

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO TECNOLÓGICO
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

**INOVAÇÕES TECNOLÓGICAS DE GESTÃO E AS
TRANSFORMAÇÕES DECORRENTES DO SEU USO
EM UM HOSPITAL GERAL PRIVADO DE MÉDIO
PORTE**

ELEIDE MARGARETHE PEREIRA FARHAT

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção e Sistemas da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do título de Mestre em Engenharia, Área de Avaliação Inovação tecnológica.

Florianópolis

maio 1999

“Não é o desafio com que nos deparamos que determina quem somos e o que estamos nos tornando, mas a maneira com que respondemos ao desafio. Somos combatentes, idealistas, mas plenamente conscientes, porque o ter consciência não nos obriga a ter teoria sobre as coisas: só nos obriga a sermos conscientes. Problemas para vencer, liberdade para provar. E enquanto acreditamos no nosso sonho, nada é por acaso”.

“HENFILL”

À minha mãe Maud e meu pai Salvador “in memorian”, por proporcionarem sempre a liberdade consciente para trilhar o meu caminho em busca dos meus sonhos.

Ao Hossein, companheiro inseparável, que com sua sensibilidade aguçada soube compreender os melhores e os piores momentos desta minha caminhada, oferecendo-me muito amor e dedicação.

Às minhas filhas Jamile, Aline e Camila, que em meio a sua adolescência compartilharam com muito amor, carinho e compreensão esta conturbada, mas muito proveitosa etapa da nossa existência.

Ao meu orientador, Doutor Rolf Hermann Erdmann, que com grande competência, tranquilidade e confiança conduziu o desenvolvimento deste trabalho.

Ao administrador do Hospital Santa Catarina, Sr. Haroldo Bachmann, a quem aprendi no desenvolver deste estudo a admirar e respeitar pelo seu espírito empreendedor, honestidade e perseverança.

À Deus, por proporcionar o apoio espiritual necessário ao meu viver...

ii

AGRADECIMENTOS

À minha irmã Evely, meu cunhado Osvino e os filhos Alexandre, Larissa e Felipe, grandes incentivadores e participantes ativos nesta minha trajetória.

À professora e amiga Heloísa, a quem agradeço especialmente pelas orientações pertinentes e o estímulo recebido durante os períodos mais difíceis da realização deste trabalho.

À professora Gladys Benito, doutoranda da Engenharia de Produção, que com suas reflexões facilitou a compreensão dos caminhos a serem percorridos em uma das etapas mais difíceis deste processo.

À professora e amiga Denise, companheira desde o início do curso de enfermagem na UNIVALI, que muito auxiliou no delineamento desta pesquisa.

À professora e Doutora Alacoque Lorenzini Erdmann, educadora dedicada e competente, pela sua colaboração e incentivo, a minha admiração e gratidão.

Aos membros da banca examinadora, Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho e Dr. Valter Saurin que com suas valiosas contribuições enriqueceram, ainda mais este trabalho.

À enfermeira Geisa, gerente do serviço de enfermagem e ao Maurício, gerente de capacitação e desenvolvimento do Hospital Santa Catarina, pela gentileza e presteza em oferecer informações e documentos necessários para a realização deste trabalho.

À Neusa, secretária da gerência de enfermagem, que com muita consideração viabilizou vários contatos necessários à concretude deste estudo.

À Nágela, responsável pela digitação deste trabalho, pela solicitude, responsabilidade e companheirismo.

Aos professores do curso de mestrado em Engenharia da Produção da Universidade Federal de Santa Catarina, pela descoberta e ampliação de horizontes.

Aos colegas professores, alunos, funcionários e coordenação do curso de Enfermagem pela solidariedade e carinho durante esta construção.

À Universidade do Vale do Itajaí que dispensou-me parcialmente do trabalho para realizar o curso de mestrado.

À ACADEMIA DE CIÊNCIAS E À CAPES pelo apoio financeiro.

À todos os trabalhadores dos serviços de saúde, em especial os que participaram e viabilizaram este estudo.

E a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

iii

SUMÁRIO

RESUMO.....	ix
ABSTRACT.....	x
1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	11
1.1. Apresentação.....	11
1.2. Contexto do problema.....	11
1.3. Objetivos.....	13
1.3.1. Objetivo geral.....	13
1.3.2. Objetivos específicos.....	13
2. ASPECTOS METODOLÓGICOS DO ESTUDO.....	15
2.1. Tipo de estudo.....	15
2.2. Local de estudo.....	16
2.3. População e amostra.....	17
2.4. Instrumento e/ou técnicas utilizadas para coleta de informações.....	20
2.5. Métodos para a análise dos dados.....	23
2.5.1. Análise qualitativa.....	24
2.5.2. Análise quantitativa.....	25
2.6. Aspectos éticos.....	27
3. CONTEXTO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES.....	29
4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	39
4.1. Retrospectiva histórica da mudança de paradigmas.....	39

4.2. Inovações tecnológicas da gestão.....	50
4.2.1. <i>Benchmarking</i>	50
4.2.2. Planejamento estratégico.....	59
4.2.3. Terceirização.....	72
4.3. Gerenciamento da qualidade.....	79
4.3.1. Gerência da qualidade nos serviços de saúde.....	81
4.3.2. Qualidade do processo e do produto (serviços).....	91
4.3.3. Qualidade do processo/produto (serviços) nas organizações hospitalares.....	97
4.3.4. Qualidade de vida no trabalho.....	99
4.3.5. Qualidade da gerência.....	107
4.4. Os aspectos positivos das novas abordagens.....	116
5. O HOSPITAL SANTA CATARINA.....	118
5.1. História do Hospital Santa Catarina.....	118
5.2. Caracterização geral do Hospital Santa Catarina.....	119
5.3. Organograma.....	121
5.4. Recursos disponíveis.....	122
5.5. Indicadores de qualidade e produtividade - 1998.....	122
5.6. A experiência inovadora de gestão em um hospital geral privado de médio porte.....	125
5.6.1. O <i>Benchmarking</i>	126
5.6.2. A terceirização.....	127
5.6.3. Planejamento estratégico.....	129
5.6.4. Programa 5 S.....	130
5.7. Transformações estruturais ocorridas no Hospital Santa Catarina.....	134
6. ANÁLISE DA EFETIVIDADE DAS INOVAÇÕES TECNOLÓGICAS DE GESTÃO....	136
6.1. Dados de identificação e saúde.....	136
6.2. Análise e interpretação.....	137
6.3. Reflexos das inovações tecnológicas no Hospital Santa Catarina.....	158
6.4. Dados sobre a qualidade da gerência/supervisão	177
6.5. Dados referentes às inovações tecnológicas.....	194
6.6. Reflexos das inovações tecnológicas no Hospital Santa Catarina – uma síntese.....	207

6.7. Aspectos positivos das inovações tecnológicas de gestão no Hospital Santa Catarina.	214
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	221
7.1. Limitações.....	223
7.2. Sugestões.....	223
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	225
9. ANEXOS.....	229

v

LISTA DE TABELAS

Tabela n.º 1.a Distribuição que representa em média o funcionário do Hospital Santa Catarina - pode tomar decisões sobre o que fazer e como fazer o seu trabalho.....	137
Tabela n.º 1.b Distribuição que representa em que medida o gerente/supervisor do Hospital Santa Catarina pode tomar decisões sobre o que fazer e como fazer o seu trabalho.....	137
.....	143
Tabela n.º 2.a Distribuição que representa como o funcionário do Hospital Santa Catarina - percebe a maneira de realizar o seu trabalho.....	143
Tabela n.º 2.b Distribuição que representa como o gerente/supervisor do Hospital Santa Catarina - percebe a maneira de realizar o seu trabalho.....	148
.....	148
Tabela n.º 3.a Distribuição que representa como o funcionário do Hospital Santa Catarina - percebe o produto final (serviço) oferecido pelo seu setor.....	154
Tabela n.º 3.b Distribuição que representa como o gerente/supervisor do Hospital Santa Catarina - percebe o produto final (serviço) oferecido pelo seu setor.....	154
Tabela n.º 4.a Distribuição que representa com que intensidade o funcionário do Hospital Santa Catarina - percebe que o seu trabalho é completo, tem começo ou fim, ou trata-se de uma pequena parte do todo, que é terminado por outras pessoas ou máquinas.....	158
Tabela n.º 4.b Distribuição que representa com que intensidade o gerente/supervisor do Hospital	159

-	Santa Catarina percebe que o seu trabalho é completo, tem começo ou fim, ou trata-se de uma pequena parte do todo, que é terminado por outras pessoas ou máquinas.....	164
	164
Tabela n.º 5.a	Distribuição que representa como o funcionário do Hospital Santa Catarina percebe o grau de segurança na realização do seu trabalho.....	168
-		
Tabela n.º 5.b	Distribuição que representa como gerente/supervisor do Hospital Santa Catarina percebe o grau de segurança na realização do seu trabalho.....	168
-		
Tabela n.º 6.a	Distribuição que representa em que medida o funcionário do Hospital Santa Catarina considera o pagamento (salário) e benefícios recebidos.....	171
-		
Tabela n.º 6.b	Distribuição que representa em que medida o gerente/supervisor do Hospital Santa Catarina considera o pagamento (salário) e benefícios recebidos.....	172
-		
Tabela n.º 7.a	Distribuição que representa como o funcionário do Hospital Santa Catarina percebe as possibilidades de crescimento pessoal e de desenvolvimento na realização do seu trabalho.....	
-		
Tabela n.º 7.b	Distribuição que representa como o gerente/supervisor do Hospital Santa Catarina percebe as possibilidades de crescimento pessoal e de desenvolvimento na realização do seu trabalho.....	
-		
Tabela n.º 8.a	Distribuição que representa em que medida o funcionário do Hospital Santa Catarina considera a satisfação pelo seu trabalho na instituição.....	
-		
Tabela n.º 8.b	Distribuição que representa em que medida o gerente/supervisor do Hospital Santa Catarina considera a satisfação pelo seu trabalho na instituição.....	
-		

Tabela n.º 9.a	- Distribuição que representa como os funcionários do Hospital Santa Catarina percebem a frequência com que a chefia fala sobre o modo como realizam o seu trabalho.....	177
Tabela n.º 9.b	- trabalho.....	
	
Tabela n.º 10.a	Distribuição que representa como os gerentes/supervisores do Hospital Santa Catarina percebem a frequência com que a chefia imediata fala sobre o modo como realizam o seu trabalho.....	179
-		
Tabela n.º 10.b	Distribuição que representa como o funcionário do Hospital Santa Catarina percebe o grau de conhecimento do seu supervisor ou chefia imediata.....	180
-		

Tabela n.º 11.a	Distribuição que representa como o gerente/supervisor do Hospital Santa Catarina percebe o grau de conhecimento da chefia imediata.....	184
-	Distribuição que representa como o funcionário do Hospital Santa Catarina considera a comunicação entre o seu supervisor ou chefia imediata com os funcionários.....	190
Tabela n.º 11.b	
-	Distribuição que representa como o gerente/supervisor do Hospital Santa Catarina considera a comunicação entre o seu supervisor ou chefia imediata com os colegas de trabalho.....	190
Tabela n.º 12.a	Distribuição que representa como o funcionário do Hospital Santa Catarina considera a qualidade da supervisão que recebe no seu trabalho.....	194
-	Distribuição que representa como o gerente/supervisor do Hospital Santa Catarina considera a qualidade da gerência que recebe no seu trabalho.....	194
Tabela n.º 13.a	Distribuição que representa como o funcionário do Hospital Santa Catarina percebe a comparação (<i>benchmarking</i>) do seu trabalho com de outros colegas, de outros setores da instituição, ou de outras instituições que prestam o mesmo tipo de serviço.....	197
-	Distribuição que representa como o gerente/supervisor do Hospital Santa Catarina percebe a comparação (<i>benchmarking</i>) do seu trabalho com de outros colegas, de outros setores da instituição, ou de outras instituições que prestam o mesmo tipo de serviço.....	201
Tabela n.º 13.b	Distribuição que representa como o funcionário do Hospital Santa Catarina percebe a comunicação com funcionários de outras empresas (terceirizadas) que atuam dentro do hospital.....	202
-	Distribuição que representa como o gerente/supervisor do Hospital Santa Catarina percebe a comunicação com funcionários de outras empresas (terceirizadas) que atuam dentro do hospital.....	
Tabela n.º 14.a	Distribuição que representa como o funcionário do Hospital Santa Catarina percebe a missão, filosofia e objetivos da instituição repassada pela chefia.....	
-	Distribuição que representa como o gerente/supervisor do Hospital Santa Catarina percebe a missão, filosofia e objetivos da instituição.....	
Tabela n.º 14.b		
-		
Tabela n.º 15.a		
-		
Tabela n.º 15.b		
-		

LISTA DE FIGURAS

Figura n.º 01	-	O	Processo	do	51
<i>Benchmarking</i>					57
Figura n.º 02	-	Os	Cinco	Estágios	do
<i>Benchmarking</i>					71
Figura n.º 03	-	Processo	Simplificado	de	Planejamento
<i>Estratégico</i>					94
Figura n.º 04	-		Triangulação	de	
<i>Serviços</i>					208
Figura n.º 05 - Fluxograma da Experiência Inovadora de Gestão do Hospital Santa Catarina.....					
Figura n.º 06 - Síntese dos Reflexos das Inovações Tecnológicas de Gestão.....					

