participantes trabalharam apenas com os seis grupos de problemas da Classe A. Cada um destes seis grupos continha um ou mais problemas, **gerando uma nova condição de análise, com 28 problemas**. Estes vinte e oito problemas decorrentes dos **seis grupos de problemas identificados** são: (a) referente ao M5 – **métodos** o **19** (5 problemas), **24** (9 problemas) e **21** (7 problemas); (b) referentes ao M3 – mão-de-obra **9** (2 problemas) e **8** (4 problemas); e, (c) referente ao M2 – máquinas, **6** (1 problema).

Uma vez definida a nova condição de detalhamento dos seis grupos de problemas totalizando 28 problemas referentes à Classe A, apresentei a Planilha dos Grupos de Problemas da Classe A (Figura 18), com a qual seriam continuados os trabalhos. Expliquei, como finalidade desta etapa, que continuaríamos aplicando escores aos problemas, a fim de verificar quais seriam os apontados como os mais prioritários dentro da Classe A inicial.

Ao distribuir a Planilha dos Grupos de Problemas da Classe A (Figura 18), realizei algumas orientações específicas: a) informações sobre grupos de problemas considerados prioritários do SPA (emergidos da Aplicação da Classificação de Pareto aos Grupos de Problemas e apresentados no Gráfico de Pareto); b) que, nesta nova etapa, a exemplo da anteriormente realizada, era importante que fosse dada uma pontuação de 1 a 10 para os problemas da Planilha (1 para o mais importante, 2 para o segundo mais importante e, assim, sucessivamente), priorizando, assim, aqueles que deveriam ser solucionados antes dos demais; c) que havia necessidade, em uma amostra pequena, de serem pontuadas, de 1 a 10, cada uma das três colunas; d) que os problemas, agora, apresentavam-se dispostos em seqüência do número 01 ao 28; e, por fim, e) que era necessário ser levado em consideração a aplicação da técnica **GUT** (onde G = **Gravidade**, U = **Urgência** e T = **Tendência**).

Figura 18. Planilha dos Grupos de Problemas da Classe A

Métodos – M5				
Grupo de Problemas	Problemas	G	U	T
19. Grupo percebe falta educação e treinamento continuado	1. para funcionários exercerem funções específicas 2. ocorre ingerência de todos nas funções de todos 3. portaria e recepção interferem na assistência de enfermagem 4. ingerência médica na assistência de enfermagem 5. graduandos de enfermagem excessivamente críticos			
24. O SPA	6. referência em assistência obstétrica com atendimento inadequado 7. freqüentemente é descontínua a prestação dos serviços 8. prestação de serviço é diferente das necessidades da população 9. pacientes aportam com problemas não adequados ao setor 10. falta de privacidade aos pacientes, nos consultórios 11. superlotação de pacientes na observação 12. paciente externo deveria trazer material descartável 13. falta crônica de leitos para internação 14. falta padronização de técnicas e condutas			
21. Alta Gerência	15. não ouve ou soluciona problemas apresentados pelo grupo 16. deixa, por longos períodos, funcionários aguardando em ante-sala 17. não assume dificuldades como: regulamentação das internações 18. não auxilia na resolução de problemas graves de pacientes 19. imposições administrativas 20. falta de informações quanto a área física, objetivos e estratégia 21. não dialoga e é desatenta às observações dos funcionários			
Mão-de-obra – M3				
Grupo de Problemas	Problemas	G	U	T
9. Desenvolvimento de atividades	22. número insuficiente de funcionários para atividades 23. porteiros não param na portaria			
8. Funcionários	24. não há acompanhamento psicológico 25. sentem insegurança profissional (desemprego, bio-segurança) 26. relacionamento difícil com os Recursos Humanos 27. falta educação quanto a: ética, conhecimento técnico e científico			
Máquinas – M2				
Grupo de Problemas	Problemas	G	U	T
6. Equipamentos	28. equipamentos obsoletos			

Fonte: DEI SVALDI, 1999.

Após, com os escores definidos por cada um dos participantes, realizei o agrupamento dos dados, em tabela específica (Tabela 4 - Tabela com Pontuação dos Problemas com a Técnica GUT). A finalidade desta tabela foi o de resumir os dados quantificados, levando em consideração a técnica GUT. Esta tabela considera a nova numeração que cada problema assumiu, a partir da Planilha dos Grupos de Problemas da Classe A (Figura 18), com a classificação nas Classes de Pareto.

Tabela 4. Tabela com Pontuação dos Problemas com a Técnica GUT

Métodos – M5				
Grupo de Problemas	Problemas	G	U	T
19. Grupo percebe falta educação e treinamento continuado	1. para funcionários exercerem funções específicas	4	3	6
	2. ocorre ingerência de todos nas funções de todos	6	6	10
	3. portaria e recepção interferem na assistência de enfermagem	1/2	1/6	1/3
	4. ingerência médica na assistência de enfermagem	5	7	5
	5. graduandos de enfermagem excessivamente críticos	---	---	---
24. O SPA	6. referência em assistência obstétrica c/atendimento inadequado	8/4/3	7/4/8	8/4/4
	7. freqüentemente é descontínua a prestação dos serviços	10	10	1
	8. prestação de serviço diferente das necessidades da população	5/3	2/3	1/3
	9. pacientes aportam com problemas não adequados ao setor	9	9	2
	10. falta privacidade, aos pacientes, nos consultórios	9	9	10
	11. superlotação de pacientes na observação	5/3	5/5	5/3
	12. paciente externo deveria trazer material descartável	---	---	---
	13. falta crônica de leitos para internação	10/9/1	10/6/4	9/9/4
	14. falta padronização de técnicas e condutas	6/6	2/5	2/9
21. Alta Gerência	15. não ouve ou soluciona problemas apresentados pelo grupo	1/7	1/1	3/1
	16. deixa, por longos períodos, funcionários aguardando em ante-sala	2	9	6
	17. não assume dificuldades como: regulamentação das internações	7/7	5/7	4/7
	18. não auxilia na resolução de problemas graves de pacientes	---	---	---
	19. imposições administrativas	8/4	8/2	8/2
	20. falta de informações quanto a área física, objetivos e estratégia	2/10	8/10	5/8
	21. não dialoga e é desatenta às observações dos funcionários	2/1	1/4	9/6
Mão-de-obra – M3				
Grupo de Problemas	Problemas	G	U	T
9. Desenvolvimento de atividades	22. número insuficiente de funcionários para atividades	3	3	2
	23. porteiros não param na portaria	7/8	7/3	7/7
8. Funcionários	24. não há acompanhamento psicológico	---	---	---
	25. sentem insegurança profissional (desemprego, bio-segurança)	10	10	10
	26. relacionamento difícil com os Recursos Humanos	---	---	---
	27. Falta educação quanto à ética, conhecimento técnico e Científico	9/8/6	9/8/6	6/8/5
Máquinas – M2				
Grupo de Problemas	Problemas	G	U	T
6. Equipamentos	28. equipamentos obsoletos	4/5	4/2	7/10

Fonte: DEI SVALDI, 1999.

Legenda: --- indica os problemas que não foram pontuados.

Levando em consideração a Tabela 4 e, especificamente, a coluna Pontos da Tabela 6, é possível, na Tabela - 5, verificar que os Grupos de Problemas nos 'Ms' específicos indicam os Métodos (89,09%) como os mais afetados.

Tabela 5. Prioridade dos Grupos de Problemas por "M" específico

Grupos de Problemas	Pontos	% (pontos/total)x100	% do M específico	M específico
Falta educação e treinamento continuado	5579	16,50		
SPA	14479	42,81		
Alta Gerência	10071	29,78	89,09	métodos
Desenvolvimento das Atividades	1248	3,69		
Funcionários	1401	4,14	7,83	mão-de-obra
Equipamentos	1040	3,08	3,08	máquinas

Fonte: DEI SVALDI, 1999.

Já, na Tabela 6 (Tabulação dos Pontos e Posição dos Problemas com GUT), decorrente dos dados anteriores, forneci o número dez para o problema mais importante, o nove para o segundo mais importante e, assim, sucessivamente¹⁸. A tabela apresenta, na primeira coluna, o **número** identificador dos problemas; na segunda coluna, a Gravidade (**G**); na terceira coluna, a Urgência (**U**); na quarta coluna, a Tendência (**T**); na quinta coluna, os **pontos** obtidos (multiplicação dos escores resultantes); na sexta coluna, a **posição** (resulta da ordem decrescente da pontuação obtida pelo problema); na sétima coluna, **desempate** (foi usado para obter o critério de ordenação dos problemas, da seguinte forma: a maior quantidade apresentada de números um (1) ou dois (2) na pontuação do problema).

Tabela 6. Tabulação dos Pontos e Posição dos Problemas com GUT

Número	G	U	T	Pontos	Posição	Desempate
1	7	8	5	280	16	---
2	5	5	1	25	20	---
3	19	15	18	5130	1	---
4	6	4	6	144	17	---
6	18	14	17	4284	4	---
7	1	1	10	10	21	---
8	14	17	18	4284	3	1X1
9	2	2	9	36	19	---
10	2	2	1	4	22	---
11	14	12	14	2352	5	---
13	13	13	11	1859	7	---
14	10	15	11	1650	8	---
15	14	20	18	5040	2	---
16	9	2	5	90	18	---
17	8	10	11	880	12	---
19	10	12	12	1440	9	---
20	10	4	9	360	15	---
21	19	17	7	2261	6	---
22	8	8	9	576	14	---
23	7	12	8	672	13	---
25	1	1	1	1	23	---
27	10	10	14	1400	10	---
28	13	16	5	1040	11	---
Totais				33818		

Fonte: DEI SVALDI, 1999.

Legendas:

- Gravidade, Urgência, Tendência: com a indicação dos pontos, por cada um dos participantes e considerando as respectivas prioridades, transformei tais alternativas em pontos conforme o critério:

Prioridade	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pontos	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1

- No caso de duas ou mais opções num item do GUT (ver problema 6 na Tabela 4), somam-se os pontos de cada critério (ver colunas G,U,T, do mesmo problema 6 na Tabela 6) e, após procede-se a multiplicação que indicou a pontuação (coluna pontos da Tabela 6) de cada problema.

- A posição indica a ordem decrescente da pontuação obtida pelo problema.

- Os problemas 5, 12, 18, 24 e 26 não foram pontuados e serão abandonados.

¹⁸ Não existe forma totalmente aceita de dizer que valor atribuir a cada problema em função de sua prioridade. As escalas tradicionais trabalham, normalmente, com o número de 5 problemas, logo uma tabela representativa teria o padrão expresso como da FIG. 8 - Aplicação da Técnica GUT. Verificar, ainda, BERWICK (1994), p. 55.

Após a tabulação dos dados repete-se a seqüência de passos adotados para uso da Classificação de Pareto. Na primeira coluna (**número**), está o número identificador do problema; na segunda coluna (**soma**), está o escore de cada problema; na terceira coluna (**%/item**), mostra-se a porcentagem (=1/23) de cada problema; na quarta coluna (**% pontos**), o percentual de cada problema (por exemplo, problema 3 = 5130/33818); na quinta coluna (**%acumul**), o percentual acumulado dos pontos e que vai definir as Classes de Pareto; na sexta coluna (**% de itens**), o percentual de problemas que constituem cada uma das Classes de Pareto; na sétima coluna (**%/classe**), o percentual de cada uma das Classes de Pareto; e, na oitava coluna (**classe**), a definição da Classe de Pareto a que pertencem os problemas.

Tabela 7. Tabulação dos Problemas em Classes de Pareto

Número	Soma	%/item	%pontos	%acumul	% de itens	%/classe	classe
3	5130	4,35	15,17	15,17			A
15	5040	4,35	14,9	30,07			
8	4284	4,35	12,67	42,74			
6	4284	4,35	12,67	55,41			
11	2352	4,35	6,95	62,36	21,74	62,36	
21	2261	4,35	6,69	69,05			B
13	1859	4,35	5,5	74,55			
14	1650	4,35	4,88	79,43			
19	1440	4,35	4,26	83,69			
27	1400	4,35	4,14	87,83			
28	1040	4,35	3,08	90,91			
17	880	4,35	2,6	93,51	30,43	31,15	
23	672	4,35	1,99	95,50			C
22	576	4,35	1,7	97,20			
20	360	4,35	1,06	98,26			
1	280	4,35	0,83	99,09			
4	144	4,35	0,43	99,52			
16	90	4,35	0,27	99,79			
9	36	4,35	0,11	99,90			
2	25	4,35	0,07	99,93			
7	10	4,35	0,03	100,00			
10	4	4,35	0,00	100,00			
25	1	4,35	0,00	100,00	47,83	6,5	
	33818	100,00	100,00				

Fonte: DEI SVALDI, 1999.

Neste momento, é necessário, ainda que de forma adicional, destacar os dados em porcentagem, após agrupamentos dos problemas priorizados pela Técnica GUT, não mais em relação aos 23 (eram 28, mas 5 foram abandonados) problemas listados, mas a quem está afeta a sua origem:

- problemas relacionados à Alta Gerência (15, 3, 21, 8, 6, 11, 14, 13, 19, 28, 22, 17, 23, 20, 16, 4, 2) representam 94,89%;
- problemas relacionados ao SPA (8, 6, 11, 14, 13, 28, 22, 27, 1, 25) representam 52,42%; e,
- problemas relacionados a pacientes/clientes (7, 9, 10) representam 0,14%.

É necessário explicar que, a soma dos problemas a quem os mesmos estão afetos ultrapassa o percentual de 100%, porque existem problemas relacionados tanto ao serviço quanto a alta gerência na sua origem.