LISTA DE QUADROS

Quadro n.º 01	Representação dos 37 funcionários do Hospital Santa Catarina entrevistados: cargo na instituição, local de trabalho, turno de trabalho e data de admissão.....	18
Quadro n.º 02	Relação dos Gerentes e Supervisores das Unidades de Negócios do Hospital Santa Catarina entrevistados: cargo na instituição, setor de trabalho, data de admissão e formação profissional.....	19
Quadro n.º 03	Aspectos Positivos da Utilização das Novas Tecnologias de Gestão nas Organizações - Pressupostos Teóricos.....	117
		215
		217
	Os Reflexos do <i>Benchmarking</i> no Hospital Santa Catarina.....	219

Quadro n.º 04 Os Reflexos do Planejamento Estratégico no Hospital Santa Catarina.....
-

Quadro n.º 05 Os Reflexos da Terceirização no Hospital Santa Catarina.....
-

Quadro n.º 06
-

viii

RESUMO

O presente estudo analisa os reflexos da utilização de algumas teorias inovadoras na gestão de uma organização hospitalar privada de médio porte. Trata-se de um estudo de caso que inicia contextualizando o ambiente hospitalar com uma revisão teórica sobre o *benchmarking*, planejamento estratégico e terceirização. A análise decorre do levantamento de dados realizado através de observações, pesquisa documental e entrevistas. Buscou-se verificar a efetividade de novos paradigmas administrativos sobre aspectos qualitativos dos processos e produtos, da vida do trabalhador e da gerência. A pesquisa apresenta também uma descrição de como o processo aconteceu na instituição e as possíveis influências das estratégias adotadas sobre o funcionamento da organização. Os fatos e dados nos permitem considerar que a organização estabeleceu um importante elo entre as inovações tecnológicas com a gestão pretendida. Os projetos de melhoria, a avaliação da satisfação dos clientes, o reconhecimento da comunidade, indicam que existe a disposição concreta em melhorar continuamente. Entretanto, as inovações ainda não encontram-se completamente difundidas em todo o hospital; assim entendemos que as empresas, ao implementar mudanças, devem investir tempo suficiente para prepará-las e planejá-las de forma que possibilitem atingir seus objetivos. Esta preparação permeia o conceito da organizações aprendizes e do conhecimento, dotadas da organicidade necessária às instabilidades e transformações que lhe são impostas. Desta forma, nada é definitivo, as mudanças sempre ocorrerão, seja em novas tecnologias de produtos e processos, na qualidade de vida das pessoas, gerenciamento das organizações ou necessidade da sociedade. E a ciência da administração buscará estabelecer referenciais novos a cada tempo, incorporando as experiências cotidianas, proporcionando um constante reconstruir de interações complexas, levando à formulação de novas estratégias organizacionais.

ABSTRACT

This study analyses the influence of some innovative theories on the management of a medium-sized private hospital. It is a case study that contextualizes the hospital environment using a theoretical review on benchmarking, strategic planning and outsourcing. The analysis is a result of the data survey carried out through observation, documental research, and interviews. The study aims to verify the effectiveness of new managerial paradigms concerning qualitative features of processes and products, of worker's lives and of top management. The research also outlines of the way in which the process takes place within the hospital and the possible influences of the adopted strategies on the functioning of the organization. Facts and data enabled us to see that the organization has established an important link between technological innovations and the intended management. Projects for improvement, evaluation of the client's satisfaction and community recognition show that there is a definite tendency towards continuous improvement. However, innovations are still not completely widespread throughout the hospital. Thus, we believe that when implementing changes, companies must spend enough time in preparation and planning to enable them to attain their goals. This preparation permeates the concept of beginner and learning organizations, which have the required corporate structure for the instabilities and changes which are imposed on them. Therefore, nothing is definite. There will always be changes either in new technologies of products and processes, people's quality of life, organizational management or social needs. Managerial science tries to establish new references for each era, incorporating daily experiences to provide a continuous renewal of complex interactions, leading towards the development of new organizational strategies.

x

1. INTRODUÇÃO

1.1. Apresentação

Este trabalho é um estudo de caso que analisa os reflexos da utilização de algumas das inovações tecnológicas de gestão em uma organização hospitalar privada de médio porte. A escolha da organização hospitalar situada no Vale do Itajaí - Santa Catarina, ocorreu em função do seu pioneirismo em implementar e inovar novos estilos de gerência. “Sem idéias novas, sem inovação, a organização perde a capacidade de reagir ao meio ambiente, o que num ambiente mutável, a alta velocidade, pode significar o início do fim de uma organização” (Boog, 1991, p.176).

Apresenta-se inicialmente uma contextualização do ambiente hospitalar, enfocando a complexidade dos seus aspectos orgânico-estruturais e a dificuldade destas instituições em manter a sobrevivência e aumentar a competitividade diante das atuais contingências econômico-sociais. Na metodologia detalha-se todos os recursos e etapas utilizados durante os dois anos de desenvolvimento da pesquisa. Na revisão teórica descreve-se o processo de mudanças pelo qual têm passado as organizações e as estratégias que vem sendo adotadas como o *benchmarking*, planejamento estratégico e terceirização, em função da necessidade de integrar-se à realidade de um mundo instável. Narra também as etapas de como o processo de mudança ocorreu no Hospital Santa Catarina (Blumenau - Santa Catarina) e as possíveis influências das estratégias adotadas sobre o funcionamento da organização. A análise decorre de um levantamento realizado

através de observações, pesquisa documental e entrevistas, buscando-se verificar a efetividade de novos paradigmas administrativos sobre aspectos qualitativos dos produtos e processos, da vida do trabalhador e da gerência.

1.2. Contexto do problema

As organizações de saúde, identificadas na tipologia de Mintzberg (1982), como organizações profissionais, ainda são em grande número gerenciadas por profissionais da área da saúde, com pouco ou nenhum conhecimento administrativo. Este fato tem acarretado grandes dificuldades à sobrevivência destas instituições.

No dia a dia, a imprensa tem divulgado as condições dos hospitais públicos e privados nas diferentes regiões brasileiras: falta de leitos, superlotação, desperdício, sucateamento dos equipamentos, falta de recursos humanos qualificados, descontentamento da clientela interna e externa, entre tantos outros.

As organizações hospitalares e seus gerentes sofrem o impacto das transformações. A gerência ou gestão desloca-se da prática de simples técnicas administrativas para a incorporação de novas habilidades e atitudes. Estratégia, capacidade criativa e de inovação, habilidade de comunicação, de relacionamento e de negociação passam a ser atributos desses profissionais (Cherubin, 1997).

Hoje os hospitais precisam conscientizar-se de que seu nível de concorrência passa a ser semelhante àquele enfrentado pelas demais organizações. No Brasil, ainda há um longo caminho a ser percorrido para a adequada e necessária valorização da área de gestão hospitalar, como campo de desenvolvimento profissional. A contínua crise no setor saúde torna mais evidente a necessidade de estudos que possibilitem descrever casos reais, de instituições e administradores/gerentes que buscaram, através de estratégias inovadoras, melhorar a qualidade dos serviços prestados aos seus clientes (Ibidem).

Para Todescati (1996), a capacidade inerente da organização de aprender continuamente sobre seu próprio ambiente, a fim de produzir reações apropriadas e mobilizar recursos para competir, acenam a necessidade do homem administrar uma cultura organizacional global. Isto é, uma visão multidimensional. E isto implica mudanças.

Assim, organizações flexíveis e pessoas abertas são fatores primordiais para o sucesso da implantação dessas mudanças. Entende-se, então, que as instituições que buscam aperfeiçoamento, não devem estar restritas ao processo/produto e à satisfação do cliente externo, mas contemplar também a qualidade da gerência, a qualidade de vida da sua força de trabalho, na comunidade onde se instala, sem perder de vista os ideais do bem comum.

O processo de mudança é uma caminhada lenta à procura do novo. No livro *A Conspiração Aquariana*, Ferguson (1994) enfoca a transformação como sendo uma viagem sem destino final... e cita quatro estágios desta viagem.

O primeiro, um ponto de entrada, o *start* ocorre no momento em que nos deparamos com fatores que abalam o velho entendimento do mundo, quando nos apercebemos de indícios de uma forma mais brilhante, rica e significativa de vida.

O segundo estágio, exploração, é o momento da procura. Com cautela e entusiasmo lançamo-nos a tarefa de procurar o objeto que nos deteve a atenção.

O terceiro, integração, é o momento do aprendizado. A compreensão de que nossos velhos conceitos, hábitos e estratégias não são apropriados às novas convicções.

O quarto estágio, conspiração, é a descoberta da utilidade. Visualizamos outras fontes de poderes, meios de utilizá-las para nossa realização e a dos outros.

Cabe aqui salientar que o poder é estratégico em um processo de mudança, pois seu uso adequado e ético, traz novas possibilidades de criação de um mundo melhor.

Para trilharmos este caminho, precisamos ter uma postura generalista, ter uma visão holística, abrangente, futurista, no sentido mesmo de ver e sonhar... e digna, apoiada no respeito próprio e mútuo. Também devemos ser empreendedores, ágeis, correr riscos, humildes, capazes de reconhecer as limitações e positiva, em pensamentos e ações. No entender de Silva (1995, p.216), “a instituição deve ser vista como parte do projeto de vida daqueles que nela trabalham. Em contrapartida, os responsáveis pela instituição devem encarar seus recursos humanos como o seu maior patrimônio... zelando para que suas necessidades básicas sejam atendidas”.

Dentro desta perspectiva ao enfocarmos a utilização de novos paradigmas, escolhidos e adotados por uma instituição hospitalar, pretendemos conhecer a influência destes nos resultados da organização. Questiona-se portanto, qual a influência dos paradigmas administrativos enfocados sobre a qualidade dos processos e dos produtos, da gerência e da vida no trabalho nesta organização.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo geral

Conhecer os principais reflexos do *Benchmarking*, Planejamento Estratégico e Terceirização sobre a qualidade do processo e do produto, qualidade de vida no trabalho e qualidade da gerência em uma organização hospitalar de médio porte.

1.3.2. Objetivos específicos

- Descrever as etapas do processo de implantação do *Benchmarking*, Planejamento Estratégico e Terceirização na organização hospitalar em questão.

- Relacionar as transformações ocorridas na qualidade do processo e produto, qualidade da gerência e qualidade de vida no trabalho, decorrentes da adoção de novas abordagens da Administração: *Benchmarking*, Planejamento Estratégico e Terceirização.

2. ASPECTOS METODOLÓGICOS DO ESTUDO

A importância estratégica das novas tecnologias de gestão, para as organizações, requer que o tema seja tratado de forma abrangente. Desta forma, pelas características da abrangência, comparatividade e atualidade este estudo está estruturado na forma de um mosaico, no qual a qualidade é uma parte do todo, ainda que ocupe uma posição de destaque. Assim, são esboçados arcabouços teóricos amplos que compreendem o universo da qualidade. Porém, para efeito de delimitação do estudo detalhamos três ferramentas básicas utilizadas neste processo. São elas o *benchmarking*, o planejamento estratégico e a terceirização. Desejamos conhecer um número de insumos, processamentos e outputs que possibilitem analisar os reflexos do processo de implantação de um sistema de qualidade, através de um estudo de caso específico.

2.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de caso classificado como descritivo-exploratório, temporal. A abordagem utilizada é a quali-quantitativa em que os dados foram obtidos através do contato direto da pesquisadora com a situação estudada, através de múltiplas técnicas como entrevistas, observações e pesquisa a documentos. Procura-se destacar os produtos e os processos analisados, de acordo com as colocações dos funcionários (nível operacional) e gerentes/supervisores (nível gerencial).

Gil (1991) considera que as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição de características de determinada população ou fenômeno, e as exploratórias proporcionam uma visão geral acerca de determinado fato.

Neste estudo de natureza descritiva-exploratória, optamos por associar também uma dimensão temporal, com propósitos comparativos, afim de colocar as descobertas em um contexto mais amplo, que permitissem conhecer como as mudanças ocorreram com o passar do tempo (Polit e Hungler, 1995).

Escolhemos o estudo de caso por ser uma estratégia de pesquisa que focaliza a dinâmica presente em um só ambiente, podendo envolver casos únicos ou múltiplos e vários níveis de análise (Yin apud Eisenhardt, 1989). Segundo Good e Hatke apud Lüdke e André (1986, p.17), devemos utilizá-lo quando quisermos “estudar algo singular que tenha um

valor em si mesmo. O interesse, portanto, incide naquilo que ele tem de único, de particular, mesmo que posteriormente venham a ficar evidentes certas semelhanças com outros casos ou situações”.

Caracteriza-se por ser um estudo longitudinal e profundo, constituindo-se em uma investigação empírica da contemporaneidade de determinado fenômeno, dentro do contexto da vida real. Permite múltiplas fontes de evidência como documentos, dados de arquivo, observação direta, observação participativa, entrevista e outras. Essas fontes vão captar como e/ou o porquê do fenômeno, em nível maior de profundidade (Yin apud Eisenhardt, 1989).

2.2. Local de estudo

Este estudo foi realizado em uma instituição hospitalar privada de médio porte localizada na cidade de Blumenau-SC. Trata-se de um hospital geral com 150 leitos, dirigido por uma entidade evangélica, não conveniada ao SUS (Sistema Único de Saúde).

Foi escolhido por ser um centro de referência na região do Vale do Itajaí-Açú e por ser um dos pioneiros na região a utilizar novas ferramentas de gestão, tais como *benchmarking*, planejamento estratégico e terceirização visando o incremento da eficácia da organização. Congrega várias especialidades, investindo continuamente na sua estrutura física; com aperfeiçoamento tecnológico através da aquisição de materiais e equipamentos de última geração. Investe também na preservação da cultura, com a formação de auxiliares de enfermagem na escola do próprio hospital. Estimula e fornece auxílio para a especialização do seu corpo funcional através da promoção e da participação em cursos, seminários e jornadas.

A administração atual também incentiva a troca de experiências entre a universidade e a instituição, contribuindo para o aprimoramento técnico-científico do seu *staff* e de futuros profissionais nas diferentes áreas de atuação da empresa.

A descrição detalhada da Instituição em estudo encontra-se no capítulo seis.

2.3. População e amostra

A pesquisa compreende o setor saúde, especificamente o caso de uma organização hospitalar.

A população consta de todos os trabalhadores pertencentes ao quadro funcional e gerencial da empresa.

A amostra escolhida foi intencional, de modo a representar o nível operacional e o nível gerencial da instituição.

A primeira amostra, composta pelo nível operacional, foi selecionada levando-se em consideração os seguintes critérios, descritos a seguir:

- data de admissão na empresa anterior a 1991, período em que começaram a ser introduzidas as novas tecnologias de gestão pelo novo administrador contratado pela instituição;
- representar as diferentes categorias funcionais, distribuídas nas treze unidades de negócio existentes atualmente na instituição;
- representar os três turnos de trabalho, matutino, vespertino e noturno (noite I e noite II);
- oferecer maior representatividade à categoria funcional mais numerosa na instituição, a equipe de enfermagem (cerca de 45% do total de funcionários);
- aceitar fazer parte da amostra e ter disponibilidade de tempo para responder o instrumento.

Desta forma, dos 90 funcionários que atendiam aos critérios explicitados anteriormente, 37 funcionários fizeram parte da primeira amostra (Quadro 01)

A segunda amostra, composta pela categoria gerencial, incluiu todos os gerentes e supervisores em exercício, independente da data de admissão, que concordassem em participar da amostra e tivessem disponibilidade de tempo para responder ao instrumento.

Assim, fizeram parte da segunda amostra todos os cinco gerentes e onze dos treze supervisores (dois encontravam-se em férias), totalizando uma amostra de dezesseis sujeitos (Quadro 02)

Quadro n.º 01

Representação dos funcionários do Hospital Santa Catarina entrevistados: cargo na instituição, local de trabalho, turno de trabalho e data de admissão

	Cargo	Local de Trabalho	Turno de Trabalho
01	Enfermeira Assistencial	Seção A	Diurno
02	Técnico enfermagem	Centro Obstétrico	Diurno
03	Auxiliar enfermagem	Pronto Socorro	Noturno
04	Auxiliar enfermagem	Centro Cirúrgico	Noturno
05	Auxiliar enfermagem	Pediatria	Noturno
06	Auxiliar enfermagem	Psiquiatria	Diurno
07	Auxiliar enfermagem	Centro Cirúrgico	Diurno
08	Auxiliar enfermagem	Sala Recuperação	Diurno
09	Auxiliar enfermagem	Maternidade	Diurno
10	Auxiliar enfermagem	CTI Pediátrica	Noturno
11	Auxiliar enfermagem	CTI Adulto	Noturno
12	Auxiliar enfermagem	CTI Adulto	Diurno
13	Auxiliar enfermagem	Seção A	Diurno
14	At. Enfermagem	Pediatria	Diurno
15	At. Enfermagem	Berçário	Diurno
16	At. Enfermagem	Seção B	Diurno
17	At. Enfermagem	Pronto Socorro	Diurno
18	Técnico RX	Centro Diag. Imagem	Diurno
19	Terapeuta ocupacional	Psiquiatria	Diurno
20	Clínico geral	Pronto Socorro	Diurno
21	Fisioterapeuta	Fisioterapia	Diurno
22	Copeira	Serviço Nutrição	Diurno
23	Copeira	Serviço Nutrição	Diurno
24	Secretária	Gerência de Enfermagem	Diurno
25	Auxiliar Escritório	SAME	Diurno
26	Assist. Administrativo	Centro Diag. Imagem	Diurno
27	Aux. Faturamento	Faturamento	Diurno
28	Aux. Faturamento	Faturamento	Diurno
29	Telefonista	Central Telefônica	Diurno
30	Recepcionista	Pronto Socorro	Diurno
31	Encarregada Costura e	Lavanderia e Costura	Diurno
32	Lavanderia	Lavandeira e Costura	Diurno
33	Costureira	IIIª Unidade	Diurno
34	Aux. Serviços gerais	Limpeza externa	Diurno
35	Aux. Serviços gerais	Limpeza externa	Diurno
36	Jardineiro	Caldeiras	Diurno
37	Operador de caldeira	Manutenção	Diurno
	Eletricista		

Fonte: Departamento Pessoal do Hospital Santa Catarina. Blumenau/SC, 1999.

Quadro n.º 02

Relação dos Gerentes e Supervisores das Unidades de Negócios do Hospital Santa Catarina entrevistados: cargo na instituição, setor de trabalho, data de admissão e formação profissional

Cargo	Setor	Data Admissão	Profissão
Gerente Capacitação e Desenvolvimento	Depto. de Capacitação e Desenvolvimento	01/02/94	Administrador
Gerente de Enfermagem	Depto. de Enfermagem	07/01/88	Enfermeira
Gerente Administrativo Financeiro	Depto. Administrativo Financeiro	19/08/96	Administrador
Gerente Manutenção e Serviços Gerais	Depto. de Manutenção e Serviços Gerais	20/09/90	Técnico em Contabilidade
Gerente Médico	Depto. Médico	/08/92	Médico Infectologista
Supervisora Capacitação de Recursos Humanos	Depto. de Capacitação e Desenvolvimento	06/04/87	Enfermeira
Supervisão Suprimentos	Depto. Adm. Financeiro	14/10/95	Bioquímica
Supervisão Atendimento ao Cliente	Depto. Adm. Financeiro	14/01/88	Administrador
Sup. de Enf. Noite I	Depto. Enfermagem	03/03/95	Enfermeira
Sup. de Enf. Noite II	Depto. Enfermagem	04/10/89	Enfermeira
Sup. de Enf. Centro Cirúrgico	Depto. Enfermagem	21/08/95	Enfermeira
Sup. de Enf. Ambulatórios Especiais	Depto. Enfermagem	24/01/94	Enfermeira
Sup. de Enf. Materno Infantil	Depto. Enfermagem	02/04/97	Enfermeira
Sup. Contábil Financeiro	Depto. Adm. e Finanças	04/10/94	Contabilista
Sup. Centro Diagnóstico e Imagem	Depto. Adm. e Finanças	14/12/95	3º Grau Incompleto
Sup. Limpeza Interna e Externa (substituto)	Depto. Adm. e Finanças	20/09/95	2º Grau
Sup. Pessoal	Depto. Adm. e Finanças	20/10/97	3º Grau Incompleto

Fonte: Departamento Pessoal do Hospital Santa Catarina. Blumenau/SC, 1999.

Observação: Todos os cinco gerentes foram entrevistados. Quanto aos supervisores, que são em número de catorze, não foi possível entrevistar dois deles: a supervisora da clínica

médica e a supervisora do departamento de nutrição e dietética, que se encontravam em férias.

Consideramos importante, nesta segunda amostra, a participação de todo o nível gerencial, devido à especificidade do estudo e partindo do pressuposto de que a utilização de novas tecnologias de gestão devem partir dos níveis hierárquicos mais altos, ou seja, dos tomadores de decisões. Como a maioria deles foi admitida depois de 1991, resolvemos nesta amostra, não utilizar a data de admissão como critério de seleção.

Segundo Thiollent (1994), na prática da pesquisa social, a representatividade dos grupos investigados ocorre por critérios quantitativos (amostragem estatisticamente controlada) e por critérios qualitativos (interpretativa ou argumentativamente controlados). Para ele, quando necessitamos planejar a amostra de pessoas a serem entrevistadas com alguma profundidade pode-se recorrer às amostras intencionais. Nesse tipo de amostra, escolhe-se um pequeno número de pessoas intencionalmente, em função da relevância que eles apresentam em relação a um determinado assunto. Assim, pessoas ou grupos são escolhidos em função da sua representatividade social dentro da situação considerada. A informação que estes trabalhadores são capazes de transmitir é muito mais rica, do que aquela que se pode alcançar por meio de questionários comuns.

2.4. Instrumento e/ou técnicas utilizadas para a coleta de informações

Para Eisenhardt (1989), é comum a utilização de métodos múltiplos para coletar dados, tais como entrevistas, observações e documentos. Também é comum, em estudos de caso, a combinação de dados qualitativos e quantitativos, usados alternadamente.

Os dados quantitativos podem indicar relações que não são evidentes para o pesquisador. Os dados qualitativos são usados para entender o raciocínio ou teorias que fundamentam relações reveladas nos dados quantitativos, ou sugerir diretamente teorias que podem ser fortalecidas pelo suporte quantitativo (Jick, Mintzberg, apud Eisenhardt, 1989).

Neste estudo, a coleta de dados ocorreu em duas etapas. Na primeira, utilizamos observação, anotações de campo e consulta a documentos. Na segunda e última etapa, a entrevista.

A primeira etapa teve início no mês de fevereiro de 1997 até janeiro de 1999. Durante este período foram realizadas visitas periódicas a todas as instalações do hospital em estudo. As visitas eram acompanhadas por uma enfermeira, designada para esta atividade pela gerente do Serviço de Enfermagem. As observações foram registradas nas anotações de campo, de forma aleatória, sem muita preocupação em selecionar o que parecia

importante ou não.

Segundo Eisenhardt (1988), nesta fase normalmente é difícil saber o que será ou não útil no futuro e as anotações também levam a questionamentos do tipo o que estou aprendendo?, como esse caso difere de outros?. O conteúdo das observações traz uma característica descritiva, onde o pesquisador descreve os fatos que observou no campo, e também uma reflexiva, seus comentários. A técnica de observação normalmente está associada a entrevistas rápidas, curtas e informais. Nesse tipo de estudo, segundo Godoy (1995), é interessante que a “análise esteja presente durante os vários estágios da pesquisa, pelo confronto dos dados com questões e proposições orientadoras do estudo”. Realmente durante as visitas foram realizados constantes questionamentos à enfermeira acompanhante, e a outros sujeitos relacionados com o interesse do estudo.

Além das visitas periódicas, agendadas com antecedência, também foi utilizada a observação e anotação de campo, durante os meses de maio de 1997 e agosto de 1998. Neste período, oito alunas do curso de enfermagem da Faculdade de Enfermagem do Vale do Itajaí realizaram o estágio complementar em quatro unidades distintas do hospital em estudo. Como professora da disciplina Administração e Liderança Aplicada à Enfermagem, supervisionei o estágio destas alunas. Esse contato mais íntimo nas unidades responsáveis pela produção dos serviços (agora não apenas como observador estranho) mas participando do contexto, possibilitou observações e reflexões que enriqueceram em muito a coleta de dados. As alunas desenvolveram um projeto de atuação, que constou de um breve diagnóstico da unidade escolhida, identificação dos problemas, seleção dos problemas prioritários, plano de ação e relatório das atividades desenvolvidas. Os dados descritos nos quatro projetos de atuação também foram utilizados como fonte de coleta de dados.