Os resultados da Tabela 7 são resumidos na Tabela 8 para mostrar a relação existente entre os percentuais de problemas e as prioridades definidas em função das Classes de Pareto.

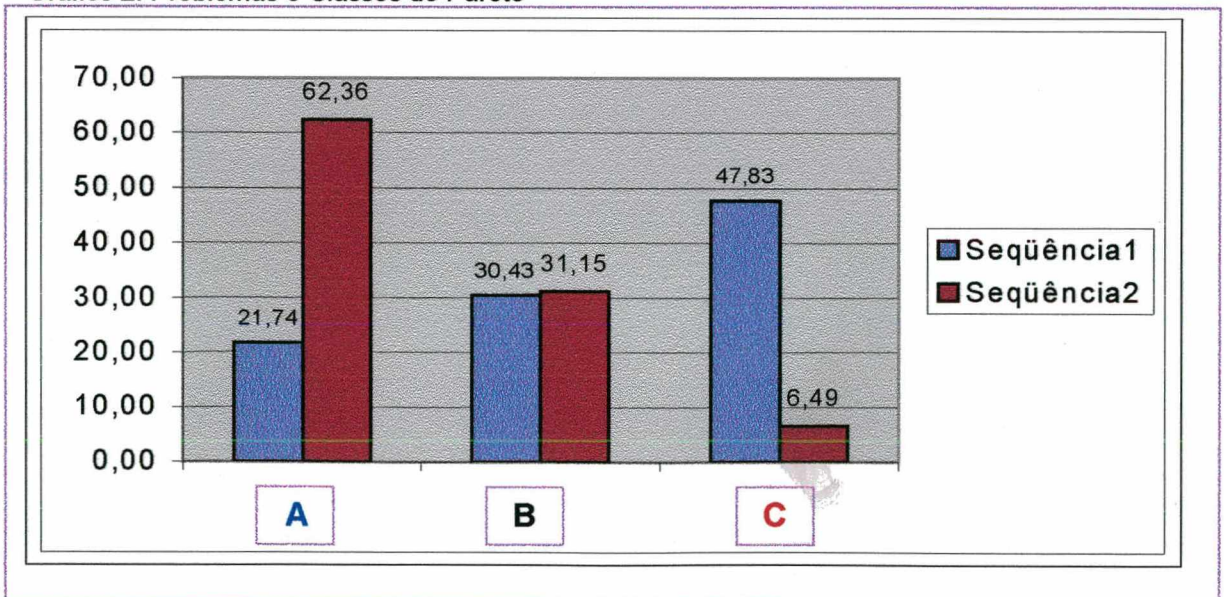
Tabela 8. Tabulação dos Problemas nas Classes de Pareto

	A	B	C
% de itens	21,74	30,43	47,83
% de prioridade	62,36	31,15	6,50

Fonte: DEI SVALDI, 1999.

O Gráfico 2 mostra os mesmos dados da Tabela 8 para reforçar a relação das diferentes Classes de Pareto, com ênfase na Classe A – **os poucos e vitais**. É necessário, ainda, esclarecer que são usadas duas seqüências: a seqüência 1 mostra a porcentagem de problemas por classe de Pareto; e, a seqüência 2 mostra a porcentagem de prioridade atribuída aos problemas.

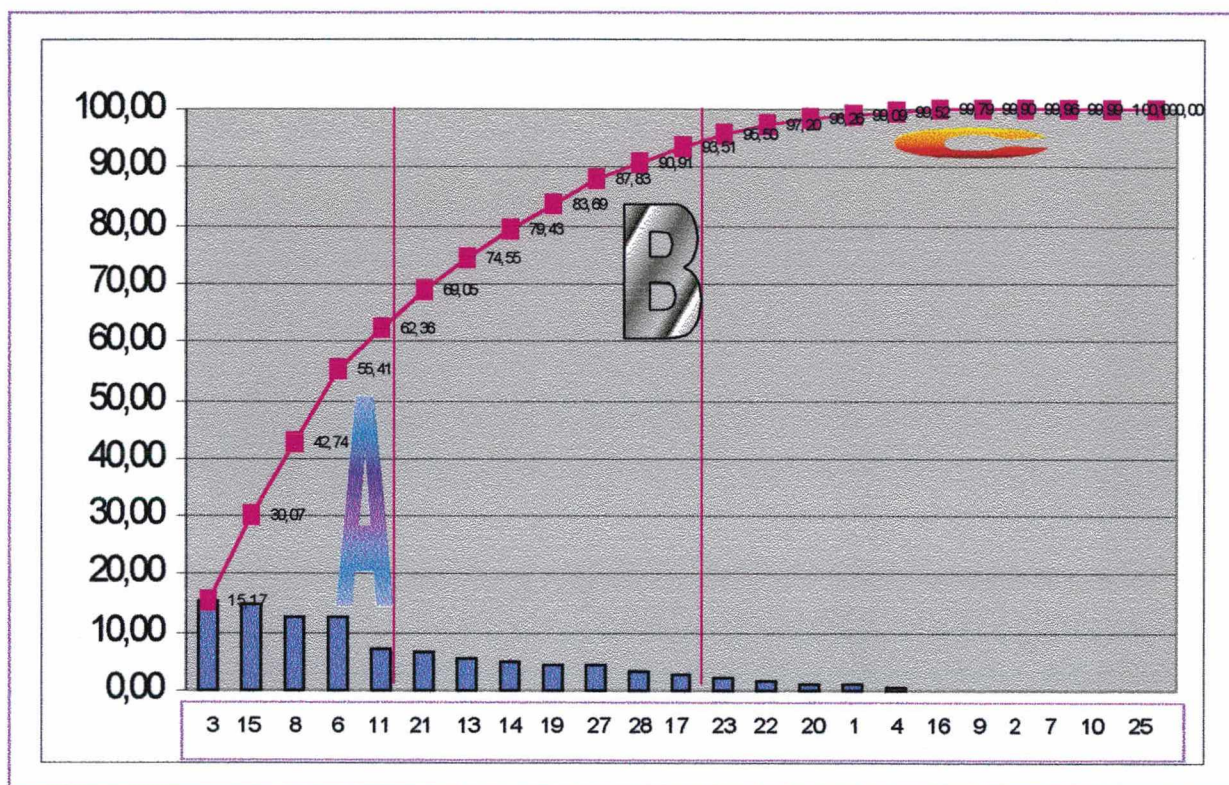
Gráfico 2. Problemas e Classes de Pareto



Fonte: DEI SVALDI, 1999.

O Gráfico 3 mostra os mesmos dados do Gráfico 1 para reforçar a relação das diferentes Classes de Pareto, com ênfase na Classe A. É necessário, ainda, esclarecer que a visualização gráfica permite identificar a forma decrescente da porcentagem de problemas, em relação à prioridade crescente dos problemas.

Gráfico 3. Gráfico de Pareto



Fonte: Dei Svaldi, 1999.

Assim, após o uso de um método, várias ferramentas e técnicas de Qualidade em diferentes etapas do processo metodológico, foram selecionados os cinco problemas prioritários (conforme a Tabela 7), obtidos com a classificação de Pareto, abaixo relacionados:

(3) falta educação e treinamento continuado - portaria e recepção interferem na assistência de enfermagem;

(15) alta gerência - não ouve ou não soluciona problemas apresentados pelo grupo;

(8) SPA - a prestação de serviços é diferente das necessidades da população;

(6) SPA - é referência em assistência obstétrica, mas o atendimento é inadequado; e,

(11) SPA - superlotação de pacientes na observação.

Uma vez identificados os cinco problemas prioritários, realizei o quinto encontro com os participantes, no dia 13 de julho de 1999, no SPA. Este encontro foi marcado por dois momentos:

1º) apresentar os cinco problemas priorizados pelos participantes e o método (MASP) de trabalho desta etapa; e,

2º) refletir com os participantes quanto à metodologia utilizada (ferramentas, técnicas e método de GQT) e suas impressões e avaliações sobre o processo usado.

Para o primeiro momento do quinto encontro, visando utilizar o MASP, foram feitas as seguintes orientações aos participantes: a) que a escolha de um dos cinco problemas prioritários para aplicar o MASP era livre; b) que o problema escolhido seria trabalhado até a fase 4 (Plano de Ação) do MASP; c) e que o planejamento sugerido pelos participantes seria encaminhado à alta gerência que poderia avaliar a possibilidade de continuidade ou não das outras fases do MASP.

O grupo reunido discutiu e decidiu que, dos cinco problemas apontados como prioritários, o que mais os afetava no dia-a-dia, era o problema oito: **“a prestação de serviços do setor difere das necessidades da população”**.

Cabe esclarecer que a seqüência de passos do MASP não foi totalmente aplicada no problema selecionado, porque necessitaria da aprovação da alta gerência e, ainda, sua aplicação demandaria mais tempo para a continuidade do trabalho, quando, então, ocorreriam as quatro últimas fases - **Ação, Verificação, Padronização e Conclusão**.

Como já frisei, obviamente, a realização de toda esta seqüência demandaria muito tempo e, por se tratar de um trabalho acadêmico, com objetivo determinado, de apenas aplicar o MASP com os participantes do projeto, considerei ser suficiente seu encerramento desta forma. Enfatizo, ainda, que a organização

estudada já possui seus próprios mecanismos gerenciais e uma maior interferência, neste momento, poderia ser pouco ética.

Uma vez realizada a seleção do problema pelos participantes, ocorreu a aplicação específica das etapas do MASP, conforme a Figura 19 – Roteiro das Fases do MASP.

Figura 19. Roteiro de Fases do MASP

1. Identificação do Problema	2. Observação do Problema
Reconhecer e delimitar importância do problema, com os 5W: Why (por que?), Where (onde?), Who (quem?), When (quando?), What (o quê?) e 1 H: How (como?).	Investigar/descobrir os fatores causais, com estratificação em quatro pontos: tempo (hora, dia, semana, mês, turno, horários, diurno/noturno), tipo (materiais, produtos ou serviços), local (área, posição, equipamentos), sintomas (danos, defeitos, ocorrência)
3. Análise do Problema	4. Plano de Ação
Comparar com rotina/padrões, com o uso dos 'Ms' específicos (materiais, medidas, métodos, meio-ambiente, máquinas, mão-de-obra).	Planejar e operacionalizar a ação, através dos 5W: Why (por que será feito?), Where (onde será feito?), Who (quem fará?), When (quando será feito?), What (o quê será feito?) e 1 H: How (como será feito?).
5. Ação	6. Verificação da Ação
7. Padronização da Ação	8. Conclusão

Fonte: BORBA (1997, p.29).

Com o propósito de demonstrar a aplicabilidade do processo, eu (como responsável pelo trabalho) e os participantes discutimos amplamente as fases do roteiro do MASP. Isto favoreceu encaminhar, com este método, uma possível solução ao problema, definido como representativo das dificuldades no SPA: **a prestação de serviços do setor difere das necessidades da população.**

A este problema foram aplicadas as quatro fases iniciais do MASP: **Identificação, Observação, Análise e Plano de Ação**, observando-se o detalhamento de cada fase, na Figura 19; cuja aplicação está detalhada na Figura 20.

Figura 20. Aplicação das Fases Iniciais do MASP ao Problema

Fase 1 – Identificação do Problema
Os pacientes/clientes da população local e regional que demandam ao SPA esperam encontrar resolutividade para as alterações em sua saúde, principalmente nas áreas de pediatria, puericultura e clínica médica, tanto no curto prazo, quanto terem a possibilidade de engajamento ao sistema ambulatorial.
Fase 2 – Observação do Problema
<ul style="list-style-type: none"> - No Posto do INAMPS encontram imensas filas com poucas especialidades e, geralmente, muitos médicos em férias. As filas formam-se na madrugada. Os pacientes/clientes que não encontram atendimento retornam ao SPA. - No ambulatório do HU, pacientes/clientes relatam que possui poucas especialidades e poucas consultas à disposição. Geralmente, ocorre falta de consultas nas áreas de gastroenterologia, neurologia e dermatologia. Os pacientes/clientes que não encontram atendimento retornam ao SPA. - Os postos de saúde do município, por não terem (a maioria deles) atendimento contínuo e especializado, geram excedentes (pacientes/clientes) que concentram, então, suas demandas no SPA.
Fase 3 – Análise do Problema
<ul style="list-style-type: none"> - Falta de orientação, à população, sobre as atividades do SPA, Pronto Socorro (OS) e Ambulatórios existentes na comunidade; - Desarticulação local e regional entre os diferentes serviços e níveis de atenção à saúde; - Pacientes/Clientes desconhecem os serviços prestados e a real capacidade de resolução de seus problemas no SPA; - Pacientes/Clientes buscam resolução imediata para as alterações de saúde e esperam permanecer engajados no sistema ambulatorial, o que lhes abriria a possibilidade de enfrentamento no futuro próximo; - O SPA encaminha os pacientes com doenças crônicas, para o Posto do INAMPS ou aos ambulatórios do HU que, ao não possibilitarem imediato acesso, geram retornos não programados.
Fase 4 - Plano de Ação
<p>a) Quanto ao sistema de saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - no HU: discutir com a administração os fatos e os dados levantados pelo estudo; - na Secretaria Municipal de Saúde (SMS): apresentar os fatos e dados levantados pelo estudo e discutir a questão da articulação dos diferentes serviços e níveis de saúde; - no Conselho Municipal de Saúde (CMS): apresentar os fatos e dados levantados pelo estudo e discutir a questão da articulação dos diferentes serviços e níveis de saúde; - na Comunidade: divulgar os resultados do estudo, para chamar atenção da população quanto aos serviços disponíveis. <p>b) Quanto às ações da Direção do HU:</p> <ul style="list-style-type: none"> - estudar a sistemática gerencial de implementação da assistência prestada pelo serviço médico e de enfermagem (incluindo questões como: ampliação das especialidades oferecidas e volume de consultas no Serviço de Ambulatório; políticas de estímulos à produtividade para contornar problemas com o desagendamento, entre outras); <p>c) Quanto às ações da Diretoria de Enfermagem do HU:</p> <ul style="list-style-type: none"> - discutir com os fatos e os dados levantados pelo estudo; - produzir estudos em outros setores do HU; - propor atividades de educação continuada e treinamento em serviço, envolvendo temas relativos à assistência de enfermagem e à gerência dos serviços coordenados pelos profissionais de enfermagem; <p>d) Quanto às ações nos Cursos de Enfermagem (no 3º grau: Graduação e Especialização; e, no 2º grau: auxiliar e técnico):</p> <ul style="list-style-type: none"> - discutir com estes, os fatos e os dados levantados pelo estudo; - estimular outros estudos em outros setores do HU e em serviços da comunidade; - propor cursos (curta duração) de educação continuada e treinamento em serviço, envolvendo temas relativos à assistência de enfermagem e à gerência dos serviços coordenados pelos profissionais de enfermagem.

Fonte: DEI SVALDI, 1999.

A seguir, apresento o detalhamento de um dos itens da Fase 4 (Plano de Ação) do MASP - Sistema de Saúde no HU. Os participantes entenderam que a escolha deste item permitiria o seu detalhamento (Figura 21), pois os demais, além de ultrapassarem os limites de ação da responsável pelo trabalho, exigiriam a imediata atuação da alta gerência.

Figura 21. Detalhamento de item do Plano de Ação

Plano de Ação	Item – Sistema de Saúde no HU
O que será feito?	Discutir com a administração os fatos e os dados levantados pelo estudo.
Quando será feito?	Após o levantamento dos dados do estudo-piloto e organização do encontro com a Direção do HU, juntamente com a equipe de enfermagem envolvida no estudo.
Quem fará?	A responsável pelo estudo com a participação dos profissionais de enfermagem abrangidos no estudo-piloto.
Onde será feito?	Em reunião específica junto à Direção do HU.
Como será feito?	A exposição será realizada pela responsável pelo estudo, com apresentação das etapas e dos dados resultantes.
Por que será feito?	Dar ciência à Direção do HU da sobrecarga nas atividades do SPA, pelo acúmulo de demanda e baixa resolutividade dos serviços de saúde (intra-HU e municipal)

Fonte: DEI SVALDI, 1999.

4.2 - Análise dos Resultados

No trabalho empreendido, a metodologia prevista foi realizada. O processo metodológico desenvolveu-se da seguinte forma:

1) **Brainstorming** não estruturado - o grupo descreveu muitos dos problemas que os afetavam, sem dificuldade e em 20 minutos, aproximadamente, o que resultou em um grande *chek list* (Figura 15). Mostrou-se, desta forma, o quanto os membros da equipe de enfermagem são conhecedores do processo produtivo;

2) **Folha de Verificação** - sua elaboração foi uma etapa essencialmente realizada por mim, na qualidade de responsável pelo estudo. A classificação fez-se com a inclusão de cada um dos problemas no "M" específico, como etapa obrigatória para classificá-los, preparando-os, assim, para a etapa seguinte, correspondente ao GUT;

3) **GUT** - momento em que o grupo recebeu, juntamente com a Folha de Verificação, orientações, por escrito, de como quantificar os problemas. Foi uma etapa de desenvolvimento rápido porque o grupo, claramente, reconheceu a listagem produzida sobre o processo produtivo. Então, por entender o processo de atividade/produção, possuía amplas condições de quantificar quais os problemas que necessitavam de rápida resolução, em sua visão, levando em consideração a Gravidade, Urgência, Tendência;

4) **Gráfico de Pareto** - após aplicar a técnica GUT sobre os problemas, os dados resultantes foram submetidos à Classificação de Pareto. Desta aplicação, resultaram alguns problemas prioritários que, ao serem levados aos componentes do grupo, não suscitaram maior surpresa, porque estes, por conhecerem o processo,

sabiam, de certa forma, o que deveria ser melhorado e o uso dessa metodologia somente veio a reforçar.

Cabe ressaltar que como prioritários, resultaram 5 problemas, o que se mostra em conformidade com o preconizado por BORBA (1997) que recomenda que seja isolado, no máximo 5, para serem trabalhados. Outro ponto fundamental representado na Tabela 7 – Tabulação dos Problemas em Classes de Pareto e representado no Gráfico 2 determina que os problemas da Classe A são os que devem ser primeiramente trabalhados. Os problemas pertencentes a essa classe (3, 15, 8, 6 e 11) apesar de ter o menor número de problemas perfazem 21,74% dos itens, mas possui o maior número de pontos atribuídos e correspondem a 62,36% da prioridade. Portanto, são **vitais** na visão do grupo, o que representa sua maior importância e urgência em serem solucionados. Na Classe B, estão classificados os problemas (21, 13, 14, 19, 27, 28 e 17) que representam 30,43% dos itens e correspondem a 31,15% da prioridade, exigindo moderada preocupação. Por último, a Classe C engloba o maior número de problemas (47,83%), mas o menor número de pontos atribuídos (6,50%), não apresentando urgência em obter solução, caracterizando-se como **triviais**. Portanto confirma o preconizado na teoria: poucos **vitais** e muitos **triviais** (JURAN, 1995).

Salienta-se que o Ciclo PDCA não foi possível de ser aplicado, neste estudo, pois a metodologia adotada limitou-se às fases iniciais do MASP. A continuidade do trabalho exigiria a participação da alta gerência do HU. É recomendado que, se as chefias não possuem índices de controle da atividade/produção, utilizem a metodologia proposta, a fim de serem obtidos os dados para criar, na organização, a “consciência pelos problemas”. A vantagem da metodologia proposta é que os problemas podem ficar circunscritos ao ambiente do setor, sendo mais fácil levantar os dados necessários para resolvê-los (CAMPOS, 1992). Como este trabalho foi aplicado em uma instituição que ainda não possui a GQT implantada, portanto, não existiam padrões definidos, é recomendado aplicar a metodologia proposta, para iniciar-se um padrão. Só, assim, então, este poderá ser mantido ou melhorado pelo Ciclo PDCA.

5) **MASP** – Este método foi desenvolvido em apenas um dos problemas, eleito como prioritário pelo grupo – **a prestação de serviços do setor difere das necessidades da população**. Este momento foi de profunda discussão, pois estava sendo realizada análise para, então, definir possíveis soluções e encaminhamentos.

Os outros quatro problemas (3,15, 6, 11), da Classe A, isolados no Gráfico 3. Gráfico de Pareto não foram analisados e descritos. A pretensão era, nesta etapa de estudos, conhecer a metodologia para saber aplicá-la, no futuro. A meu ver, a metodologia pode ser usada em outros setores da própria organização ou em outras organizações que quiserem incorporá-la.

Em relação à classificação obtida pelo GUT (Tabela 7 – Tabulação dos Problemas em Classes de Pareto), verificou-se que as questões administrativas/gerenciais foram maioria. As porcentagens apresentadas a seguir são resultantes da soma das porcentagens dos pontos atribuídos por problema, conforme consta na quarta coluna da Tabela 7:

a) problemas relacionados à Administração (15, 3, 21, 8, 6, 11, 14, 13, 19, 28, 22, 17, 23, 20, 16, 4, 2). Significa que do total de problemas detectados pelos participantes e por eles pontuados, a carga referente à Administração do HU atinge **94,89%**;

b) problemas relacionados ao Serviço de Pronto Atendimento, num total de **52,42%** (8, 6, 11, 14, 13, 28, 22, 27, 1, 25). Implica no volume de problemas que os participantes identificam como de sua área de atuação, mas que tem estrita vinculação com as decisões da Administração do HU;

c) problemas relacionados aos pacientes, total de **0,14%** (7, 9, 10). Indica que os potenciais beneficiários do sistema de atuação à saúde são efetivamente relegados a plano secundário, pois seus problemas específicos não são claramente sinalizados pelos participantes.

Evidencia-se, pela metodologia empregada e porcentagem final encontrada, o que realmente parece estar ocorrendo neste serviço. Nota-se que há um acúmulo de problemas administrativos e afetos à alta gerência. Ainda que em menor porcentagem, embora significativamente, aparecem questões gerenciais do próprio setor (o cotidiano) e, por fim, uma pequena porcentagem relacionada com a questão cliente-enfermagem. Portanto, é possível perceber que, para o grupo, a preocupação maior e que necessita de solução, está no gerenciamento do processo de atividade/produção no dia-a-dia (software - métodos), correspondendo a **53,23%** (Tabela 1) da prioridade.

O alcance da qualidade é a meta na GQT. Desse modo, para alcançar uma assistência de enfermagem com qualidade, mostra-se recomendável modificar o trabalho como vem sendo realizado no cotidiano. Para tanto, faz-se necessário, de forma mais ampla, instituir o uso de tecnologias administrativas na área da saúde como um todo. Com a realização desse trabalho, atrevo-me a dizer que uma possibilidade que se mostra viável para modificar o cotidiano do trabalho seria incorporar conhecimentos de GQT.

Reportando-me às minhas experiências prévias com a organização de serviços, percebo grande aplicabilidade da Técnica dos 5S, não só no serviço de pronto atendimento estudado, mas em outros serviços, porque corresponde às pequenas ações que podem e devem ser realizadas pelo próprio grupo que trabalha no local (OSADA, 1992), favorecendo sua reorganização.

Um alerta, porém, é necessário ser feito: esta metodologia é apenas um início, quando se quer obter qualidade no processo produtivo. Favorece, de forma geral, um melhor ambiente de trabalho porque o organiza, portanto, otimiza suas condições. Para se obter qualidade, entretanto, são necessárias outras ações, envolvendo, por exemplo: educação/conhecimento, treinamento técnico específico, disponibilidade de material adequado ao desenvolvimento do processo e, ainda, na forma de aplicar a metodologia proposta.

A aplicação deste método, ferramentas e técnicas da GQT, possíveis de serem usados geralmente associados, para obter qualidade, permite conhecer, analisar, criar um padrão e melhorar condições/situações (problemas) presentes nos processos. Qualidade não se resume em fazer uma simples maquiagem, como paredes limpas e pintadas, pessoal alinhado e gentil, mas, sim, na própria organização, construir uma relação bem definida (necessidades/satisfações) com seus clientes trabalhadores e a comunidade onde interage. Isto acontecendo, as necessidades dos clientes serão atendidas, a qualidade no serviço/produto e a missão da organização estará efetivamente instituída. Mesmo que seja difícil definir o que é qualidade, pois esta apresenta várias faces, tudo depende de quem e como são feitos os questionamentos. Talvez, o mais importante possa ser a existência ou possibilidade de, apenas, ser problematizada, como nos ensina DEMING (1990).

Neste sentido, é necessário que, nesta nova visão, a GQT seja avaliada, discutida e, possivelmente, incorporada, porque noto algo promissor nos seus preceitos, que é propiciar a todos os trabalhadores maior qualificação, para desenvolver o processo de atividade/produção, envolvendo todo o grupo, na busca de soluções no serviço, entregando qualidade ao cliente e, ao mesmo tempo, favorecendo a sobrevivência da organização.

Percebo, ao lançar um olhar sobre o referencial teórico, o marco conceitual e os dados analisados, que o processo de atividade/produção foi destaque (quase sempre negativo) no trabalho desenvolvido. Se considerarmos que a missão, no que se refere ao SPA não foi correspondida (observe-se a escolha do problema prioritário), a organização necessita rever/refazer/atender ao que é solicitado pelos clientes, para justificar sua existência na comunidade. O grupo constituído pela enfermeira, auxiliares e atendente de enfermagem, através do levantamento de problemas, conseguiu identificar distorções importantes na missão, do SPA, atualmente empreendida à comunidade. A missão, tendo em vista seu plano interno, no momento, na visão do grupo da equipe de enfermagem do setor, apresenta-se inadequada. Ainda, em relação à missão, parece que ocorre significativo desajuste, entre o atendimento prestado e o que a população provavelmente necessita e deseja. Chega-se a esta conclusão porque, como já referido, mostrou-se como problema prioritário, na análise do grupo, o fato de que: **“a prestação de serviços do setor difere das necessidades da população”**.

Este resultado e a sua análise foram realizados pelos agentes conhecedores do processo de atividade/produção do ambiente estudado, constituído por trabalhadores de um grupo da equipe de Enfermagem do SPA. Acredito pertinente esta conclusão sobre o problema mais importante, devido sua determinação ter sido conseguida mediante a aplicação do GUT - Tabela 6 e Gráfico 3). O grupo, ainda, reconheceu este problema através da análise e da aplicação do MASP (Figura 20), o que permite vislumbrar uma possível aproximação entre o preconizado pela teoria e como pensam os trabalhadores, diante das suas vivências na organização e das necessidades da comunidade.

A partir destes achados, ocorre-me o seguinte questionamento: será que é adequado permanecer desta forma a atividade realizada pelo grupo? O serviço deve permanecer atendendo à população desta forma? Portanto, estas constatações de como ocorre a atividade/produção no SPA e na enfermagem, permite-me afirmar que não vem sendo atendido o meu pressuposto de que **a missão da instituição necessita ser conhecida pelos trabalhadores de modo que atividade/produção corresponda às necessidades do cliente.**

Neste estudo, observa-se, que a população, ao procurar o SPA, não está encontrando o atendimento esperado ou desejado. Então, é possível, após conhecer o setor, as necessidades dos clientes e a missão, referir que, talvez, falte um realinhamento nas competências entre a alta gerência e os funcionários, quanto à atividade/produção do setor. O próprio desconhecimento da “missão”, que encontrei junto aos participantes do trabalho, coincide com o meu pressuposto e isto se reflete em ações não suficientemente coordenadas.