O hospital costuma receber para visita, além de alunos da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Vale do Itajaí, alunos da Faculdade de Administração, que cursam a disciplina Administração Hospitalar. A visita consta de dois momentos: o primeiro, realizado no auditório

onde é apresentado pelo administrador um breve histórico do hospital, a estrutura organizacional e o planejamento estratégico. Posteriormente os quatro gerentes existentes descrevem de forma rápida como funcionam as treze unidades de negócio em que foi dividido o hospital.

No segundo momento, ocorre a visita às instalações de algumas das unidades, especialmente as que receberam reformas estruturais recentes e apresentam-se melhor e

modernamente equipadas. Estas visitas foram gravadas, transcritas e posteriormente utilizadas na coleta de dados, bem como os relatórios apresentados pelos alunos.

Ainda na primeira etapa foi utilizada a análise documental, buscando identificar informações factuais, a partir de questões de interesse.

Para Lüdke e André (1986) “a análise documental pode se constituir numa técnica valiosa de dados qualitativos, seja complementando as informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema”. Estes autores consideram documentos “quaisquer materiais escritos que possam ser usados como fontes de informações sobre o comportamento humano. Estes incluem desde leis e regulamentos, normas, pareceres, cartas, memorandos, jornais, revistas, dados estatísticos entre outros.”

Lüdke e André (1986), apresentam uma série de vantagens para o uso de documentos na pesquisa. Destacam o fato de os documentos constituírem uma fonte estável e rica, que persiste por um longo tempo. Podem ser consultados várias vezes e servir de base para diferentes estudos, podem ser retiradas evidências que fundamentam afirmações e declarações do pesquisador, seu custo em geral é baixo, e também podem indicar problemas que devem ser melhor explorados através de outros métodos.

Desta forma, neste estudo, foram utilizados pesquisa a vários documentos entre os quais destacamos indicadores de qualidade e produtividade fornecidos pelo SCIH (Serviço de Controle Infecção Hospitalar), pesquisa quantitativa e qualitativa do nível de satisfação do cliente externo, planejamento de funcionários de acordo com categoria, data da admissão, unidade de negócio em que trabalha atualmente; documento de implantação do programa 5 S; entrevistas admissionais e demissionais, entre outros.

Na segunda etapa da coleta de dados, utilizamos a entrevista padronizada ou estruturada, a partir de um roteiro de perguntas (instrumento) feito a todos os entrevistados de maneira idêntica, e na mesma ordem, estando o entrevistador presente para algum eventual

esclarecimento ou aprofundamento necessário das informações. Para Lüdke e André (1986) esse tipo de entrevista costuma ser utilizado quando se visa a obtenção de dados uniformes entre os entrevistados, permitindo assim uma comparação imediata, em geral mediante tratamento estatístico.

A descrição detalhada dos instrumentos será abordada, nos métodos para a análise dos dados.

As entrevistas foram realizadas no mês de janeiro/99, no local de trabalho, de

acordo com a disponibilidade dos representantes que compunham os dois grupos amostrais. Sempre que possível, de acordo com o consentimento do entrevistado, foi utilizado o gravador, como recurso, pois diminui o risco de perda de informações relevantes à pesquisa. O seu uso também facilitou a compreensão do fenômeno, uma vez que as fitas foram transcritas o mais breve possível, de forma criteriosa, para assegurar que o seu conteúdo correspondesse exatamente as respostas dadas pelos informantes.

O tempo médio dispensado a cada entrevista, variou entre 30 e 45 minutos, em função das necessidades específicas do entrevistado e dos objetivos da pesquisa.

Vale ressaltar que, durante todo o período da coleta de dados, foram também entrevistados outros sujeitos da organização, tais como representantes das unidades terceirizadas, funcionários das unidades terceirizadas; o funcionário mais antigo da instituição, atualmente com 89 anos, enfermeiras assistenciais, auxiliares e técnicos de enfermagem, além de clientes externos. Estas entrevistas foram realizadas de forma informal ou formal e compiladas, durante as visitas e supervisão de estágio do pesquisador na instituição. Serviram para complementar dados relativos ao histórico, funcionamento da organização, satisfação da clientela interna e externa com a assistência prestada.

2.5. Métodos para a análise dos dados

Existem muitas formas de análise, porém escolhemos a imagem de um mosaico, onde cada peça acrescentada contribui um pouco para nossa compreensão do contexto, como um todo. Quando muitas peças já foram colocadas, podemos mais ou menos ver claramente os objetos e as pessoas que fazem parte, bem como, a relação de uns com os outros.

Este estudo foi embasado na diversidade de vários autores, pois entendemos que diferentes abordagens contribuem e enriquecem diferentemente as conclusões. Alguns podem ser úteis para que possamos relacionar as inovações tecnológicas de gestão sobre a qualidade do processo/produto (serviço), outros sobre a qualidade de vida no trabalho, ou ainda sobre a qualidade da gestão.

Deste mosaico participam dados qualitativos e quantitativos, que foram analisados conforme descrito a seguir.

2.5.1. Análise qualitativa

Neste estudo, a análise qualitativa constituiu-se já uma etapa prévia e inicial onde se buscou, na literatura, categorias de significado que fossem relevantes ao tema em estudo e que possibilitassem a construção de um instrumento capaz de levantar os dados qualitativos representativos do conceito Qualidade (método dedutivo) junto à população pesquisada. Essas categorias foram selecionadas à partir do referencial teórico apresentado, apoiado nas estruturas de Hackman e Oldham (1975), denominado Job Diagnostic Survey, J.D.S. — Levantamento do Diagnóstico do Trabalho, e também por Rodrigues (1998) e Walton (1973).

O instrumento consta então de seis blocos ou categorias, cujas propriedades (subcategorias) foram transformadas intencionalmente em escores, a fim de possibilitar uma posterior análise quantitativa, retomadas durante toda a discussão dos dados. Os blocos são os seguintes:

Bloco I - Dados de identificação e saúde pregressa e atual

- 1 - Dados de identificação
- 2 - Dados de saúde pregressa e atual

Bloco II - Dados referentes à qualidade do processo e do produto

- 1 - Autonomia e tomada de decisão
- 2 - Processo (maneira de realizar o trabalho)
- 3 - Produto final oferecido pelo setor
- 4 - Divisão, fracionamento do trabalho

Bloco III- Dados referentes à qualidade de vida no trabalho

- 1 - Grau de segurança na realização do trabalho
- 2 - Salário e benefícios recebidos
- 3 - Crescimento e desenvolvimento pessoal
- 4 - Satisfação pelo trabalho realizado

Bloco IV- Dados referentes à qualidade da gerência

- 1 - Frequência com que a chefia fala sobre o modo de realizar o trabalho
- 2 - Grau de conhecimento do supervisor ou chefia imediata

- 3 - Comunicação do supervisor ou chefia imediata com o funcionário
- 4 - Qualidade da supervisão/gerência

Bloco V - Dados referentes as Inovações Tecnológicas de Gestão

- 1 - *Benchmarking*
- 2 - Terceirização
- 3 - Planejamento estratégico

Bloco VI- Perguntas abertas sobre

- 1- Mudanças positivas e negativas ocorridas a partir de novas tecnologias de gerência
- 2- Quem (pessoa ou pessoas), fatos, contribuíram para ocorrer mudanças

- 3 - Características positivas de um supervisor ou gerente
- 4 - Conceito de Qualidade de Vida no Trabalho
- 5 - Conceito de Terceirização
- 6 - Conceito de Planejamento Estratégico
- 7 - Fatores que contribuem para melhorar a maneira de realizar o trabalho
- 8 - Futuro do Hospital.

Os blocos I e VI foram utilizados para auxiliar a análise das informações obtidas nos blocos II, III, IV e V.

Foram oferecidos nos blocos II, III, IV e V uma escala gradual, variando de um a sete, na qual o respondente pode optar por três faixas distintas, ou seja, do valor mínimo, para o valor intermediário ou máximo (faixas 1 - 3, 3 - 5, 5 - 7).

No nível operacional, a amostra deveria apontar números na escala gradual, de acordo com a sua percepção, para cada categoria em dois momentos distintos, ou seja, no período anterior a 1991, quando ainda não haviam sido introduzidas novas tecnologias de gestão e no período atual (Anexo 01 - instrumento para funcionários).

No nível gerente/supervisores, a amostra deveria também optar por números na escala gradual, de acordo com a sua percepção, para cada categoria, em dois momentos distintos. No entanto, o primeiro período que na amostra anterior precedem o ano de 1991, não pode ser mantido, uma vez que a grande maioria desta amostra foi contratada após este período. Assim, esta amostra respondeu, de acordo com a escala oferecida, nos períodos relativos a sua admissão e ao período atual (Anexo 02, - instrumento para o nível gerencial).

2.5.2. Análise quantitativa

Os dados foram analisados quantitativamente utilizando-se a estatística descritiva e apresentando-se os percentuais absolutos e relativos. A tabulação dos mesmos foi realizada manualmente. Construímos para cada categoria funcional, duas tabelas. A primeira, contendo os resultados relativos à entrevista com o nível operacional, no período anterior a 1991 e no período atual. A segunda, apresentando os resultados do nível gerencial/supervisores, referentes ao período em que foram admitidos e ao período atual.

Após esta etapa, procuramos comparar, a princípio, a primeira tabela e as diferenças ou similaridades dos resultados apresentados nos dois períodos de tempo mencionados. Posteriormente houve a comparação com os resultados obtidos a partir da opinião dos

gerentes/supervisores, também em tempos diferentes. Por último, a comparação entre os resultados das duas tabelas e a análise dos dados mais relevantes à luz do referencial teórico proposto.

RIGOR DO ESTUDO

Os estudos de caso, como esta pesquisa, permitem generalizações naturalísticas, uma vez que o pesquisador procura relatar as suas experiências durante o estudo de modo que o leitor é quem faz as suas próprias generalizações. Em lugar de perguntar sobre qual a representatividade do caso, o leitor vai indagar o que pode ou não aplicar deste caso na sua situação específica (Stake, apud Lüdke e André, 1986). Para o autor, este fato ocorre em função do conhecimento experiencial do sujeito, no momento em que tenta associar dados encontrados no estudo, com dados que são frutos da sua experiência pessoal.

Neste estudo, aplicamos a técnica conhecida como triangulação dos dados, pois durante dois anos utilizamos fontes múltiplas de dados (entrevista com diferentes informantes chaves, pesquisa a documentos, observação); e triangulação da teoria, com uso de múltiplas perspectivas para interpretar um único conjunto de dados (Polit e Hungler, 1995). Essa tática é considerada uma validação qualitativa cruzada. Envolve observações contínuas ou intermitentes, feitas periodicamente com o propósito de descrever mudanças que acontecem em dado ambiente e proporcionar uma base de convergência da verdade (Trivinos, 1987).

Quando uma constatação é certificada pela evidência de alguma outra, o descobrimento é mais forte e melhor fundamentado. Quando a evidência conflita, o pesquisador pode, às vezes, reconciliar a evidência através de questões mais profundas sobre o significado das diferenças (Eisenhardt, 1988). Assim, a garantia da validação ou validade, deixaria de se colocar através da aferição de índices, ou da expressão estatística da coerência entre diferentes recortes do objeto dentro da pesquisa, para tornar-se a análise das relações do conteúdo com as ações, realizada à partir de enquadre de maior amplitude do problema de investigação (Adorno e Castro, 1994).

Para a realização da entrevista estruturada, elaboramos o instrumento que a princípio foi testado com colaboração de três sujeitos que atendiam aos critérios da amostra, mas posteriormente não fizeram parte dela. O motivo foram as profundas modificações neste primeiro roteiro, por não proporcionar respostas que contemplassem os objetivos da pesquisa, na opinião da pesquisadora.

Já o segundo instrumento, o que foi utilizado no estudo, passou pela validação de especialistas que conheciam o projeto de pesquisa previamente. Um dos especialistas foi o orientador, e os demais constaram de um professor do Curso de Pós-graduação em Administração da Universidade Federal de Santa Catarina e dois professores da disciplina Administração e Liderança Aplicada à Enfermagem, na Universidade do Vale do Itajaí. Os mesmos, após acrescentarem algumas contribuições, consideraram o instrumento bastante completo e abrangente, assegurando a possibilidade de informações sobre os aspectos mais importantes para o alcance dos objetivos propostos no estudo.

2.6. Aspectos éticos

“A ética evidencia o respeito ao ser humano e a busca da cidadania. Como reflexão filosófica sobre o agir humano, traduz uma dinâmica pessoal e um processo de construção de si, que perpassa pelas nossas capacidades de ação e pela forma como a exercitamos, controlamos e dirigimos” (Poletto, 1998, p.70). Com relação aos aspectos éticos e rigor deste estudo, buscamos apresentar aqui a forma como encaminhamos o processo de trabalho.

Inicialmente apresentamos, de forma verbal, os objetivos e as intenções do trabalho ao administrador do hospital, ocasião em que solicitamos, verbalmente o consentimento para realizá-lo, quando recebemos todo o apoio e resposta afirmativa. Em seguida o administrador delegou à

gerente de enfermagem e ao gerente de recursos humanos que encaminhassem todos os contatos e apoio que precisássemos durante a realização do estudo.

A gerente de enfermagem providenciou para que a primeira visita a todas as instalações físicas do hospital fosse acompanhada por uma enfermeira assistencial, mediante agendamento prévio com a mesma e de acordo com a sua disponibilidade de horários. Foi também fornecido um crachá de identificação, que permitia o livre acesso durante toda a coleta de dados.

A primeira etapa da coleta de dados, como já descrito anteriormente, incluiu informações a partir de observações, análise a documentos e entrevista informais e formais e levou dois anos para ser concluída. As visitas foram periódicas e em momentos e situações diferentes, contribuindo para a análise qualitativa e garantindo a diversidade e o enriquecimento das informações sobre as transformações, que foram observadas durante este tempo na instituição.

Na segunda etapa, entrevista aos dois grupos amostrais previamente selecionados, de acordo com critérios pré-estabelecidos, primeiramente comunicamos ao gerente de recursos humanos sobre a data em que iniciariamos o procedimento. A partir do seu conhecimento, procuramos contactar por telefone, com auxílio da secretária da gerência de enfermagem, ou pessoalmente com as chefias dos diversos setores do hospital, a fim de conhecer o horário mais adequado para o funcionário responder ao instrumento. A seguir, elaboramos um cronograma de atuação, que nem sempre pode ser respeitado, devido à intercorrência que impedia o mesmo de ausentar-se do setor para participar da entrevista naquele momento, tendo que ser substituído por outro funcionário de setor diferente. Posteriormente, convidamos pessoalmente cada um dos sujeitos para fazer parte do estudo, oportunidade em que eram informados sobre a temática que seria abordada, os objetivos e a metodologia proposta. Isso objetivou oferecer subsídios para que pudessem aderir ou não a este trabalho. Enfatizamos que a presença não seria obrigatória e, se desejassem, poderiam desistir de participar.

Para Polit e Hungler (1995, p.293), na participação de “indivíduos como sujeitos de investigações científicas é necessário assegurar que seus direitos sejam protegidos”. Seguindo essa linha de conduta ética, não divulgamos os nomes e data de admissão dos funcionários, embora fosse um dos critérios de seleção da amostra para preservar as suas identidades, utilizando para a delimitação da amostra apenas o cargo, local e turno de trabalho. Esclarecemos que, assim

procedendo, sem a menção das identidades, nos permitimos divulgar as informações recebidas, bem como os resultados obtidos.

As entrevistas e os diálogos mantidos foram gravados, quando consentido, sendo transcritos assim que o pesquisador chegasse em casa e, no surgimento de dúvidas quanto à compreensão de alguma expressão ou mesmo de alguma palavra devido a problemas de gravação, eram na medida do possível reparadas junto ao respectivo sujeito. Apenas o pesquisador teve acesso a estas fitas, que foram compiladas por ele e arquivadas no seu domicílio.

Consideramos relevante esclarecer que após a apresentação formal deste trabalho, socializaremos as informações obtidas, pelo agendamento de uma apresentação a todos os que colaboraram para que a realização deste fosse possível.

3. CONTEXTO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES

Vivemos hoje em um contexto sócio econômico e cultural diferente de algumas décadas atrás. As mudanças que se processam na sociedade têm um ritmo vertiginoso e grande parte dos modelos que utilizamos para explicar os fatos observados tornou-se inadequada. A crise paradigmática, identificada por tantos estudiosos dos mais diferentes campos do conhecimento está a exigir novas formas de pensar, novos modelos alternativos, capazes de dar significado aos fenômenos com os quais tratamos (Carvalho, 1995).

Mitroff (1994) considera que as organizações, no passado, eram unidimensionais. Agora precisam acrescer às outras dimensões, a interface entre as dimensões biológicas, política, ambiental e preservação deste habitat. Os conceitos de racionalidade instrumental e substantiva necessitam ser retomados, há uma nova relação de valores sendo construída no mercado e, conseqüentemente, nas organizações que são influenciadas pelo ambiente. Estas organizações, que funcionam como sistemas abertos, estão em permanente interação com o meio ambiente, influenciando-o e sendo influenciadas.

Nos anos 70, Mintzberg introduziu na literatura administrativa uma visão extremamente crítica e inovadora. Em seus trabalhos, busca compreender o mundo organizacional e caracterizar o trabalho gerencial. Ao analisar a estrutura e a dinâmica das organizações, Mintzberg (1982, 1989) define sete tipos de configurações organizacionais.

As Organizações de Saúde, especificamente os hospitais e também as universidades são identificados em sua tipologia como organizações profissionais, cujo bom funcionamento depende principalmente de seus operadores. O trabalho operacional é complexo e diretamente controlado pelos que o executam, especialmente pelos que apresentam um alto nível de qualificação e que por isso requerem maior autonomia.

Para Azevedo (1995), a padronização de habilidades e conhecimentos é obtida de modo primário, através do treinamento formal. A formação inicial ocorre na universidade ou em instituição especial e contínua, por longo período, através do treinamento em serviço. Daí essa característica fundamental das organizações profissionais, grande parte das normas e dos padrões provém não da estrutura organizacional, mas de associações ou instituições profissionais.

Azevedo (1995), considera ainda que o trabalho nos hospitais é muito complexo e especializado e seus resultados não podem ser facilmente mensurados. A complexidade e a diversidade do trabalho levam à arbitrariedade, mas decisões sobre os serviços a serem prestados garantem ao profissional uma latitude considerável para a sua execução. O diagnóstico é uma etapa fundamental, e as decisões dependem, em grande parte, do julgamento profissional. Conseqüentemente, os profissionais preservam grande autonomia, pois são os únicos a dispor dos conhecimentos necessários ao desenvolvimento do seu trabalho. Nas organizações profissionais, o poder é muitas vezes consequência da perícia e não da função ou da hierarquia.

Segundo Mintzberg (1995, p.75), “quanto mais altamente treinados os empregados, menos eles necessitam ser supervisionados de perto, citando o exemplo claro de hospitais clínicas e universidade”. Para ele, os membros da organização mais controlados são os operadores que desempenham trabalho não especializado, em núcleos operacionais altamente burocratizados, acontecendo o mesmo com os seus chefes.

Quanto à estrutura administrativa, na configuração profissional, o elemento-chave é o centro operacional, onde se realizam as atividades fins da organização. O poder situa-se principalmente na parte inferior da estrutura e é repartido entre os próprios profissionais do centro operacional. O papel dos gerentes e da tecnoestrutura (analistas e planejadores) é mais limitado: pouco influencia a coordenação e a normatização do trabalho profissional.

Os profissionais controlam não só o seu próprio trabalho, mas também as decisões administrativas que os afetam, especialmente no âmbito da distribuição de recursos. É comum haver duas hierarquias administrativas paralelas, uma com características mais democráticas, com decisões de baixo para cima, para os profissionais, e outra do tipo mecânica, de cima para baixo, para a área de apoio (Azevedo, 1995).

A integração é o desafio que se apresenta às organizações profissionais. Integração da dupla estrutura, profissional e administrativa; integração dos diversos profissionais e especialistas; integração no sentido do compromisso dos profissionais com os objetivos organizacionais (Ibidem).

O poder nas organizações de saúde é compartilhado, e os profissionais têm importante papel em sua dinâmica. Logo, é evidente que as estratégias gerenciais devem incluir processos de negociação e comunicação intensa com os diversos grupos internos (Mintzberg, 1982),

“O hospital tido como uma organização profissional é considerado, como parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regime de atendimento, inclusive o domiciliar. Constituindo-se também de um centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamento de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar o estabelecimento de saúde a ele vinculados”. (Ministério da Saúde, 1978).

A existência dos hospitais é bem anterior à era cristã. O Hospital, até meados do século XVIII, estabeleceu-se com práticas independentes da medicina. Este espaço até então era comandado por religiosos, que cuidavam do cotidiano, da assistência alimentar dos internados e da salvação dos pobres, doentes, loucos e excluídos. As dimensões filantrópicas e caritativas eram a tônica desse cuidar quase doméstico. Era um misto de exclusão, assistência e transformação espiritual.

A partir do final do século XVIII, tanto a população, quanto o indivíduo são objetos da intervenção médica, que passa a relacionar a doença, ao meio que circunda o doente: a população, o ar, a água, a temperatura ambiente bem como o regime de sono.

Com a sociedade industrial, no século XIX, ocorre uma reorganização no desenvolvimento do trabalho em Saúde apoiada em três eixos (Bittar, 1997)

- a) como forma de controlar a doença em escala social ampla e efetiva;
- b) recuperando a força de trabalho civil e militar;
- c) ampliando efetivamente os direitos (especialmente de consumo) das classes subalternas.

Borba (1991) considera então que o hospital passa a ser uma empresa de alta complexidade, nos seus aspectos organizacionais e estruturais, como na sua localização no mercado. De um lado, está inserido nas condições do mercado, sofrendo todas as influências e sujeito às contingências econômico-sociais. Por outro lado, deve manter-se como prestador de serviços assistenciais à comunidade, tendo por obrigação manter-se fiel aos seus propósitos e finalidades de restaurar e promover a saúde, dentro de um bom padrão técnico e com um ótimo nível de humanização em suas atividades operacionais. Coordenar situações financeiras com objetivos sociais representa toda a dificuldade de manter-se econômica e financeiramente, além de desenvolver a assistência aos necessitados.

O Hospital é uma instituição onde atividades intelectuais são mescladas com ciência e tecnologia de procedimentos utilizadas diretamente em seres humanos, com componentes

sociais, culturais e educacionais, interferindo na estrutura, no processo e nos resultados (Bittar, 1997).

“A assistência à Saúde nos dias atuais deve ser prestada de maneira integral, mantendo-se a vinculação dos níveis primário, secundário e terciário. As ações de tratamento e reabilitação (física, psicossocial e ocupacional) devem estar interligadas e posicionadas em sequência lógica dentro de tempo e da necessidade exigida e desejada pela Comunidade. Cada vez mais o hospital deixa de ser o único lugar a resolver problema de saúde, além de promover a saúde e prevenir a doença em conjunto com outras instituições”. (Bittar, 1997, p.2)

Já Gonçalves (1987) considera que, para desenvolver suas atividades, o hospital depende de uma extensa divisão de trabalho entre seus integrantes e de uma estrutura organizacional complexa, que abrange muitos departamentos, equipes, cargos e posições, mas depende também de um elaborado sistema de coordenação de tarefas e funções. Para ele, tais atividades agrupam-se em conjuntos de funções, algumas voltadas mais diretamente para o exterior e outras mais para o interior do hospital.

As funções chamadas internas são três e referem-se à estrutura e gestão das atividades do hospital e relacionam-se com a vida interna do hospital (Gonçalves, 1987).

A primeira é a participação na formação de Recursos Humanos para a área da Saúde. Tem por objetivo ampliar a capacitação de seus próprios profissionais, de todos os níveis e categorias, contribuindo para a formação de integrantes da chamada Equipe de Saúde. Equipe coesa, está capacitada para entender o sentimento da população, participar com ela, e com ela aprender.

A segunda função reporta-se ao fato de que ele representa o palco dinâmico em que se desenrola a atividade profissional das pessoas que trabalham no hospital e cuja motivação precisa ser preservada e estimulada. A ausência ou baixa de motivação contribui seguramente para o sacrifício da qualidade dos atendimentos de todo tipo ali prestados.

A terceira, participação no desenvolvimento de pesquisas em todos os setores do hospital (médica, biológica, farmacológica, institucional, administrativa, enfermagem e organizacional), é fundamental, pois coloca em relevo as informações relativas à atividade da

Instituição e ao seu processamento. O desenvolvimento do *software* nesta área representa campo de pesquisa em todo o hospital e desenvolver-se, uma vez que a informática médica

não seria simplesmente utilizada para aumentar a rapidez e segurança de processos já estabelecidos. Pelo contrário, a prática mesmo da medicina será profundamente modificada pelo impacto da nova tecnologia (Gonçalves, 1987).