Deste modo, a organização de saúde falha ao não ter definida e atualizada a sua missão. A organização de saúde precisa prezar pelo atendimento das necessidades apresentadas pelos clientes e pela busca constante de melhoria da qualidade de vida e do ambiente onde atua. Na saúde, é necessário conhecermos aprofundadamente o que é qualidade, para aquele ambiente específico (local, região), pois este elemento pode variar de pessoa a pessoa e de comunidade a comunidade. A organização de saúde, por possuir conhecimento, pode tentar esclarecer o que é melhor para a comunidade, mas o princípio ético, a autonomia, devem prevalecer sobre os princípios de beneficência e de não maleficência, pois, entende-se, que o cliente, é o maior conhecedor do que é o melhor para si.

A necessidade afetada e a qualidade no produto/serviço, modernamente, definem a relação entre a organização e os clientes. Cabe à organização planejar sua missão, de acordo com o requerido pelos clientes, e ter em vista a sua própria sobrevivência. Portanto, a organização de saúde necessita possuir qualidade e atender as necessidades apresentadas pelos clientes como meta; por conseguinte,

sua sobrevivência estará assegurada. Penso ser, assim, uma maneira ética e de qualidade ao produzir na saúde.

O enfermeiro pode ser visto como um gerenciador. Este gerenciar vem desenvolvendo-se em dois aspectos: gerenciamento da assistência de enfermagem, que é o cuidado com o paciente, este próprio da profissão e que, por si só, já deve absorvê-lo quase totalmente. Porém, ainda, tem assumido como se fosse sua responsabilidade, a administração/gerenciamento do ambiente, onde estão outras relações de atividade/produção com outros membros da equipe multidisciplinar, tais como gerenciamento de materiais, consertos de equipamentos e área física, higienização de ambiente, etc., sobrecarregando-o, efetivamente.

Porém, o que é ser enfermeiro? É responsabilidade do profissional todo este fazer? Especificamente, qual é o seu objeto de trabalho? Corrobora com tal constatação o próprio resultado do estudo, no qual se vê, de forma clara, quais são as preocupações da enfermagem no dia-a-dia: os métodos **53,23% (software)**. Talvez, aí, esteja um dos graves problemas da profissão porque, especificamente, o enfermeiro está constantemente assoberbado de trabalho, preocupado em resolver crises, "em apagar incêndios" e, muitas vezes, desviado de funções próprias de seu trabalho, não conseguindo, desta forma, atender o cliente adequadamente. A concepção que tenho sobre o profissional enfermeiro é a de que este necessita, primeiramente, cuidar do cliente, mas, na realidade, percebo que não é isso que vem acontecendo. Os enfermeiros estão preocupados com a administração/gerenciamento de todos os aspectos da atividade/produção no setor e isto requer um enorme tempo, desgastando física e psicologicamente o profissional e, ainda, descaracterizando a profissão. Seria possível questionar se a enfermagem, diante deste modo de fazer, encontra-se passiva e pressionada ou é assim que vem entendendo a sua profissão?

Por conseguinte, muitas vezes, não realiza o controle da qualidade no processo da assistência, acarretando ao cliente sofrimento, prejuízos com possíveis erros, adotando, portanto, uma atitude *product out*, em que, nestes casos, os problemas são atacados após os fatos já acontecidos, o que não é satisfatório nem mesmo para uma indústria, com seus produtos, ainda mais para a área da saúde,

onde as conseqüências podem ser irretatáveis. Parece interessante que toda a área da saúde, por conseguinte, a enfermagem, tivesse uma atitude *market in*, na qual os idealizadores e produtores de serviços de saúde se colocam no lugar do cliente e tentam antecipar suas necessidades, realizando, portanto, um controle de processo ofensivo, trazendo benefícios aos clientes (CAMPOS, 1992).

Os conceitos Equipe de Enfermagem/Enfermeira, Ética na Saúde e Qualidade acredito possível e necessário serem comentados juntos, porque estão muito próximos e imbricados no contexto: o agente realizador, suas ações e os resultados conquistados. Equipe de enfermagem/enfermeira, como já descrito no conceito, necessitam ser indivíduos ágeis, criativos e inovadores no conhecer/fazer, o que foi apresentado pelo grupo, após serem estimulados, na proposta e no próprio desenvolvimento da metodologia empregada. Houve, portanto, aprendizado e a aplicação de um novo conhecimento para a enfermagem.

Na implementação deste saber, todos os participantes foram respeitados, os trabalhadores entendidos como clientes, entendendo-se tal atitude como ética; ainda, se for aplicado no cotidiano com os futuros clientes da instituição de saúde em busca de atendimento, esta implementação, além de ética, poderá favorecer maior qualidade no atendimento à saúde, pois qualidade em saúde é atender os clientes, conforme sua visão de mundo, desejos e necessidades.

Merece ser destacado que os problemas afetos à enfermeira, aos auxiliares e ao atendente de enfermagem puderam, nesta metodologia, ser socializados. Todos tomaram conhecimento de todos os problemas enumerados e, ainda, puderam quantificá-los, de acordo com sua visão de prioridade, no GUT. Mostra-se indicado o uso desta metodologia, porque vai ao encontro do que é preconizado na GQT, principalmente, porque nos alerta que os problemas existem, mas que ninguém é culpado, pois todos são responsáveis pelo encontro de soluções. As soluções estão nos próprios problemas (CAMPOS, 1992). Então, se todos participam em tudo, e por isso é total, nada mais justo do que ser equânime a quantificação da pontuação para a obtenção de soluções, o que vem ao encontro do pressuposto que **o indivíduo deve ser valorizado e respeitado.**

Mostra-se oportuno ressaltar que, no trabalho desenvolvido com este grupo, suas respostas foram hábeis, inteligentes e denotaram visão da realidade, mesmo não sendo pessoas especializadas no conhecimento gerencial. Conseguiram detectar importantes questões que parecem poder servir como norteadoras de possíveis ações a serem seguidas, no intuito de oportunizar qualidade no ambiente, tanto para o grupo, como para o cliente e a instituição. Portanto, confirmam o pressuposto de que **o ser humano pode, quando motivado, produzir e viver bem.**

Creio ser importante, neste momento, evocar CARR e LITTMAN (1992, p.10), quando dão resposta à pergunta: "por que os governos precisam da GQT?" - e eu acrescentaria, - e de toda sua metodologia?

"...a indústria privada usa a GQT para competir e sobreviver no mercado. No caso do governo, as razões vão desde oferecer um melhor serviço ao público, diminuir gastos do orçamento, conseguir e manter melhores funcionários, até mesmo ... sobreviver, também!"

Em uma organização pública ou não, acredito pertinente esta afirmação e corroboro com esta idéia, pois acredito que tanto a enfermagem, o cliente e a organização seriam beneficiários desta metodologia. É necessário que idéias e metodologias inovadoras sejam absorvidas pelo meio, pois nestes tempos de rápidas transformações, se não ocorrer criatividade e inovação, as organizações correm o perigo de não se manterem em atividade, mesmo se tratando de organizações hospitalares. Por conseguinte, se também as equipes de enfermagem não usarem novas metodologias poderão sofrer as conseqüências pela não eficiência no trabalho e a não evolução da profissão.

Penso, ainda, que a enfermagem, deva ater-se, mais enfaticamente, às tecnologias administrativas e incorporá-las cada vez mais em seu cotidiano, o mais breve possível, pois estas podem interferir positivamente na organização do processo de atividade/produção. Portanto, creio ser imprescindível que o trabalhador, no momento em que é orientado por estes sistemas ou teorias, lute para que estes modelos tragam maior benefício a todos os clientes, para a organização e, por conseguinte, para a comunidade. Desta forma, penso que vai ao encontro do pressuposto, de que **modelos tecnológicos, ao serem absorvidos e**

incorporados, permitem uma produção mais ética e, por conseguinte, de qualidade. Neste sentido DONABEDIAN (1993, p.15) afirma que

“...ao explorar los detalles del modelo industrial, no se descubre un mundo diferente. Descubrimos, quizás com aprecio, que dando un rodeo hemos llegado a casa outra vez. Pero esto será así solamente si somos sinceros com nosotros mismos. Si perdemos nuestras referencias, podemos extraviarnos com facilidad...)

No *braisntorming* inicial, os funcionários, em vários itens, identificaram, como problema, a falta de educação e treinamento. Portanto, é algo que o grupo percebe como necessário ser retomado ou existir permanentemente, pois reconhecem como indispensável a aquisição de novos conhecimentos e habilidades para a modificação/empreendedorismo e obter maior operacionalização do ambiente.

CHIAVENATTO (1997) refere que todo povo, bem como toda e qualquer organização possui sua cultura. Acrescento, ainda, que todas as pessoas e profissões possuem as mais variadas maneiras de existir. A cultura é um conjunto de crenças e valores, tradições e hábitos que, juntos ou independentemente às organizações, pessoas e profissões desenvolvem seu próprio modo de ser. Repousa este sistema sobre um paradigma, aceito e aceitável de interações e de relacionamentos sociais, perfazendo o todo de cada um, mas não é estático, podendo sofrer alterações ao longo do tempo, dependendo das condições internas e externas de fatores amplos e variados que podem permear o processo.

A forma de pensar e agir das pessoas vai delineando maneiras próprias de comportamento, de determinados grupos, de profissões e, até, a forma de estruturar as organizações e estas realizarem sua missão. É possível citar como exemplo de cultura pessoal/profissional e, que, por conseguinte constituem uma cultura organizacional os achados do levantamento de dados realizado pelos membros do grupo de enfermagem do setor estudado, através do *brainstorming*. Relataram inúmeros problemas, a partir de sua visão, portanto estão contidas, aí, suas crenças e valores e, ainda, como pensam que deve ser obtida a solução. Então, tal fato deve ser aceito e respeitado profundamente, porque como é referida na GQT, são as pessoas quem conhecem os problemas e as soluções (CAMPOS,

1992). Se a organização favorece tal entendimento, provavelmente, existirá um ambiente mais satisfatório aos clientes e à própria empresa. É difícil para um trabalhador impregnado por diferentes conceitos (normas, valores, crenças, mitos, processos de comunicação, dentre outros), conforme LUNARDI FILHO (1994), mudar algo na instituição, na profissão ou, até mesmo, na questão pessoal, pensar diferente, em novas maneiras de realizar as atividades, se não é dada a liberdade de criar e promover mudanças, pois encontra, no meio, resistência.

Portanto, acredito que seja necessário que ocorra nas pessoas e para a enfermagem como profissão, uma reflexão quanto ao apresentado por FREIRE (1979, p. 60), possibilitando que esta transforme/mude o jeito de pensar/realizar o dia-a-dia nas organizações; como segue:

“...mudança de percepção, que se dá na problematização de uma realidade concreta, no entrelaçamento de suas contradições, implica um novo enfrentamento do homem com sua realidade. Implica admirá-la em sua totalidade: vê-la de ‘dentro’ e, desse ‘interior’, separá-la em suas partes e voltar a admirá-la, ganhando assim uma visão mais crítica e profunda da sua situação na realidade que não condiciona. Implica uma ‘apropriação’ do contexto; uma inserção nele; um não ficar ‘aderido’ a ele; um não estar quase ‘sob’ o tempo, mas no tempo. Implica reconhecer-se homem. Homem que deve atuar, pensar, crescer, transformar e não adaptar-se fatalisticamente a uma realidade desumanizante”.

Então, é possível transformar o meio, mas é necessário o conhecimento aprofundado de si e de como este meio apresenta-se, por conseguinte transformando em algo adequado para todos; é o ideal e deve ser perseguido tanto pelas pessoas/profissões/organizações, mas isto é obtido provavelmente se, anteriormente, houver a transformação das pessoas em um “ser mais”, pois somente estes são os agentes transformadores. Segundo, LUNARDI FILHO (1994, p. 102),

“...a modificação da cultura organizacional é utilizada quando se pretende a revitalização da organização. Um maior envolvimento das pessoas, canalizando a criatividade e iniciativa individuais para a empresa, são traços que se buscam na nova formação cultural”.

No ambiente estudado, observei que as pessoas não têm uma cultura tão enraizada no passado que não propiciasse tentativas de mudanças. Ao verificar o

que foi descrito no *brainstorming* e na avaliação da metodologia trabalhada, os trabalhadores mostraram-se críticos, consigo e com o meio em que desenvolvem o processo de atividade/produção e, ainda mais, foram capazes, através do MASP, de procurar solução para o problema prioritário selecionado. Portanto, entendo que é possível criar/transformar as pessoas/ambientes, sendo fundamental para que isso ocorra, o conhecimento. Daí, se quiserem evoluir uma organização, as pessoas e a profissão (enfermagem) precisam agir sobre a cultura organizacional. A mudança tem-se, claramente, que é possível através das pessoas e destas com conhecimento. Tratando-se de um hospital, a enfermagem tem grande comprometimento nesta transformação, tanto para mudar a organização, bem como para mudar como profissão. Portanto, se clara for a visão que temos de que a cultura existente numa organização, na pessoa ou na profissão não é adequada, deve haver ação, redefinir-se, criar, inovar, transformar para construir algo que traga benefício a todas as partes que a compõem. Tal visão vai ao encontro do pressuposto que defendo, de que **a enfermagem e as pessoas que a compõem necessitam rever seu método de trabalho, conhecer novas formas, técnicas e tecnologias de administrar/gerenciar e ter o conhecimento científico próprio da profissão para poder inovar e mudar para melhor.**

Para realizar esta transformação sucessiva e contínua, um instrumento necessário é a educação e o aprendizado contínuo das pessoas, conforme preconiza a GQT, e desta maneira alcançando a qualidade e ética, princípios estes que se fazem cada vez mais necessários ao mundo moderno. CAMPOS (1992) diz que, ao realizarmos qualquer atividade em uma determinada organização, na qual os seus membros não conhecem GQT, é necessário, primeiramente, desenvolver com eles uma ação de educação, porque, conforme CAMPOS (1992, p.187),

“...a educação é a alavanca para todo processo de mudança. Hoje já não mais acredito em pessoas ‘resistentes’ e sim em ‘pessoas mal-informadas’. A educação e o treinamento são o único caminho seguro para a condução de um processo de mudanças desta natureza. Mas não se esqueça: a educação é a alavanca mais prática, é a mãe das mudanças”.