As funções chamadas externas seriam atividades aplicadas em benefício de pessoas externas a ela:

A primeira é a prestação de atendimento médico e complementar a doentes em regime de internação. O autor alerta para o fato de muitos hospitais conveniados com o SUS hipertrofiarem a atividade ambulatorial, e/ou atividades complementares, provocando um aumento no tempo de hospitalização, com os conseqüentes prejuízos econômicos, sociais, pessoais e familiares. Tal eventualidade só se justificará diante da impossibilidade de execução dos referidos exames complementares em outro regime, que não o de internação hospitalar.

A segunda função refere-se ao desenvolvimento de atividades de natureza preventiva. Trata-se de uma nova visão, especialmente quando fora do contexto das cidades brasileiras de grande porte, onde os hospitais tradicionais desempenham ainda com exclusividade, tarefas assistenciais de natureza curativa.

A terceira função é representada pela participação em programas de natureza comunitária, procurando atingir o contexto sócio-familiar dos doentes que o hospital atende. Observa-se esse fato com maior freqüência na periferia dos centros urbanos maiores e nas cidades de pequeno porte, onde iniciativas e programas de natureza comunitária são imprescindíveis.

A quarta função, segundo Gonçalves (1987) é a integração ativa do hospital no Sistema de Saúde, embora ocorra no contexto brasileiro um generalizado desequilíbrio entre a demanda e a oferta de atendimento de saúde da população. A demanda por atendimentos tende a ser crescente seja quantitativa ou seja qualitativamente. “Quantidade aponta para o horizonte da extensão, é a base para a qualidade; enquanto Qualidade indica a dimensão da intensidade, é a condição”, (Demo,1994, p.14). Assim, é essencial combinar extensão de vida com intensidade de vida. Do ponto de vista quantitativo, quanto mais cresce a confiança da população na assistência médica e nos profissionais de saúde, a tendência é para uma procura cada vez maior dos recursos

assistenciais instalados. Qualitativamente, a situação tende igualmente a se agravar, uma vez que o desenvolvimento de novas técnicas e de novos equipamentos, conduz a uma crescente utilização de recursos sofisticados por número cada vez maior de interessados. Em contrapartida, existe uma inevitável tendência à redução na

oferta de serviços, principalmente em consequência de custos cada vez mais elevados.

As fontes de receitas de um hospital são basicamente duas, públicas e privadas. As públicas provêm do Sistema Único de Saúde (SUS), em nível federal, dos auxílios e subvenções estaduais e municipais.

As privadas provêm de pacientes particulares, por meio de pagamento por serviços prestados ou doações, do seguro saúde e de convênios com medicina de grupo, cooperativas médicas, planos de administração e de autogestão. Os pacientes particulares são poucos, uma vez que os custos dos serviços hospitalares são altos. Segundo dados do IBGE, em 1995, somente 1,7% da população economicamente ativa, 74.138.441 de pessoas, tinham ganho acima de 20 salários mínimos. Abaixo desta faixa é quase impossível arcar com custos de hospitalização.

De acordo com pesquisas feitas por Bittar, em 1988, e publicado pelo autor em 1997, no Brasil, as medicinas de grupo, cooperativas médicas e seguro-saúde davam cobertura a 22.539.855 pessoas, enquanto Médici, apud Bittar (1997) mostra que as mesmas entidades cobrem 23.304.000 pessoas. Apresenta também os planos de autogestão com uma população coberta de 7.498.000 e os planos de administração com 400.000, dando um total de pessoas com direito a utilizar o sistema privado igual a 31.202.000, o que representava algo em torno de 20 a 25% da população. Neste caso o financiamento é fornecido por meio de pessoas físicas e jurídicas.

Bittar (1997) ressalta que a distribuição destas entidades não é uniforme em todo o país, principalmente pelas diferenças econômicas de cada região. Elas estão concentradas no eixo Rio-São Paulo, nas regiões metropolitanas, nas capitais e nas regiões industrializadas. Hoje também muitos hospitais possuem o seu próprio plano de saúde, inclusive os filantrópicos como as Santas Casas de Misericórdia, representando uma forma de sobreviver, evitando os baixos valores pagos pelo SUS.

Ainda na opinião de Bittar (1997), o número de hospitais privados cresceu, atingindo 6.532 com 501.736 leitos em 1990, sendo que a ênfase passa a ser nos Hospitais Gerais. Existem alguns poucos especializados em doenças mentais, tuberculose, hanseníase ou mesmo em

pediatria, cardiologia, oftalmologia, traumatologia entre outros, muitos deles dedicados ao ensino e à pesquisa. Dos 6532 hospitais, 60,1% são de pequeno porte (entre 51 e 150 leitos), 28,3% de médio porte (entre 151 e 500 leitos), sendo 79% deles privados.

Na classificação de Borba (1993), os hospitais quanto à natureza da assistência podem ser gerais (destinam-se a receber doentes de várias especialidades) ou especializados

(pediatria, cardiologia, tuberculose, maternidade).

Quanto à propriedade, manutenção e controle podem ser: governamentais (federais das Forças Armadas, assistência pública e universidades; estaduais: de saúde pública, universidade, polícia; municipais: do município; para-estatais de institutos); ou ainda particulares (filantrópicos, não lucrativos devendo destinar um percentual de sua lotação para assistência gratuita de clientes desprovidos de qualquer cobertura de saúde, além de não conceder remuneração ou gratificação de qualquer espécie a dirigentes superiores ou sócios, salvo com os quais mantiver vínculo empregatício; beneficentes, não lucrativos, destinado a assistir grupos específicos de pessoas, e mantido pela contribuição de seus associados e clientela que o utiliza, não distribuindo dividendos e os resultados financeiros nas finalidades da instituição).

Quanto ao procedimento do corpo clínico ele é fechado, quando executa todo o serviço médico, não sendo permitido a outros médicos trabalharem nos seus serviços, exceto em casos especiais ou por cortesia; aberto quando não dispõe de corpo clínico efetivo, permitindo a qualquer médico o exercício da profissão e tratamento dos seus doentes particulares; misto, quando é associado às duas formas.

O que se evidencia no Setor de Saúde para o futuro está contido na Norma Operacional Básica n.º (01/96), do Conselho Nacional da Saúde (1997) e nas Ações e Metas Prioritárias do Ministério da Saúde, de autoria do então Ministro da Saúde, sr. Carlos César de Albuquerque por ocasião do ano da saúde no Brasil. Esta resume-se a dois tópicos: Saúde Básica e Assistência Hospitalar (Cherubin, 1997).

A Saúde Básica será prioridade. Haverá incentivo à instalação de postos de saúde em todas as comunidades, para que o acesso seja fácil e rápido. Os pronto-socorros deverão ter resolubilidade até a complexidade média. A Saúde Básica desenvolverá suas atividades em toda a sua composição, ou seja, na prevenção, imunização, saneamento básico e educação sanitária, de forma universalizada e gratuita para todas as pessoas. Os gastos com essas atividades e com os profissionais serão repassados do Ministério da Saúde aos municípios e por destaques

orçamentários estaduais e municipais. Pretende-se, desta forma, reduzir internações hospitalares, bem como baixar a média de permanência de quem necessita dessa providência (Cherubin, 1997)

Na área da Assistência Hospitalar, haverá alterações profundas quanto à universalização do atendimento gratuito, uma vez que o governo não dispõe de recursos para bancar sozinho os custos da Assistência Hospitalar. O Sistema Único de Saúde repassará aos

municípios um valor per-capita mês, suficiente apenas para cobrir os gastos com quem não têm recursos. Os demais deverão comprar um plano de saúde ou seguro-saúde, que poderá ser subsidiado pelas empresas onde trabalham. Com essas medidas, o governo acredita que os hospitais poderão oferecer uma assistência melhor aos usuários. Poderão melhorar os seus recursos, uma vez que uma parcela significativa da comunidade paga pela assistência que lhe é prestada, sendo portanto, mais exigente.

Teixeira (1987), considera que estas mudanças vem ocorrendo em função de um projeto neo-liberal que defende a concepção de um Estado mínimo de privatização das estatais, e redução dos gastos públicos, para garantir a sobrevivência e até uma possível retomada do desenvolvimento econômico, em bases renovadas do ponto de vista da estrutura de propriedade e da relação entre capital-trabalho. No seu modo de ver, entende duas implicações concretas: a desresponsabilização progressiva do Estado sobre as políticas sociais e da saúde em particular, contrariando na prática, o disposto na Constituição Federal, e a reprivatização radical do Sistema de Saúde, pelo menos de uma parcela dos recursos de alta tecnologia e setores mais rentáveis da assistência ambulatorial e hospitalar.

Segundo o levantamento realizado em 1992, pelo IBGE, em convênio com o Ministério da Saúde e publicado pelo programa RADIS (Reunião, Análise e Difusão de Informação sobre a FIOCRUZ, em 1996, estavam cadastrados perto de 50.000 estabelecimentos de saúde no Brasil. Estão computados desde postos de saúde, até hospitais de grande porte (excluindo-se consultórios médicos e odontológicos particulares, os ambulatórios e gabinetes dentários de empresas e de escolas, e ainda, os provisórios para companhias ou combate a epidemias). Constatou-se que, de 1980 a 1986, houve um aumento no número destes estabelecimentos de cerca de 9% ao ano, caindo para 3% de 1986 a 1988. Credita-se a ocorrência de tal fato, principalmente, ao crescimento do número de postos e centros de saúde, que de 1980 a 1992, aumentaram cerca de três a quatro vezes. Isto além de indicar um aumento na oferta de serviços

pode também mostrar uma tentativa de se inverter a lógica do investimentos de saúde, deslocando-se dos hospitais para a assistência primária e ambulatorial.

Em relação à oferta de emprego, o mesmo estudo constatou (1.356.077), em 1992, denotando um crescimento de aproximadamente 9% ao ano, com as maiores taxas para outros profissionais de nível superior, que não médicos. Entre eles psicólogos, enfermeiros, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, provavelmente como consequência da multidisciplinaridade, característica do cuidado à saúde.

Outro fator relevante, que vem provocando mudanças é a globalização. No início surgiram os equipamentos de ponta, agora estão sendo oferecidos também os comuns. Hoje, ela é parte integrante na composição da qualidade dos serviços prestados. As fronteiras perderam as dimensões do passado, existe uma nova geopolítica, uma transnacionalidade, uma reordenação social. O Estado mudou, não apresenta mais a conotação surgida a partir da necessidade de agregação de pessoas. Já não existe mais o Estado protetor, que oferece boas condições sociais para a população (Cherubin, 1997)

Desta forma, os hospitais vêm tentando modernizar-se, para atender novos rumos. Alguns deles têm optado por não manter convênio com o SUS. Passam a ter como clientes aqueles que pagam por seguro saúde ou plano de saúde, ou ainda, os particulares; como é o caso do hospital em estudo.

Segundo Cherubin (1997), o cenário que se apresenta nas organizações de saúde de uma forma geral são a instabilidade econômica, a mudança na metodologia da assistência com ênfase aos cuidados preventivos, a tecnologia médica e a capacitação dos recursos humanos. Com relação à instabilidade econômica, as instituições pouco a pouco estão percebendo que não há preço capaz de cobrir a ineficiência gerencial, e que os ganhos deverão advir da eficácia da atividade principal. A concorrência já atingiu outros setores. A competitividade é crescente, bem como a proliferação de nichos de mercado em que a rentabilidade parece ser mais promissora.

Não havendo modificação de gestão, caberá aos hospitais gastos com os clientes idosos, os crônicos descompensados, os cirúrgicos e alguns doentes terminais, implicando somas normalmente altíssimas. Os custos precisam ser controlados, monitorados, não apenas por responsabilidade de quem está lidando com os recursos financeiros, mas sim por todos os elementos da instituição. No profissional de saúde, está o centro de toda a operação relacionada com gastos e este deve procurar compreender mais profundamente as operações que são

realizadas para diminuir a mesma. Só assim haverá mudanças significativas comportamentais. Há necessidade crescente do profissional e de participação na prevenção, através de graus cada vez mais frequentes da otimização e diminuição de custos. Na diminuição de gastos, a sinergia entre outras instituições também é importante, através da formação de um centro de referência para Serviços Diagnósticos, compartilhado por Instituições próximas (Cherubin, 1997).

É preciso entender que a própria complexidade dos Sistemas de Saúde e a necessidade de mudanças acentuadas nas últimas décadas têm forçado a Administração e a

própria organização hospitalar no sentido de novas posturas, novos estilos e novos modelos de desenvolvimento e de crescimento.

Segundo Borba (1989), os prismas e abordagens puramente mecanicistas herméticos e próprios das épocas de estabilidade e tranqüilidade econômica, onde o Estado supre todas as necessidades dos seus hospitais, então dando lugar a situações mais dinâmicas, mais contingenciais e mais abertas. Com isto, os hospitais foram obrigados a ir à luta, disputando serviços e receitas financeiras com todos os demais hospitais dentro das regras do mercado. Desta forma, estes têm tomado medidas que os levam a novos compromissos, e conseqüentemente a novas abordagens, com nova dinâmica, orientação e redirecionamento funcional, através de uma nova forma gerencial.