Além da cultura das organizações, das profissões e das pessoas, acredito, ainda, necessário dar ênfase a outro fator, o clima organizacional, este

vivido por pessoas nas profissões e nas organizações. A atmosfera psicológica característica em cada organização está intimamente ligada ao moral e à satisfação das necessidades humanas dos clientes. O clima vivido pelas pessoas nas profissões e organizações é considerado, hoje, pelos estudiosos da administração moderna como um item relevante na obtenção de maior rendimento e melhoria, pois as pessoas/profissionais ao sentirem-se bem, podem favorecer a qualidade e, consecutivamente, levar à maior produtividade.

Para tornar mais claro, o clima afeta todos os processos nas pessoas, nas profissões e nas organizações, quanto a: tomadas de decisão, sistemas de comunicação, rotinas para o manejo de conflitos, solução de problemas, estrutura de capacitação e motivação. Vê-se que não adianta tentar promover mudanças nas organizações, se o que impera são desconfianças, tensões, medos entre as pessoas e os diferentes grupos que as compõem. Na enfermagem, é possível notar que os trabalhadores apresentam-se apreensivos, preocupados, angustiados, sofrendo pressões enormes do cotidiano porque atendem às exigências gerenciais e, ainda, atuam na interface organização-clientes. Esta interface é, a meu ver, parte muito sofrida e tensa, pois ocorre a falta de pessoal e de material; os clientes e suas patologias exigem atenção; as condições emocionais do trabalhador e do grupo; e tantos outros fatores que interferem e compõem o clima do dia-a-dia nesta interface.

Pude observar em minhas experiências administrativas/gerenciais que um funcionário, quando não estimulado, fica apático, parece ter diminuído sua auto-estima e, conseqüentemente, sua criatividade, interesse e, por último, sua vontade, que é a mola propulsora, aos poucos esmorece. Tais fatos devem ser avaliados e considerados constantemente, pois, na área da saúde, não podem ocorrer situações de negligência ou desinteresse, por menores que sejam, porque interferem na qualidade do serviço/produto.

A GQT, como sistema organizacional, defende que mudanças ocorrem pela educação contínua das pessoas, nas profissões e nas organizações. Preconiza, ainda, a qualidade, a produtividade e baixos custos em consonância com o seu principal objetivo que vai ao encontro do pressuposto que é o de **atender às necessidades dos clientes, eticamente, e manter a sobrevivência da empresa.**

A proposta metodológica foi amplamente utilizada pelo grupo, porque no momento em que se oportuniza a cada indivíduo colocar/expressar suas idéias, sem diferença de grau de importância em relação aos demais, favoreceu-se, no mínimo, um aprendizado: o de ser um cidadão, sem diferença no contexto e com iguais poderes decisórios. Foi, ainda, possível ao grupo entender que o trabalho que desenvolveram foi participativo e que seus membros são capazes de realizar, claramente, um diagnóstico das dificuldades que vivenciam no seu dia-a-dia. Provavelmente, puderam comparar, ainda, que problemas existem no cotidiano, mas nem por isso devem perceber-se e ser percebidos como culpados ou responsáveis pela sua existência.

A resolução dos conflitos ou problemas pode ser obtida por eles mesmos ou encaminhados, quando necessário. Para isto, faz-se útil lançar mão de metodologias/tecnologias existentes, que somente necessitam ser apropriadamente usadas. Esta idéia vai ao encontro do conceito de educação que compartilho, de que os indivíduos precisam ser ajudados a identificar os problemas e que as soluções são obtidas através de suas próprias escolhas, usando, para isso, o conhecimento adquirido, o que também é preconizado pela teoria.

Acredito que a enfermagem e seus profissionais, ao levarem em conta tal conhecimento, estarão mais preparados para questionarem-se e conhecerem mais a si e ao meio no qual atuam. Então, terão condições de agir melhor, com a finalidade de transformar a realidade do cotidiano, em algo mais justo, adequado, com qualidade, com humanidade e, assim, ético.

Voltando ao uso e a sobrevivência da organização, a GQT, como as Teorias Administrativas Clássicas, busca a produtividade e, esta, tem sido a grande questão ao longo do tempo. Na GQT, a produtividade é obtida pelo incremento de três fatores: *hardware*, *software* e *humanware* (CAMPOS, 1992). Cabe ressaltar que, por ser uma teoria centrada na motivação e desenvolvimento humanos, o desenvolvimento dos itens *software* e *humanware* são de extrema importância, pois envolvem, na maneira de fazer do processo de atividade/produção, a educação básica, a educação formal da organização, o auto-aprendizado, o treinamento no trabalho e o contato com outros trabalhadores/empresas/consultores. Ao observar o

ambiente estudado, é visível que estes três conceitos e preocupações com o desenvolvimento do serviço, como é preconizado na GQT, aparentemente é inexistente ou não enfatizado. Parece que não há preocupação ou há desconhecimento destes fatores, desta forma, provavelmente tem sido mais penoso ou difícil para estes trabalhadores produzirem. Então, ao pautar-se pela qualidade e ética no processo de atividade/produção é necessário ter material adequado, educação/treinamento e métodos. Presencia-se, ainda, nos trabalhadores muitas queixas, desorientação no entendimento do que, como e porque deve ser realizado o processo de atividade/produção, sob determinada forma.

Retornando ao meio hospitalar, não fugimos destes elementos, porque no momento em que existem equipamentos básicos ou especializados, métodos adequados e racionais de realizar o processo de atividade/produção e contingente de pessoal e, ainda, estando em busca de constante e contínuo aperfeiçoamento, existem os três pontos básicos de ter ou buscar maior produtividade. Então, a produtividade é alcançada com menor desgaste, de maneira adequada, sem sacrifícios, sem constrangimentos, com qualidade nas ações e na "entrega" do serviço ao cliente.

CARR e LITTMANN (1992) afirmam que, nas organizações, as causas danosas, quando são removidas, fazem desaparecer sintomas, mas quando estes são tratados a "marretadas" retornam com mais gravidade, não possibilitando qualidade e produtividade, pois ambas chocam-se. Afirmam que a GQT ajuda a economizar entre 10 a 20% do orçamento operacional, reduzindo o "custo da qualidade" e sem sacrifícios, pois custo da qualidade na GQT é usar dinheiro na prevenção, é avaliar e corrigir problemas e, ainda, evitar desperdícios e falhas de serviços/produtos. Enfatizam que, na maioria das empresas privadas, o custo da qualidade é de 20 a 40% do preço de venda, afirmam que, como consultores da empresa Cooper & Lybrand, já assessoraram várias empresas privadas a usarem a GQT (EUA), para reduzir esse custo a menos de 10%, a maior parte destinando-se à prevenção.

Na saúde, nos serviços e no trabalho de enfermagem, o custo na realização do processo de atividade/produção tem uma conotação extremamente

séria pelos riscos irrecuperáveis que podem causar na “entrega” da atividade/ produção, pois esta é ligada à preservação da vida e, por si só, já explica a importância na sua realização. A vida e o direito de existir, vejo como o bem mais precioso do ser humano, portanto esforços não devem faltar na sua preservação. Neste sentido, DONABEDIAN (1993, p. 3) refere que

“... no modelo de atención a la salud se tiene muy presente el aumento de los costos al incrementar la calidad, especialmente en la provisión de atención a la salud y en la contribución a una longevidad que algunos podrían tachar de improductiva o de desperdicio...”.

Na saúde, nas organizações e serviços, a questão lucro é difícil de ser aceita, mas é necessário entender que é preciso existir lucro, pois as organizações de saúde precisam sobreviver. DRUCKER (1980) diz que não existe lucro nas organizações, são apenas custos futuros, pois estas necessitam constantemente aplicar seus ganhos na competitividade para permanecerem existindo. Considero aceitável o lucro, nas organizações, mas de forma ética, assegurando qualidade e dignidade ao cliente.

O que deve ser modificado é o modelo assistencial na saúde, investir mais no preventivo do que no curativo ou, até, a maneira de obtenção do lucro, este por outro viés, pela prevenção nos custos, portanto, com um gerenciamento mais moderno. Assim, pode-se obter produtividade e lucro, mas através de qualidade e ética na “entrega” de um serviço/produto adequado.

Houve, também, a promoção, reflexão e ação com a equipe sobre a profissão enfermagem, suas atribuições e limites, realizados, principalmente, no encontro final, no qual foram resgatados a trajetória do trabalho e os resultados obtidos. Discutiu-se, ainda, como a equipe de enfermagem convive neste contexto de (des)organização do processo de atividade/produção existente. Finalmente, houve uma reflexão com o grupo, quanto à aplicabilidade da metodologia proposta no dia-a-dia da enfermagem e a equipe mostrou-se receptiva quanto a seu uso, o que pode ser constatado pelas falas a seguir:

“...é um método ordeiro, veio em ordem, fomos galgando vários patamares, de acordo com a complexibilidade do que foi proposto.

Primeiro atingiu um grau, depois outro, depois outro, foi em ordem até chegar aonde estamos chegando, ao problema que nos afeta muito”(....)“acho assim, que a metodologia utilizada para chegar aonde estamos chegando agora, foi muito boa. Foi uma metodologia inteligente, prática e, apesar de lidar com vários níveis de profissionais da enfermagem com: enfermeira, auxiliar de enfermagem e ainda o atendente de enfermagem, com as três categorias, todo o grupo conseguiu abstrair o que foi proposto. Conseguimos responder as questões propostas, conseguimos chegar onde estamos chegando aqui hoje, a uma reflexão com todo o grupo junto. Todos conseguimos concluir, foi uma metodologia feliz”. (Funcionário D)

“...dentro de qualquer setor, firma é possível ser usado. A metodologia não fere a opinião de cada pessoa, acho isso muito importante, muito bom para o trabalhador. Usa a opinião de cada trabalhador e, dentro disso, realiza o trabalho. Não inibe, não fica dizendo é assim ou assado. Porque, se contestar faz com que a pessoa fique inibida. Acho válido como método de trabalho. (Funcionário A)

“...acredito que a metodologia empregada foi importante, mas não deveria ser para ver um problema, deveria ser mais abrangente. Trabalho importante, foi possível expor os problemas de forma fácil, clara, objetiva. Assim que os problemas viessem a tona, alguém ligado à administração do hospital percebesse e realmente não apenas os auxiliares, os técnicos enfim que trabalham, mas todas as pessoas que estão engajadas em melhorias” (....) “a partir do momento que todos os problemas são vistos, pode haver um processo de mudança que se faz necessário. Os processos são vistos sob todos os aspectos, todos os ângulos e por todos os funcionários. Todos os segmentos da enfermagem conseguem falar, o que é difícil, hoje, dentro do HU, a direção não quer isso”. (Funcionário B)

Pode-se observar, nas declarações realizadas por membros do grupo participante, que educar e transmitir conhecimento é fundamental, pois oportuniza escolhas aos indivíduos. A educação é, enfim, a mola impulsionadora do ser humano, confirmando o pressuposto no que se refere à **importância do indivíduo, quando preparado, na transformação do meio em que vive**. O conhecimento de uma metodologia gerencial oportunizada ao grupo favoreceu a seus membros perceberem-se como sujeitos e, ainda, perceberem o seu meio, e, por fim, perceberem-se capazes de irem encontrando/propondo/construindo as respostas aos seus questionamentos.

Os resultados obtidos no trabalho realizado, como atestam as próprias declarações do grupo, são as provas mais contundentes de que houve um aprendizado individual e coletivo (participativo), com os conhecimentos apresentados. Portanto, parece perceberem-se, assim, mais instrumentalizados para o momento e, ainda, para futuros enfrentamentos.

5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho realizado, ao propor um espaço para discussão e reflexão junto a um grupo de trabalhadores da equipe de enfermagem de um SPA, implementando uma metodologia a partir da GQT pode ser percebido como uma contribuição à organização do trabalho da enfermagem e estímulo à criação/ inovação e ao viver melhor de seus profissionais, estendendo o resultado dessas ações aos clientes e à própria instituição.

Foram aplicados o método, as ferramentas e as técnicas de GQT preconizados no projeto, os quais permitiram o entendimento de como vem ocorrendo o processo gerencial do meio estudado. A metodologia empregada foi ao encontro do objetivo geral proposto, na Prática Assistencial, ou seja, **realizar um levantamento e encaminhamento das situações que afetam o processo de atividade/produção da equipe de enfermagem do setor, possibilitando verificar as prioridades para seu funcionamento, tendo em vista a identificação de soluções e o alcance da qualidade para os clientes e a instituição.**

Assim, foi possível conhecer alguns de seus principais conceitos e de como podem ser usados em determinado setor, serviço ou na administração global de uma organização, permitindo, portanto, que sejam incorporados à área da saúde e, especificamente, à enfermagem.

No momento em que foi possível levantar os dados e encontrar os problemas a serem trabalhados, o processo de atividade/produção parece ter sido entendido pelos participantes como fazendo parte de um todo. Desta forma, entendo que este processo pode vir a ser melhorado para, assim, atender ao cliente com maior proximidade, gerenciando suas necessidades e, por conseguinte, ajudando o próprio serviço a cumprir sua "missão".

Parece, então, ter sido muito positiva a proposição de realizar um trabalho com o objetivo de oportunizar esse espaço de discussão e reflexão, buscando o

levantamento e encaminhamento dos problemas das situações que afetam o processo de atividade/produção da enfermagem, através do uso desta metodologia. Pode-se concluir que o gerenciamento do processo de atividade/produção, no local estudado, interfere negativamente na assistência de enfermagem prestada porque o software (**métodos – 53,23%**), um dos elementos que favorecem a obtenção de produtividade, está afetado (CAMPOS, 1992).

As reflexões apresentadas, no texto, podem servir como um indício ou uma perspectiva de como produzir mais e de forma ética, porque adequada e com qualidade. É necessário que, no cotidiano, sejamos mais precisos, preocupados em conseguir dano ou “defeito zero”, conceito que CROSBY (1990, p.8) apresenta, dizendo que, “num enfoque verdadeiro (...) não há itens que não sejam importantes” e acrescenta que estes devem ser feitos certo, desde a primeira vez, mesmo que seja uma meta de difícil consecução, especialmente na área da saúde, em sua integralidade e sem determinação de prazo para seu alcance.

Foi possível constatar, junto a este grupo de trabalhadores da equipe de enfermagem deste SPA, nesta prática assistencial, a construção de um trabalho participativo e ético, em toda a sua trajetória. Faço esta afirmação porque foi possível notar que todos os componentes do grupo, durante a condução dos trabalhos, participaram, avaliaram, sugeriram e concluíram, cada um com sua visão, sobre o que é problemático no seu setor. Em todas as etapas, não transpareceu discriminação hierárquica, quer pela formação ou quer pela função exercida por cada um dos componentes do grupo.

Esta metodologia favoreceu que todos pudessem descrever, a partir do *brainstorming*, as situações/condições entendidas como problema(s) no SPA. Além disso, puderam perceber-se importantes em todos os momentos porque qualquer problema enumerado recebeu o mesmo tipo de tratamento, independentemente de terem sido apresentados por enfermeira, auxiliares ou atendente de enfermagem.

Para a aplicação do método (MASP), no entanto, encontrou-se dificuldade, pois, apesar do grupo reconhecer um problema como prioritário e entender as fases do método, faltava-nos experiência para realizá-lo. A dificuldade

maior ocorreu por não se ter encontrado outras aplicações específicas deste método que pudessem servir de modelo. Entretanto, apesar desta lacuna no conhecimento, seguimos as orientações presentes na bibliografia e acredito termos chegado ao detalhamento e análise do problema selecionado.

Outra razão que percebi como interferência e é importante contextualizar é que o setor, no momento do estudo, estava passando por um processo de reorganização. A angústia de como seria mantido o serviço, daquele momento em diante, era geral.

No setor estudado, os componentes do grupo que desenvolveram o trabalho pareceram-me, também, com algumas limitações, o que se entende como compreensível, em meio a tantas dificuldades vivenciadas. Mostraram-se, a princípio, passivos/apáticos, quanto a tentar promover e realizar atividades criativas e inovadoras, mas, quando estimulados, apresentaram grande entusiasmo por mudanças, rápidos em aprender o processo proposto e seu desenvolvimento.

Ainda, observei que, na grande maioria das vezes, no cotidiano, estão muito envolvidos com atividades técnicas, esvaziadas de cuidados de enfermagem, investindo pouco em produzir com maior qualidade na assistência, de forma mais educativa/transformadora junto a/com o cliente.

É necessário fazer uma ressalva, porém, para entender o cotidiano da equipe de enfermagem. Muito provavelmente, seus membros não conseguem ser tão inovadores, ágeis e interventores no meio quanto o necessário, porque parece já existir uma sistematização do processo produtivo na organização (cultura organizacional) que, creio não propiciar que estes se mostrem com características transformadoras/empreendedoras.

A mudança, entretanto, é possível de ser implementada no ambiente. De forma ampla, entendo que uma possibilidade de mudança no dia-a-dia é a enfermagem trazer, para os currículos dos cursos de formação, mais claramente, os questionamentos e os instrumentos disponíveis para encontrar soluções, tentando,

por meio da discussão, encontrar uma nova maneira de configurar a profissão para sua adequação ao atual momento.

Resgatar a valorização do ser humano, que deve ser considerado e respeitado, é ponto fundamental nos processos de GQT, uma vez que tudo emerge da ação humana para obter a realização de objetivos. Visto por este ângulo, o grupo da equipe de enfermagem tem condições de promover ações muito mais dinâmicas, sinérgicas e de maior amplitude nos resultados do trabalho que desenvolvem, no ambiente interno e até na comunidade, bastando serem oferecidos a estes conhecimentos mais atualizados e contínuos. Este entendimento é aplicável, de forma mais ampla, a todas as pessoas.

Muitas vezes, na trajetória percorrida, não se consegue encontrar os resultados esperados ou imaginados. Porém, os resultados encontrados nos fazem refletir e permitem afirmar que o modelo metodológico utilizado é possível de, na íntegra, ser aplicado no gerenciamento, tanto de ambientes como da própria assistência de enfermagem, cotidianamente, por tratar-se de uma metodologia de relativa facilidade de aplicação, com a qual se obtém resultados rápidos e norteadores. Talvez, nesta mesma Instituição, com outro direcionamento no questionamento ou em outro momento, fosse possível encontrar outras respostas.

Durante a realização desta Prática Assistencial, ocorreu um espaço de discussão e levantamento de situações problemáticas e possíveis encaminhamentos e de aquisição de novos conhecimentos para o grupo de enfermagem. Foi possível constatar que, por seu intermédio, pode-se demonstrar a possibilidade do uso de método, ferramentas e técnicas de QGT na organização do trabalho da enfermagem.

Contudo, quanto às possíveis soluções e encaminhamentos para o problema estudado, entendo que a Instituição possui seu próprio gerenciamento definido e aplicado. Minha ingerência, nesta área, poderia parecer e ser pouco ética. Para permitir maior entendimento à alta gerência sobre o estudo realizado, ocorreu um encontro, em que apenas eu me fiz presente, por incompatibilidade dos horários dos demais membros do grupo. Após esse encontro, no qual foram apresentadas cópia do relatório da Prática Assistencial e explicações entendidas como

necessárias, a Diretora Assistente encaminhou-me, como a responsável pelo estudo, um ofício do qual extraí o seguinte fragmento:

“...em relação ao trabalho de sua autoria (...) constatamos que este vem ao encontro da filosofia da atual administração, pois parte das necessidades e soluções percebidas pelos trabalhadores na realidade que experenciam diariamente. No nosso entendimento, esta é uma forma de buscar melhores condições no trabalho realizado, que respeita o ser humano em seu conhecimento e em sua prática e torna-se eficaz pelas propostas que surgem, com grande aderência a um meio concreto de organização. Assim, é com grande expectativa que aguardamos a continuidade de sua proposta e esperamos que, num futuro próximo, possamos construir uma parceria para aplicação do método em outros setores ou situações desta Instituição de Saúde. No aguardo de sua disponibilidade...”

Este ofício mostra-se de extremo valor, em minha opinião, porque vai ao encontro do que almejava e que pensava ser o ideal alcançar no estudo empreendido: o de conseguir aplicar, em determinado local, uma tecnologia administrativa/gerencial que possibilitasse entender e atender as necessidades dos clientes; que favorecesse compreender as necessidades dos trabalhadores e que, por fim, tivesse a preocupação de manter a sobrevivência da Instituição. Portanto vejo que este método, possibilita uma proposta mais ampla e sistêmica de trabalho, preocupa-se com a missão da organização e apóia-se na visão das necessidades do momento.

As instituições de saúde prestam e vendem serviços e estes serviços são vendidos e prestados a clientes em crise, por problemas clínicos, cirúrgicos ou traumáticos. Daí ser enorme a necessidade de assistir com qualidade e eficiência, pois, muitas vezes, um erro, em qualquer etapa do processo, pode ser fatal. Portanto, nada mais adequado do que tornar a administração ou o gerenciamento científicos e abandonar as velhas formas de administrar/gerenciar, geralmente direcionadas por *feeling* ou experiência.

Vejo que a enfermagem pode obter ganhos operacionais com esta metodologia, que pode ser empregada em qualquer processo de atividade/produção e em qualquer intervalo desse mesmo processo. Conforme CAMPOS (1992), sempre que ocorrerem variáveis que levam a causas e estas a efeitos e, ainda, a metas a serem alcançadas, tem-se a importância de aplicar esta metodologia. No caso da enfermagem, acredito que pode ser usada: na relação da enfermeira com os

funcionários, o ambiente, as demais enfermeiras; para priorizar solicitações à alta gerência; na assistência de enfermagem; para conhecer, obter prioridades e soluções nos problemas verificados; ou, usar como metodologia da própria assistência de enfermagem. Neste último caso, como um novo modelo de processo de atividade/produção da enfermagem, pois acredito que são muito próximas as metodologias. Evidentemente, tal constatação ainda necessita maiores estudos para seu aprofundamento.

Creio que, no momento em que o ambiente apresenta-se organizado e os trabalhadores recebam educação continuada, é possível iniciar novas ações, estas, mais criativas e inovadoras. A enfermagem poderá mudar sua cultura profissional, a maneira de realizar seu processo de atividade/produção no cotidiano, pois através do aprendizado contínuo haverá preocupação em apresentar um desempenho profissional ético, participativo, harmonioso, sinérgico, entre tantos outros predicados.

Vejo que uma possibilidade para a obtenção deste novo contexto para o trabalhador e para a enfermagem como profissão é através da educação, esta, preconizada, enfatizada, valorizada e aplicada na GQT, amplamente. Percebi que, nesta teoria, a crença, a preocupação é colocar a disposição o “conhecimento” aos clientes e este é tido como o maior valor na conquista de melhorias nos sistemas. Ao valorizar a educação/conhecimento ocorre possibilidade destes clientes terem benefícios constantes, pois são criadas condições ideais para torná-los independentes, com senso crítico, possibilitando exercerem um bem precioso de todo o ser humano: a autonomia.

Para os trabalhadores da enfermagem e, de forma geral, para quem exerce atividades em hospitais ou em qualquer outro tipo de organização, as idéias e conceitos desta teoria administrativa parecem ser adequados. Nos hospitais, vejo como fundamental aplicar seus conceitos, não somente por serem desenvolvidas atividades em área de grande sensibilidade humana, mas porque este processo administrativo traz, em seu bojo, a motivação, a organização, a presteza, o controle, a busca de qualidade e de produtividade e, ainda, tem em vista a necessidade de as

pessoas e as empresas serem sistemas coletivos e abertos, adequados ao moderno.

Através do uso desta tecnologia, contemplando método, ferramentas e técnicas da GQT, vislumbro a possibilidade de realizar a administração/gerenciamento adequado e científico na saúde e, por conseguinte, favorecendo a ação de profissionais e organizações nas grandes transformações. Para fazer tal afirmação, entretanto, é necessário compreender como usar, aplicar e aproveitar esse modelo tecnológico e seus conceitos. Existe risco de profissionais e organizações apropriarem-se desta tecnologia e usá-la de forma inadequada, como ocorre, muitas vezes, com os próprios conceitos da GQT. Muitas vezes, estes são divulgados por profissionais e organizações apenas como *marketing* de venda de serviços e produtos e não como responsabilidade clara de serem usados, antes e acima de tudo, de forma ética.

Na saúde, é alarmante quando isto acontece, pois se trata de um serviço que lida com vidas humanas. A falta de ética e, por conseguinte, de qualidade é um peso que todos os que se comportam desta forma, nesta questão, estão sujeitos a carregar, pagando, mais cedo ou mais tarde, o ônus da falta de coerência em suas ações, pois comprometem a própria imagem e sobrevivência de suas organizações. Então, considero que seu uso, quando adequado, pode servir muito à enfermagem e a seus trabalhadores e clientela.

Por sua vez, há um movimento mundial para inovar. Acredito que a enfermagem, também, deva engajar-se neste sentido, para substituir modelos antigos de realização do processo de atividade/produção na profissão. Percebe-se que, na GQT, a base de tudo é a emoção humana associada a métodos, ferramentas e técnicas racionais, que podem passar a ser de domínio do trabalhador, quando lhe são oportunizados suficiente educação (conhecimento) e adequado treinamento, este composto necessariamente de conhecimento científico, associado ao conhecimento técnico específico, pois acredito que, juntos, favoreçam a habilidade no dia-a-dia, na resolução de problemas. Penso, ainda, que esta composição do científico e do técnico favorece ao indivíduo ter conhecimento necessário para ser sensível, crítico e racional no seu cotidiano, possibilitando-lhe

seguir ou não caminhos indicados por outros, quando, em seu julgamento for ou não considerado como ideal.

Então, o que pensa, como age, o que faz e como faz o seu processo de atividade/produção, o seu cotidiano é necessário que sejam conhecidos, inclusive, os resultados obtidos. Este trabalhador e seus pares farão a diferença na obtenção dos resultados para a organização, para eles próprios e para seus clientes. Portanto, penso que daí vem a importância da enfermagem reavaliar-se constantemente e verificar como vem desenvolvendo seu trabalho, ao longo do tempo, no momento, e, ainda, como poderá vir a desenvolvê-lo no futuro.