Pode ser um novo método, dispositivo ou processo de transformar a criatividade em algo lucrativo, ou que tenha valor. O valor pode ser definido de duas formas: na primeira, o cliente dará muito valor, caso receba muita qualidade (hospital bem aparelhado), bom atendimento (cortesia e competência do pessoal ligado ao Serviço de Saúde), pague um preço justo (o menor de preferência) fique pouco tempo no hospital (o menor possível). Para a segunda, a interpretação é análoga, sendo que o cliente espera menor esforço (sofrimento) e menor risco (perigo de insucesso).

Com tudo isso, fica claro que a inovação sistemática torna-se o propósito básico e organizado de todo o hospital, junto com uma análise das oportunidades que tais modificações podem oferecer, sob o ponto de vista econômico e social.

É preciso entender que a própria evolução dos fatos e complexidade dos Sistemas de Saúde têm passado por mutações muito acentuadas, forçando a administração e a própria organização de Saúde no sentido de novas posturas, novos estilos e novos modelos de desenvolvimento e de crescimento, que visam a implantação de programas de melhoria contínua.

Dentre esses modelos, destacamos o Planejamento Estratégico, Terceirização e *Benchmarking* como possibilidades que se apresentam, cuja eficiência e eficácia deve ser verificada à luz de realidades particulares.

4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

4.1. Retrospectiva histórica da mudança de paradigmas

As organizações estão passando por um processo de mudanças onde as transformações, fazem-se presentes envolvendo o homem ora como sujeito, ora como objeto de sua ação, em função da necessidade de integrar-se à nova realidade de um mundo instável.

O homem é um ser biopsicossocial, na opinião de Chanlat (1992), é um ser que possui multidimensões como afirma Ramos (1994), é um ser que possui duas formas de racionalidade a guiar seus atos, como lembra Ramos (1993) ao citar Weber: a racionalidade instrumental, orientada pelo cálculo utilitário de conseqüências e a substantiva, baseada nos valores.

Na sociedade moderna, o homem foi unidimensionalizado, através da supervalorização da parte econômica e da sua racionalidade instrumental. As organizações, a sociedade e a própria vida passaram a fundamentar-se e centralizar-se no mercado. A questão moral sofreu um processo de transvalorização, onde antes o que era visto como mau, passou a ser considerado bom (Lux, 1993). Isto tudo resultou, hoje, em grandes avanços tecnológicos, mesmo tendo levado também a grandes desastres sociais. Se de um lado o desenvolvimento da tecnologia possibilitou melhoria nas condições de vida de alguns setores da sociedade, já em outros não beneficiou na mesma medida. Para ele, na verdade, tal acontecimento não seria mesmo possível com o fundamento moral e ético do mundo industrial-financeiro, puramente econômico.

Já Pinchot e Pinchot (1994) consideram que após o período da Revolução Industrial, a burocracia tornou-se um importante instrumento de alocação de recursos nas organizações. Atendia as necessidades e propósitos das mesmas, ao organizar a divisão do trabalho, ao profissionalizar a administração e a tomada de decisões, bem como ao proporcionar uma ordem e um conjunto de regras para diferentes especialistas trabalharem coordenadamente com um fim comum.

Na idealização da organização burocrática, Weber (1993) utiliza os conceitos de autoridade e de dominação como sendo os requisitos indispensáveis à efetividade deste modelo. O termo dominação é utilizado como “sinônimo” de poder, porém, com sentido operacional diferenciado. Para ele, o poder envolve a utilização da força ou a coerção,

enquanto que a dominação é o exercício do poder através de uma obediência voluntária. Há, neste caso, uma suspensão de julgamento. Assim, a dominação passa a ser oficializada em nível organizacional, pelo exercício da autoridade.

Para o autor, são três os tipos de autoridade, a autoridade racional-legal, a autoridade carismática e a autoridade tradicional. A autoridade racional-legal ou burocrática baseia-se na crença do direito daqueles que ocupam os cargos mais elevados de terem poder sobre os subordinados. A dominação está envolta na legitimidade da autoridade através de normas legais racionalmente definidas e aceitas.

A autoridade carismática, por sua vez, está inserida na devoção a um detentor específico do poder e orienta-se pelas características pessoais dele ou dela. A dominação carismática é um poder sem base racional, pois é pessoal e intransferível. Este tipo de dominação é considerado como impróprio para a burocracia, haja vista, que se choca com os preceitos da burocracia pela irracionalidade, pela instabilidade e pela arbitrariedade.

Já a autoridade tradicional está alicerçada na crença da ordem estabelecida na tradição. Assim, não são questionados os usos e costumes dos antepassados, mas sim incorporados aos valores de seus seguidores. Este tipo de autoridade é visível em monarquias, grupos indígenas e em organizações empresariais identificadas com o seu fundador (mito do fundador).

As instituições de saúde são também, em grande número, caracterizadas como organizações burocráticas, e utilizam a autoridade burocrática (Weber, 1993), para possibilitar o exercício da racionalidade no processo administrativo. O grau de burocratização destas instituições é determinado pelo excesso de normas e rotinas, que impedem com frequência processos de criatividade e inovação. Com relação à autoridade e poder, também existem especificidades, especialmente nas organizações hospitalares.

O relacionamento vertical costuma ser dificultado pela existência de duas fontes de autoridade para a tomada de decisão, o médico e o administrador. A competência técnica do médico e a gravidade de uma circunstância conferem a ele um poder de decisão acima do previsto nas normas burocráticas. Assim, tanto os administradores, como os médicos utilizam-se do poder, mas por razões diferentes, favorecendo, em muitas situações, o conflito nas instituições e a incoerência com os resultados e objetivos por ela almejados.

Ramos (1984) alerta que, nestas organizações, a busca da racionalidade formal pode acarretar desvios nas operações das mesmas, principalmente pelo excesso de disfunções da burocracia. Para ele, o diagnóstico e a caracterização das disfunções do

modelo burocrático weberiano apontam para a ineficiência da organização. Considera que a principal falha de Weber foi a de organizar um modelo burocrático de acordo com os princípios da máquina (sistema fechado). A exigência de controle por parte da organização, a previsibilidade e a rapidez do comportamento provocam dificuldades no atendimento ao público, pois o burocrata não presta contas para o cliente, mas às regras de sua organização e ao seu superior hierárquico. Isso gera situações de conflito, devido ao relacionamento impessoal.

Thompson (1997) procurou explicar a inversão dos meios e os fins nas organizações burocráticas, citando exemplos de situações onde as regras não se aplicavam. As conseqüências dessa constatação fizeram-se notar tanto nos empregados como nos clientes. Para os clientes, há um sentimento de frustração, pois o relacionamento impessoal não permite que o caso particular seja analisado de outra forma. Para os empregados estabelece-se uma situação de impotência perante os acontecimentos, levando a um comportamento de indiferença ou de hostilidade.

O mesmo autor considera que as organizações não são capazes de gerar compaixão, ou ter outro qualitativo como boa, má ou cruel. A compaixão é entendida por ele como a capacidade de colocar-se no lugar de alguém e de sentir emoções por ela. Um dos fatos analisados é o de que especialistas da organização burocrática trabalham com problemas que afetam a maioria das pessoas e não com aqueles que envolvem um pequeno grupo de pessoas. Outro fator a ser considerado é a existência do papel do especialista que detém o conhecimento do significado para o acompanhamento dos vários fins, bem como o papel do proprietário, aquele para o qual a estrutura deve ser construída.

Observa-se que a maioria das organizações até essa época, por acharem desnecessária a preocupação com as demais dimensões do indivíduo, enquanto trabalhando em grupo (alta demanda em relação à oferta), não sofria qualquer perda significativa. As relações entre pessoas-coisas-objetos encobriam as relações pessoas-pessoas. Entretanto, as rápidas e contínuas transformações que as organizações vêm sofrendo, impostas pela nova demografia (acúmulo de pessoas nos grandes centros urbanos), pelas novas relações comerciais e produtivas dos agentes econômicos, pelo desenvolvimento tecnológico e unificação dos mercados, sinalizam a necessidade de novas reflexões acerca do modelo burocrático.

O determinismo econômico, baseado em uma racionalidade funcional, instrumental, abre espaço para os valores intrínsecos do ser humano como sujeito, projetando

sua razão substantiva no espaço de produção (Ramos 1981). A conjugação entre o exercício do cálculo, associado ao do julgamento, permite que o indivíduo exerça sua reflexão crítica, percepção e análise do contexto onde está inserido, ultrapassando assim as fronteiras do seu mundo organizacional.

Verifica-se que, apesar do sucesso alcançado pela burocracia em outros tempos, atualmente se tornou obsoleta às necessidades e exigências da flexibilidade do presente.

Mitroff (1994) considera que os recursos, nas organizações de agora, devem ser reconceituados, uma vez que são complexas e interagem com outros sistemas complexos. Não se trata de expurgar a burocracia como modelo organizacional, mas sim, de flexibilizá-la, aproximando mais da realidade, reconhecendo as pessoas, não só como agentes econômicos, de meios de produção e consumo, mas também, como seres humanos.

Para tanto, considera seis novas funções a serem incorporadas no mundo das organizações: *gerenciamento de resultados*, questões gerais do ambiente externo que influenciam a forma como as organizações são estruturadas e operadas; *gerenciamento das crises*, inclui o desenho e implementação de planos, processos e mecanismos para detenção, prevenção, preparação recuperação e o entendimento das crises chaves; *ambientalismo*, está interessado primeiro em avaliar as ameaças que produtos e processos de fabricação e distribuição propõem para o ambiente e a comunidade local; *gerenciamento da qualidade total (TQM)*, que explora o redesenho de produtos, processos e sistemas, quando necessários e apontam para o melhoramento contínuo em todas as fases das operações da empresa; *globalismo* que, envolve a identificação e desenvolvimento de novos produtos e mercados de país para país. Envolve também a *adaptação de produtos e procedimentos de acordo com os requisitos* de cada país; ética ao tratar de como os negócios da empresa afetam a saúde e segurança dos empregados, consumidores e meio ambiente. Procura contribuir para uma comunidade melhor e mais justa.

Para que essas novas funções possam surtir o efeito desejado, é preciso também que novas dimensões organizacionais sejam definidas, buscando evidenciar a ruptura com as formas tradicionais de visualizar a participação das empresas na sociedade. Mitroff (1994) propõem quatro dimensões:

- 1- conhecimento e entendimento, o que se precisa saber para produzir e entregar produtos de classe mundial;
- 2- recuperação e desenvolvimento, trata de como auxiliar o desenvolvimento da saúde dos empregados e organizações;

- 3- serviço mundial e espiritualidade, preocupa-se com o auxílio para o desenvolvimento do bem-estar das pessoas em geral;
- 4- operações de classe mundial, as empresas precisam investir em constantes inovações, pesquisas e desenvolvimento, buscando incorporar os últimos conhecimentos, científico e de engenharia, aos produtos e processos.

Observa-se que, desde a teoria de Max Weber até as novas concepções de gerenciamento, sempre houve situações que impuseram algum tipo de mudança. Na Antigüidade, o estudo dirigia-se para as explicações que a ciência era capaz de dar para o que estava acontecendo nas organizações. Na atualidade, a preocupação está em como se preparar melhor para as novas situações que aparecerão. Neste sentido, é primordial a compreensão da história da evolução das organizações.

O estabelecimento de novos paradigmas e a desmistificação de modelos existentes são desafios que parecem se impor às organizações de futuro. Estas deverão estar preocupadas com a escassez cada vez maior de recursos naturais, atendimento às necessidades de clientes cada vez mais exigentes e também, com uma melhor qualidade de vida para a população mundial;

Para Chiavenato (1996), a vida das pessoas e das organizações é regrada e delimitada por determinados paradigmas. O autor considera paradigma como “um conjunto de regras que definem a fronteira entre o que é certo ou errado, entre o que é verdadeiro e o que é falso, entre o que se deve e o que não se deve fazer. Um paradigma então, estabelece um corredor de pensamento, no qual este fica bitolado ao que existe dentro das faixas e dos limites permitidos. Ele funciona como um modelo, como um padrão que define o comportamento das pessoas”.