Acredito, também, que, no Brasil e, especificamente, na profissão de enfermagem, há necessidade de conhecer e aplicar métodos que possibilitem o gerenciar com conhecimento científico adequado e não apenas por experiência, *feeling* ou qualquer outra maneira empírica de solucionar os problemas do cotidiano organizacional. Concordo com CAMPOS (1992, p.21), quando diz que “nossas empresas estão ‘jogando pelo dreno’ de 20% a 40% do seu faturamento em perdas, devido ao descontrole!”.

Portanto, entendo que, para a organização hospitalar, é necessário ser considerada esta forma de organizar o processo de atividade/produção, até pela necessária preocupação com sua própria sobrevivência. As organizações hospitalares podem estar inseridas neste contexto ou até em pior situação, porque ainda não é de nossa cultura termos administradores habilitados à frente delas. Isto é algo que, talvez, deva ser repensado com uma certa urgência, pois a sobrevivência das organizações está cada vez mais ameaçada. Quem perde com isso? Por certo os clientes, nos quais está toda a comunidade. Perde a enfermagem, sem dúvida, por ser também um dos clientes.

A luta pela sobrevivência da organização é de cada pessoa que a compõe, portanto, mostram-se de extrema valia a compreensão e a cooperação de todos. É possível observar no estudo realizado tal preocupação. Está presente em muitos dos problemas referidos pelos integrantes no grupo de enfermagem e

participantes do estudo. Estes se mostram conhecedores do que ocorre no setor. Observa-se que, ao falarem, têm esperança por mudanças, para melhor.

Em minha visão, o que é preconizado na GQT, os seus conceitos, se forem usados de forma adequada, não distorcida, poderão ser proveitosos para as pessoas e as profissões, como a enfermagem, e também, para as organizações e a comunidade, pois o mau uso destes conceitos pode ser extremamente negativo para o conjunto da sociedade.

Ao ser cogitada a GQT para apoiar a administração de uma organização, no gerenciamento de serviços ou no gerenciamento da enfermagem, é necessário, antes de tudo, verificar o contexto (cultura organizacional), principalmente quanto às pessoas, como pensam, que expectativas têm, que valores e crenças desenvolvem, porque tudo o que possa ser realizado e conquistado ou não, provavelmente, virá de suas ações. Qualquer medida tomada ou ação mais leviana pode afetar negativamente o desempenho de um projeto em uma organização, tanto pública quanto privada, como, por exemplo, cortes indiscriminados de verbas e de pessoal, levando à diminuição da qualidade e, conseqüentemente, da produtividade.

Enfim, penso que, talvez, o ser humano ainda não tenha evoluído tanto quanto o necessário, como o de ter como meta: o bem social, sua auto-preservação e a preservação das espécies e do planeta. Porém, teorias mais modernas como a cognitiva (que explicita o que é ser inteligente) e, ainda, a ecológica (que demonstra a importância dos ecossistemas sustentáveis) podem mostrar novos caminhos, ainda mais modernos e apontar um novo horizonte para o ser humano.

Talvez, estejamos apenas iniciando uma longa e interminável caminhada à procura da perfeição do existir melhor nos ambientes, nas organizações e nas profissões. Estas teorias atuais apresentam questionamentos como: o que é ser inteligente? Como os ecossistemas são sustentáveis há bilhões de anos se o ser humano, em suas organizações, não evoluiu na mesma proporção? Em minha visão, a resposta está em conteúdos significativos e próprios do ser humano, como o egoísmo, não ter limites na convivência, em ver primeiro a si e não ao outro, em não ser solidário ou ético, entre tantos outros aspectos.

Portanto, vejo o ser humano, à procura do conhecimento adequado para entender tais fatos e aprender a ser sinérgico, respeitar o outro, viver coletivamente, saber ceder ou dividir para construir, para manter a espécie e o próprio planeta. Parece-me que o maior aprendizado que o homem pode conquistar é o de preocupar-se em construir positivamente sempre, pois acredito na máxima de que: *“ele é um ser inacabado”*.

Conforme os resultados encontrados, considero alcançado o objetivo proposto para a presente dissertação: **descrever o processo de aplicação de método, ferramentas e técnicas da GQT à organização do processo de atividade/produção da enfermagem** porque, ao aplicar a metodologia proposta, a obtenção dos dados e sua análise permitiram conhecer a problemática do local SPA. Este conhecimento mostrou-me que, além da missão ser inadequada (conforme visão do grupo), a maior freqüência de problemas localiza-se nos **métodos** do modelo gerencial. Aparentemente, neste serviço, não há metodologias e organização que se apoiem em saberes administrativos e que possibilitem, de forma científica, encontrar soluções para os problemas, através do estabelecimento de prioridades e de um sistema de gerenciamento que contemple os aspectos de planejamento, de execução, de verificação e de ação.

Esta experiência, além do aprendizado em GQT, ajudou em meu crescimento profissional e, sem dúvida, pessoal. Como profissional, hoje, observo a realidade dos ambientes, das pessoas e os compreendo de outra maneira, pois venho mudando o meu modo de ver e, também, do meu pensar/fazer. Acredito que, para o processo de atividade/produção ser adequado, a solução virá pela educação e aprendizado, pois estes propiciam a aquisição de um novo conhecimento, o que torna a mudança possível. Isso me permite dizer que a pessoa deve ser estimulada a aprender, assim como as próprias organizações. Como pessoa, favoreceu-me o aprendizado de que, também, o ser humano necessita evoluir para mudar sua cultura. Ao relacionar-me com as pessoas e ambientes, venho abandonando a visão tradicional e determinística que possuía: de que nada pode ser negociado, mudado ou transformado. Também, ficou desta experiência, que o cotidiano necessita ser gerenciado e compreendido, assim como cada parte do sistema organizacional:

ambientes, pessoas, necessidades, realidades e, assim, construir um outro momento mais forte e coerente.

Dentre os fatores limitantes, evidenciados durante a realização desse trabalho, foi que a GQT não se encontra implantada na instituição e o grupo não conhecia os referenciais teóricos e, também, de não ter a disponibilidade total para, de forma tranqüila, realizar as atividades previstas no projeto, devido às interrupções bastante comuns num ambiente de urgência. Pois, para produzir mudanças, é necessário tempo para adquirir educação/conhecimento/aprendizado. Segundo CAMPOS (1992), o conhecimento é o bem mais valioso da organização, mas é necessário dispor de **tempo** para adquirí-lo. Porém, na maioria das vezes, destinar **tempo** para sua aquisição, não é percebido como um investimento necessário, mas como mera perda de **tempo**.

Parece importante destacar que, apesar da opção ter sido feita pelo turno da tarde para ser estudado, por supor-se que seria menor o afluxo de clientes, freqüentemente, houve interrupções na realização das atividades desta proposta, demonstrando, mesmo assim, a possibilidade de seu uso poder se dar em ambientes de alta demanda de serviços.

Espero que os resultados deste trabalho sirvam para serem utilizados em outros trabalhos de pesquisa, em trabalhos de campo na enfermagem, em outros serviços e organizações. Ao mesmo tempo, fico grata porque me parece que seu objetivo de – descrever o processo de aplicação do uso desta metodologia à organização do processo de atividade/produção da enfermagem foi atingido, como o atestam as palavras da Diretora Assistente do HU, onde o projeto foi desenvolvido, em seu comunicado, ao fazer uma avaliação positiva do modelo metodológico implementado e que o mesmo poderá vir a ser empregado na organização. Parece-me que é um indício da vontade de avançar, por meio de uma nova maneira de organizar o trabalho da enfermagem e possibilitar melhor qualidade de vida aos trabalhadores e aos clientes, além de poder vir a garantir a sobrevivência da organização.

6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

- AGUAYO, R. *Dr. Deming: o americano que ensinou a qualidade total aos japoneses*. Rio de Janeiro: Record, 1993.
- ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, J.S.Y. *O saber de enfermagem e sua dimensão prática*. São Paulo: Cortez, 1989.
- ALMEIDA, T. L. *Qualidade em sala de aula*. FURG em notícia, Ano I, nº3, Rio Grande Grande:1999, p.3.
- BERWICK, M. D; GOLFREY, A.B e ROESSNER, J. *Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde*. São Paulo: McGraW-Hill Ltda, 1994.
- BLAKINSTON, *Dicionário Médico*. 2 ed. São Paulo: Mc Graw-Will Book, 1973.
- BORBA, V. *Gestão da qualidade total*. 2. ed. [polígrafo]. Rio Grande, 1997.
- BORBA, V. *Método de análise e solução de problemas*. 1ª. ed. [polígrafo]. Rio Grande, 1998.
- BORBA, V.; DAWSON, Jr.G. *Gestão da Qualidade Total*. [polígrafo], DCEAC/FURG. 1º semestre. Rio Grande, 1998.
- BREILH, J. *Globalizacion y las condiciones de vida y salud en América Latina*. Centro de Estudios y Asesoria en Salud (CEAS). Equador, *Anais do 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem*. ABEn, São Paulo: 1997, p. 53-69.
- CALLENBACH, E et al. *Gerenciamento Ecológico*. São Paulo: Editora Cultrix, 1993.
- CAMPOS, V.F. *Controle da qualidade total (no estilo japonês)*. 2. ed. Rio de Janeiro: Bloch, 1992.
- CAPRA, F. *A teia da vida, uma nova compreensão científica dos sistemas vivos*. São Paulo: Editora Cultrix, 1996.
- CARR. D e LITTMAN, I.D. *Excelência nos Serviços Públicos: gestão da qualidade total na década de 90*. Rio de Janeiro: Qualitymark Editora Ltda, 1992.
- CASARTELLI, A.O.; LUNARDI, G.L. *Relatório de estágio laboratório de análises clínicas*, [polígrafo]. Rio Grande, 1998.
- CASTRO, A.M. e DIAS, E. F. *Introdução ao pensamento sociológico*. 8. ed. Rio de Janeiro: Eldorado, 1981.
- CHIAVENATO, I. *Introdução à teoria geral da administração*. 5. ed. São Paulo: Makron Books do Brasil Ltda., 1997.

- CHIAVENATO, I. *Os novos paradigmas – como as Mudanças estão Mexendo com as Empresas*. São Paulo: Atlas, 1998.
- COREN – RS, Conselho regional do Rio Grande do Sul. *Legislação*. Porto Alegre, 1997.
- CROSBY, P.B. *Qualidade falando sério - perguntas que você sempre quis fazer sobre controle da qualidade*. São Paulo: McGraW-Hill Ltda, 1990.
- DEI SVALDI, J.S. *O uso de método, ferramentas e técnicas da Gestão da Qualidade Total na organização do trabalho, em um serviço de pronto atendimento*. Florianópolis, 1999. Relatório da Prática Assistencial (Mestrado). PEN/UFSC.
- DEJOURS, C. *A loucura do trabalho*, São Paulo: Cortez, 1992.
- DEMING, W.E. *Qualidade: a revolução da administração*. Rio de Janeiro: Marques Saraiva, 1990.
- DE SORDI, M.R.L et ali. *Estabelecendo novos vínculos entre o ensino e prática de administração de enfermagem*. Texto e Contexto Enfermagem. Florianópolis. v. 5, n. 2, p. 89-101, jul.dez.1996.
- DONABEDIAN, A. *La calidade de la atención médica, definición y métodos de evaluación*. La Prensa Médica Mexicana, S.A. Copilco-Universidad, 1984.
- DONABEDIAN, A. *Quality assessment: The industrial model and the health care model. Clinica performance and Quality health care 1993* [on line]. [cited 28 março 2000]. p. 2,15. Traducción Angel Otero, Revisión Técnica: Dra. Beatriz Zurita. Available from Word Wide Web: < <http://www.insp.mx/salud/35/353-s.html> >
- DONABEDIAN, A. *Prioridades para el progreso de la evaluacion y monitoreo de la calidad de la atencion* [on line]. [cited 28 março 2000]. Available from Word Wide Web: < <http://www.insp.mx/salud/35/351-10s.html> >
- DRUCKER, F.P. *Desafios gerenciais para o século XXI*. São Paulo: Pioneira, 1999.
- DRUCKER, F.P. *Administração em tempos turbulentos*. São Paulo: Nova Fronteira, 1980.
- DRÜGG, K.I.; ORTIZ, D.D. *O desafio da educação : a qualidade total*. São Paulo: Makron Books, 1994.
- FAWCET, J. *Analysis and evaluation of conceptual models of nursing*. Philadelphia: F. A. Davis Co. 1984, p.133-164.
- FERRAZ, C.A. *A transfiguração da administração em enfermagem – da gerência científica à gerência sensível*. Ribeirão Preto, 1995, 248 p. + anexos. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de S.P., 1995.

- FERREIRA, A.B.H. *Novo dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- FRANÇA, J.L., VASCONCELLOS, A.C., BORGES, S.M, MAGALHES. *Manual para normalização de publicações técnico-científicas*. 4° ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, 1998.
- FREIRE, P. *Educação e mudança*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.
- FREITAS, M. E., *O day-after das reestruturações: a irracionaisidades e a coisificação do humano*. RAE Light . vol6, n 1, p. 5-7, jan/mar.1999. RAE – *Revista de Administração de Empresas/ EAESP / FGV*, São Paulo, Brasil.
- GASGA, R. *Calidad de la atención en los servicios de salud* [on line]. [cited 27 março 2000]. p.1-2. Available from Word Wide Web: < <http://www.insp.mx/salvia/9714/sal9/141.html> >.
- GIL, A. L. *Qualidade total nas organizações*. São Paulo: Atlas, 1993.
- GENTILI, P.A.A; SILVA, T.T (orgs.) *Neoliberalismo, qualidade total e educação*, Petrópolis: Vozes, 1994
- GIROUX, H. *Teoria crítica e resistência em educação*. Rio de Janeiro: Vozes, 1983.
- IYER, P., TAPTICH B.J., LOSEY D. B. *Processo e diagnóstico em enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- JURAN, J.M. *Juran na liderança pela qualidade*. 3° ed. São Paulo: Pioneira, 1995.
- KURTZMAN, J. *Pessoas não são números* [on line]. [cited 06 setembro 1999]. p. 1. Available from Word Wide Web: < <http://www.centroatl.pt/edigest/edicoes/ed49tege2.html> >.
- LEOPARDI, M. T. *Contribuição ao estudo das teorias da enfermagem, Florianópolis, 1988. Mimeo*.
- LUNARDI, FILHO, W. D, *O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina*. Florianópolis, 1998. Tese (Doutorado). PEN/UFSC.
- LUNARDI, FILHO, W.D, *Cultura e clima organizacional*. SINERGIA: R. do Departamento de Ciências Econômicas, Administrativas e Contábeis - vol. 6 - Rio Grande: Fundação Universidade do Rio Grande, 1994.
- MARTINS, P. G. & ALT, P. R. C. *Administração de materiais e recursos patrimoniais*. São Paulo: Saraiva. 2000.
- MATOS, J. *Lições do pioneiro em videoconferência* [on line]. [cited 08 junho 1999]. p.1. Available from Word Wide Web: < <http://www.centroatl.pt/edigest/edicoes/ed25cap3.html> >.

- MATSUDA, L. M., ÉVORA, Y. D. M. , BOAN, F.S. *Inserção do método desdobramento da função qualidade (QFD) no planejamento do serviço de enfermagem*. R. Bras. Enferm. Brasília, v. 51, n. 1, p. 93-104, jan./mar., 1998.
- MENDES, V.L.P.S. *Gerenciando qualidade em serviço de saúde*. R. Bras. Enferm. Brasília, v. 46, n. 3/4, 211-225, jul./dez. 1993.
- MERRY, M. D. *The evolution of quality assurance and na overview of TQM* [on line]. [cited 27 março 2000]. Available from Word Wide Web: < <http://www.insp.mx/salud/35/353-s.html> >
- MEZOMO, J. *Gestão da qualidade na saúde - princípios básicos*. São Paulo: Terra - Escritório de Comunicação, 1995.
- NOGUEIRA, R.P. *Perspectiva da qualidade em saúde*. Rio de Janeiro: Qualytimek Editora Ltda., 1994.
- OSADA, T. *House keeping*. São Paulo: Instituto IMAM, 1992.
- PALADINI, E.P. *Qualidade total na prática implantação e avaliação de sistemas de qualidade total*. São Paulo: Editora Atlas S.A., 1994.
- REVISTA DOS TRIBUNAIS (RT), 615/383.
- SANTOS, M. P. *Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção a saúde da criança sob a ótica do usuário*. R. Bras. Enferm. Brasília, v. 48, n. 2, p. 109-119, abr./jun. 1995.
- SENGE, P. *A dança das mudanças - os desafios de manter o crescimento e o sucesso em organizações que aprendem*. Rio de Janeiro: Editora Campus Ltda, 1999.
- SILVA, G.B.S. *Enfermagem profissão análise e crítica*. São Paulo: Cortez, 1989.
- SIQUEIRA, H.C.H. *Construção de um processo educativo através do exercício da reflexão crítica sobre a prática assistencial integrativa, com um grupo de enfermagem de um hospital universitário*. Florianópolis, 1998. Dissertação. PEN/UFSC.
- TRENTINI, M.; DIAS, L.P.M. *Série meu primeiro projeto assistencial*. Florianópolis, Imprensa UFSC – Casa Vida & Saúde 1994, p. 9.
- VAILL, P.B. *Aprendendo sempre - estratégias para sobreviver num mundo em permanente mutação*. São Paulo: Futura, 1997.
- WEBER, A. *Cuide de sua empresa como se fosse um jardim* [on line]. [cited 26. agosto 1999]. p. 1-2. Available from Word Wide Web: < <http://WWW.centroatl.pt/edigest/edicoes99/ed-ago/ed58te-gel.html> >.

WHITE, A. *Melhoria contínua da qualidade - um guia prático para desenvolver um programa de qualidade eficaz*. Rio de Janeiro: Record, 1998.

WHITELEY, R.C. *A empresa totalmente voltada para o cliente*. 12^o ed. Rio de Janeiro: Editora Campus Ltda, 1992.

WEVWE, H.H. Rumo ao século XXI. In: REVISTA Qualimetria, no. 21, 1993, p. 28.

YAMARCHI, N. I., MUNHOZ, C. H. F. *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.

ANEXO 1

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DOS DESPORTOS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE MESTRADO INTERINSTITUCIONAL EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Ilm^a Sr^a

Chefe do Serviço de Enfermagem
Hospital Miguel Riet Corrêa Jr. - FURG

Senhora Diretora

Ao cumprimentá-la cordialmente, venho por meio deste solicitar autorização para desenvolver um Processo de Trabalho em Qualidade Total, com um grupo da Enfermagem, do Serviço de Pronto Atendimento, com vistas a minha Prática Assistencial para a Dissertação de Mestrado. Sou aluna regular do Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem - UFSC/ UFPel/ FURG/ URCAMP, e meu orientador é o Prof. Dr. Enf. Wilson Danilo Lunardi Filho.

O grupo junto ao qual pretendo trabalhar, será composto por enfermeira do turno e o grupo de auxiliares de enfermagem, deste turno.

O tema a ser desenvolvido na Prática Assistencial é a organização do processo de trabalho na enfermagem, usando conceitos, métodos e ferramentas da Teoria da Qualidade Total Japonesa.

Ocorrerão reuniões com o grupo, em que serão definidos os itens a serem abordados no processo; após trabalhados estes dados, serão utilizados as ferramentas e métodos da teoria proposta, para ser realizado um planejamento de processo de trabalho dentro destes conceitos.

Terei presente o compromisso ético em resguardar todos os sujeitos envolvidos no trabalho, assim como a Instituição.

Na certeza de contar com Vosso apoio, desde já agradeço pela oportunidade, ao mesmo tempo em que me coloco ao inteiro dispor para outros esclarecimentos.

Atenciosamente

Jacqueline Sallete Dei Svaldi
Mestranda

Ciente de Acordo.

Data: ____/____/____

Assinatura Diretora de Enfermagem
HUMRCJr. - FURG

ANEXO 2

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DOS DESPORTOS
UNIVERSIDADE DE SANTA CATARINA
CURSO DE MESTRADO INTERINSTITUCIONAL EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
UFSC/UFPel/FURG/URCAMP

CONVITE PARA REUNIÃO NO HOSPITAL DR. MRCJR.

Ilmo(a) Sr.(a)

Serviço de Pronto Atendimento (SPA)
Hospital: Dr. Miguel Riet Corrêa Jr

Prezado Sr.(a)

Venho respeitosamente através do presente, convidá-lo a participar da reunião que será realizada no SPA - Hospital Dr. MRCJr., para esclarecimento da proposta a ser desenvolvida no setor acerca de um Processo de Trabalho na Enfermagem, focalizando a qualidade e os temas nela envolvidos. Este trabalho será por mim desenvolvido, no setor referido.

Na certeza de contar com vosso apoio, desde já agradeço.

Atenciosamente

Jacqueline Sallete Dei Svaldi

Data: ____/____/____
Local: _____

ANEXO 3

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DOS DESPORTOS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE MESTRADO INTERINSTITUCIONAL EM ASSSITÊNCIA DE ENFERMAGEM
UFSC/ UFPel/ FURG/URCAMP

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO DO PARTICIPANTE

Ilmo(a). Sr(a).

Prezado Sr.(ª),

Venho respeitosamente através do presente, solicitar sua colaboração no sentido de participar do grupo que desenvolverá um Processo de Trabalho em qualidade total, como Prática Assistencial, que será por mim desenvolvida, para a construção da Dissertação de Mestrado.

O objetivo da atividade é construir um Processo de Trabalho na enfermagem, focalizando a obtenção da qualidade, através de reuniões e reflexões para a estruturação do novo processo de trabalho.

O Orientador do trabalho é o Prof. Dr. Enf. Wilson Danilo Lunardi Filho.

Asseguro o compromisso com o sigilo e a ética neste trabalho, respeitando a privacidade de cada participante.

Pelo presente consentimento livre e esclarecido, declaro que fui informado(a), de forma clara e detalhada, dos objetivos, da justificativa, da forma de trabalho, através de reuniões geradoras de itens variáveis os quais serão classificados e organizados em um método (MASP), visando implementar, um Processo de Trabalho na Enfermagem. Fui igualmente informado(a):

- Da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida acerca dos temas geradores;
- Da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do trabalho, sem que me traga qualquer prejuízo;
- Da segurança de que não serei identificado(a) e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade;
- De que serão mantidos todos os preceitos éticos-legais durante e após o término do trabalho;
- Do compromisso de acesso às informações em todas as etapas do trabalho bem como dos resultados, ainda que isso possa afetar minha vontade de continuar participando.

Responsável pelo trabalho: Mestranda Jacqueline Sallete Dei Svaldi

Orientador: Prof. Dr. Enf. Wilson Danilo Lunardi Filho - Fone: 351448

Faculdade de Enfermagem/UFPel
Fones/ Fax: (0532) 71.3031
Pelotas - RS.

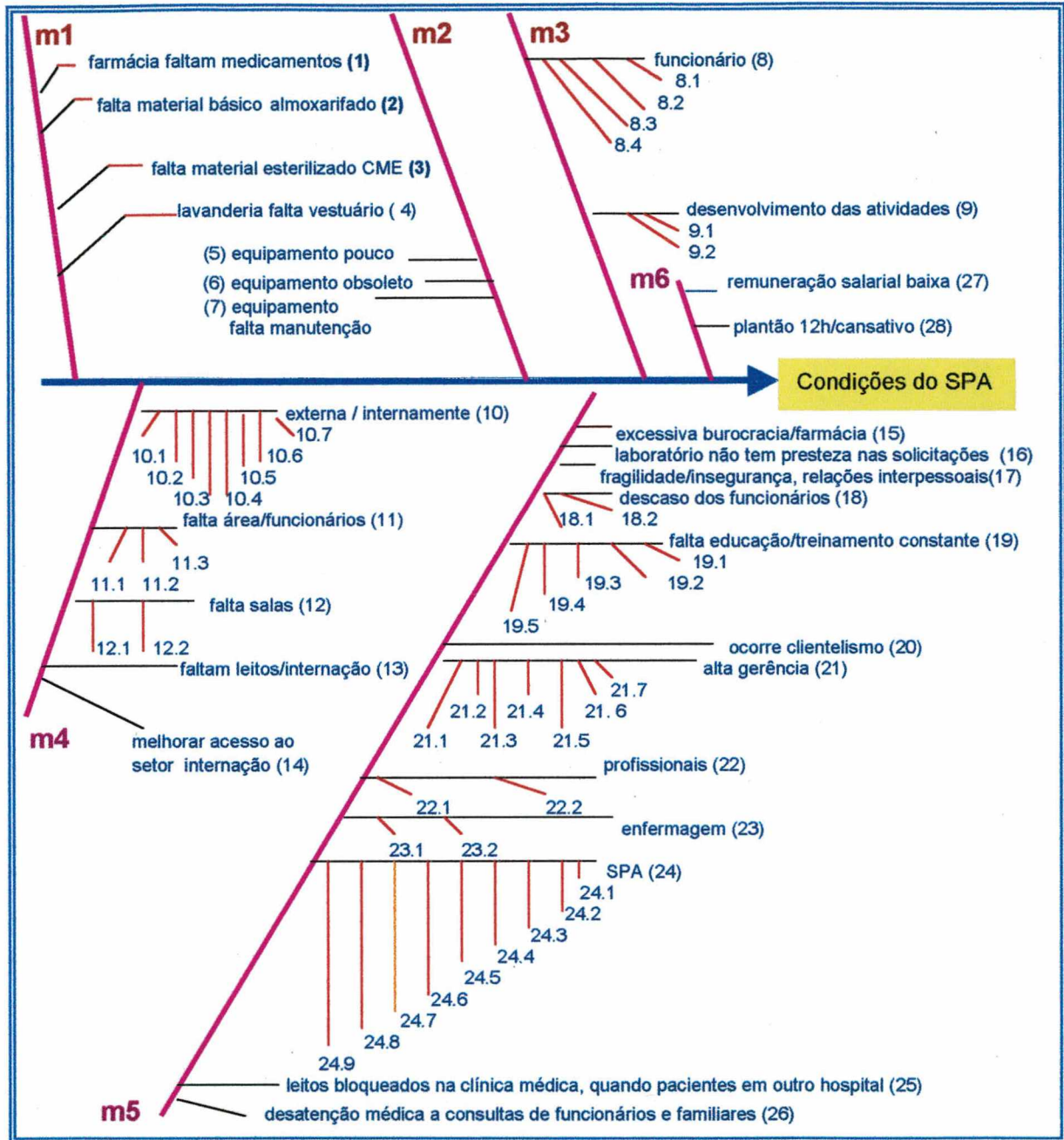
Local: _____

Data: ____/____/____

Assinatura do Participante: _____

ANEXO – 4

DIAGRAMA DE ISHIKAWA



Fonte: DEI SVALDI, 1999.

NOTA: Legenda: a) m1: materiais b) m2: máquinas c) m3: mão-de-obra,
 d) m4: meio ambiente e) m5: métodos f) m6: medidas