Barker, citado por Chiavenato (1996, p.22), considera que “um paradigma influencia poderosamente as pessoas quanto ao seu comportamento e a atitudes”. Para ele, os paradigmas apresentam sete características básicas:

1. os paradigmas são comuns em toda atividade estruturada. Constituem as regras que dirigem o comportamento das pessoas. Estas, inconscientemente e sem perceber, são levadas por seus paradigmas;
2. os paradigmas são úteis e funcionam como verdadeiros filtros que focalizam as informações mais importantes e que selecionam o que as pessoas deverão perceber, a respeito do mundo que as rodeia. Neste sentido, os paradigmas estabelecem o que é o que não é importante ou relevante para a pessoa;

3. os paradigmas podem tornar-se doenças terminais da certeza. Eles podem tornar-se a única maneira de fazer algo, ou de pensar sobre algo, paralisando as pessoas e impedindo que elas visualizem outras e novas formas potencialmente melhores de fazer a mesma coisa. Nesse sentido, os paradigmas bitolam as pessoas e as mantêm amarradas em velhos hábitos ou maneiras de pensar e agir;
4. os novos paradigmas são geralmente criados por pessoas estranhas que provavelmente não saberão criar um paradigma totalmente novo.
O máximo que uma pessoa criativa, nessas condições, tentará fazer é melhorar o processo, fazendo algumas pequenas alterações nele, mas raramente inventará algo novo, porque sua visão está dominada e envolvida pelo velho paradigma. As novas idéias quase sempre vêm de pessoas que não estão fortemente envolvidas com os velhos paradigmas;
5. os novos paradigmas exigem visão futurística para sua adesão. Quando as pessoas estão envolvida com velhos paradigmas, apresentam forte tendência de mantê-los indefinidamente, a não ser que eles não funcionem na vida quotidiana. Um paradigma novo geralmente parece estranho às pessoas e, em seu estágio inicial não oferece dados suficientes para que as pessoas decidam-se racionalmente se é melhor ou pior do que o anterior. A adesão a novos paradigmas envolve certos riscos e exige visão, coragem e fé. Principalmente, uma visão abstrata que poucas pessoas conseguem ter;
6. as pessoas têm o poder de mudar seus paradigmas. Os paradigmas são aprendidos, adquiridos e incorporados através da experiência. Como não são geneticamente transmitidos, eles podem ser mudados, aprendidos e transmitidos às outras pessoas. Mas a mudança de paradigmas não é fácil para muitas pessoas, que se sentem presas à segurança e estabilidade dos paradigmas atuais e temem ou relutam em alterar seus comportamentos através da aquisição de outros padrões diferentes;
7. os paradigmas não são estáticos. Eles são reforçados continuamente pelos sucessos da empresa. Isto faz com que eles transformem-se no arquivo das condutas a se pôr em prática diante de diferentes circunstâncias. Em outras palavras, em face de um sinal ou situação, este é interpretado pelo paradigma respectivo, que indica a conduta que é conveniente implementar. A realidade passa a ser interpretada através do paradigma, que define o que fazer diante dela.

Da mesma forma como ocorre com as pessoas, também as empresas desenvolvem e mantêm seus paradigmas através das pessoas que nela trabalham. Na realidade, não são as empresas em si que possuem paradigmas, mas as pessoas que nelas tomam as decisões

principais e mantém o poder. Assim, as empresas funcionam através de paradigmas que definem a sua cultura organizacional. A mudança na cultura organizacional é quase sempre uma mudança de paradigmas (Marques, apud Chiavenato, 1996).

Os paradigmas definem as condições especiais com que cada organização funciona. Eles determinam a própria personalidade da organização, as características de suas filosofias, de sua cultura organizacional, de seus produtos e serviços e a maneira como as pessoas nela se comportam. Desta forma, mudar a cultura e a estrutura da empresa significa necessariamente mudar paradigmas ultrapassados. Mudar processos empresariais, ou mudar a missão e o negócio da organização certamente são providências que se refletem diretamente nos paradigmas atuais.

Senge (1990) sugere um novo modelo de organização, evoluída a partir das Organizações de Aprendizagem, nas quais as pessoas aprendem continuamente a capacidade de criar resultados que realmente desejam, surgem novos e elevados padrões de raciocínio, a aspiração coletiva é libertada, as pessoas aprendem continuamente a aprender em grupo.

O mesmo autor lembra que as melhores organizações do futuro serão aquelas que descobrirão como despertar no funcionário a capacidade de aprender das pessoas em todos os níveis, pois a capacidade da empresa não pode ser maior do que a dos membros que a compõem. Tais organizações, na opinião dele (1990), serão distinguidas fundamentalmente das tradicionais organizações de controle, através do domínio de cinco disciplinas básicas, cuja assimilação redundará em revisão ampla de valores da pessoas, pois “envolvem mudança de mentalidade, deixando-se de vez, as pessoas reagentes, para vê-las como, participantes ativos na formulação da sua realidade de reagir ao presente para criar o futuro”.

As cinco disciplinas são pessoais, ou seja, tem a ver com o que pensamos e como interagimos e aprendemos uns com os outros. São elas:

1. objetivo comum: para conseguir um engajamento a longo prazo;
2. modelos mentais: para detectar falhas na nossa maneira cultural de ver o mundo;
3. aprendizagem em grupo: para que as pessoas possam enxergar além dos limites das suas perspectivas pessoais;
4. domínio pessoal: para nos motivar a pesquisar continuamente, como as nossas ações afetam o mundo em que vivemos,
5. raciocínio sistêmico: que integra as outras quatro, fundamentando-as em um conjunto coerente de teoria e prática isoladamente (Senge, 1990).

Há necessidade das pessoas fazerem uso do intelecto para que tenham a possibilidade de exercitar a reflexão. É fato que isto causará permanente instabilidade nas organizações, pois em um sistema democrático isonômico interno, todos têm voz ativa. Schön (1971) considera necessário criar a instabilidade para que ocorra o crescimento, pois as organizações não podem achar que devem permanecer estáveis.

Vários autores no entanto, acreditam que jamais atingiremos o estado estável, porque o ser humano está em constante mudança e evolução. Para Thompson (1997), o ser humano busca o domínio através das certezas.

Já Covey (1994) afirma que os conflitos e dilemas por que passamos não podem ser solucionados através de abordagens convencionais. As pessoas não podem mais ignorar a relação entre a qualidade de suas vidas pessoais e a qualidade de seus produtos no trabalho.

Alguns dos hábitos da falta de eficácia têm suas raízes em nosso condicionamento social, baseado em um pensamento voltado para soluções rápidas de curto prazo. Senge (1990), ao tratar desse assunto, lembra que a “aprendizagem produtiva, não pode ser mantida numa organização onde as pessoas só pensam em termos de eventos de curto prazo. As ameaças à sobrevivência das organizações e das sociedades não provém de eventos súbitos, repentinos, mas de processos graduais”.

Segundo Covey (1994), a solução para esse problema é pautarmos nossa conduta em princípios, deixando de lado a retórica e as boas intenções que eliminam a confiança, alicerce para um sucesso duradouro.

A abordagem, baseada em princípios, introduz um novo paradigma o de basearmos nossas vidas e a liderança que exercemos em determinados princípios invioláveis, leis naturais na dimensão humana, que não são inventadas por nós, nem pela sociedade. São as leis do universo, referente às relações e organizações humanas.

Os princípios são como uma bússola, que possui um norte verdadeiro, que é objetivo e externo e reflete as leis naturais ou princípios, contrastando com os valores subjetivos e internos. À medida que as pessoas reconhecem e vivem em harmonia com princípios básicos tais como: justiça, equidade, integridade, honestidade e confiança; condicionam seu percurso em direção à sobrevivência e à estabilidade. Como uma bússola, princípios corretos estão sempre indicando o caminho a ser seguido. Eles surgem sob a

forma de valores, idéias, normas e ensinamentos que elevam, satisfazem, fortalecem e ensinam as pessoas. Quando aplicados consistentemente, tornam-se hábitos comportamentais, permitindo transformações fundamentais em indivíduos, relacionamentos,

organizações.

Da mesma forma que os indivíduos, as empresas que baseiam sua filosofia em princípios possuem muito mais segurança, orientação, sabedoria e força. Portanto, organizações e indivíduos devem ser orientados e governados por um conjunto de princípios, que são leis naturais e valores sociais. No âmbito organizacional, o surgimento e a consolidação de um sistema de valores resultam da complexidade e distribuição diferenciada de informações e poder dentro da estrutura. Nessa perspectiva, os valores influenciam a delimitação do desenho organizacional, ao indicarem por exemplo, operações e arranjos prioritariamente observados, além de formarem a imagem transmitida ao contexto externo, sobre o que se pode esperar da organização. As organizações apresentam sérios paradoxos. Um deles é a convivência de padrões de competição e cooperação no sentido de construir-se uma cultura vitoriosa.

Entendemos que esse universo de significações, de crenças e valores exprime graus de interatividade, compreensão e comprometimento com os processos de mudança e, no plano da cultura organizacional, promove ou inibe o potencial de contribuições de criatividade e de inovação na organização.

A mudança é intrínseca à própria vida. Sabe-se, no entanto, que toda mudança está ligada a um processo maior, uma força transformadora. Toda mudança implica novos caminhos, novas abordagens. Dentro de um processo de globalização e aumento de competitividade, as mudanças fazem parte do cotidiano das empresas.

Do lado de fora, clientes mudam seus hábitos de compra e de preferência, fornecedores mudam características e preços das matérias-primas, prestadores de serviço impõem diferentes condições e esquemas de trabalho, concorrentes mudam de estratégias, sindicatos iniciam novas reivindicações, o governo impõem alterações nas leis, e isto tudo nunca acaba. Do outro lado os processos de trabalho precisam ser modificados, máquinas e equipamentos são substituídos por novos, as matérias-primas são alteradas, os padrões de qualidade sofrem melhorias, as pessoas precisam aprender novos conhecimentos e habilidades; os produtos são desenvolvidos e melhorados, as estratégias são aperfeiçoadas e isto tudo também nunca acaba. Assim toda

empresa está sujeita a numerosos fatores externos e internos, que continuam e incessantemente sofrem mudança (Chiavenato, 1996).

Este autor considera que diante de tantas e tão diversas mudanças, as empresas não podem absolutamente trabalhar como se nada estivesse acontecendo ao ser redor, sendo extremamente necessário que as mesmas administrem as mudanças de maneira positiva e

proativa, e não simplesmente de modo negativo e reativo. No fundo, administrar empresas para ele nada mais é, hoje, do que administrar mudanças.

Na opinião de Chiavenato (1996), as mudanças sempre existiram, desde que o mundo existe e relata quatro ondas de mudanças organizacionais.

A etapa da agricultura considerada a mais longa, durou desde o início da humanidade até a Revolução Industrial. Predominavam as atividades agrícolas e pastoris de forma improvisada em que o despreparo humano e a falta de métodos geravam muito desperdício. Atualmente, apesar da introdução de novos métodos e tecnologia é ainda encontrada em certas áreas de latifúndio e exploração agrícola.

A etapa do artesanato aconteceu a partir da rápida sucessão de eventos e transformações que culminou com a Revolução Industrial. A principal fonte de riqueza é o trabalho. Alguns dos principais fenômenos que ocorreram na sua fase final foram a aplicação da força motriz na produção e utilização do vapor nas máquinas, desenvolvimento do sistema fabril baseado na divisão de trabalho, o aumento dos transportes e das comunicações.

Etapa da industrialização, iniciou-se com a segunda fase da Revolução Industrial, em 1860. As principais fontes de energia são substituídas, o vapor pela eletricidade e pelos derivados do petróleo e o ferro, pelo aço como material básico. Houve um grande desenvolvimento industrial e o gradativo distanciamento entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos. Até a metade do século XX, o ambiente empresarial encontrava-se estável, previsível, exigindo uma abordagem mecanicista e uma estrutura organizacional hierárquica, alta, centralizada e piramidal. A partir da década de 50, o ambiente tornou-se instável devido às intensas mudanças sociais, culturais, econômicas e tecnológicas. A globalização da economia, trouxe novos conceitos como qualidade total, produtividade e competitividade, como formas de sobrevivência empresarial.

A etapa de informação é a última das etapas e inicia no final do séc. XX, quando a nova riqueza passa a ser o conhecimento, a ferramenta administrativa mais importante. O modelo organizacional passa a ser orgânico, flexível, com ênfase em unidades de negócio autônomas,

redes internas e atividades grupais. O espírito empreendedor e a criatividade passam a ser fortemente estimulados. Assim, a informação passa a ser o principal combustível da empresa. Nesta era da informação, as mudanças não são estruturais, mas sobretudo, culturais, comportamentais, transformando poderosamente o papel das pessoas que nelas trabalham.

A partir da Teoria dos Sistemas (década de 50) lançada por Bertalanffy, as organizações passaram a ser estudadas de fora para dentro, isto é, partindo do ambiente para dentro delas. Do elemento maior e condicionador para o menor e condicionado. Da variável independente para a dependente.

Lawrence e Lorsch, citados por Chiavenato (1996) sustentam que a empresa que mais se aproxima das características requeridas pelo ambiente está mais sujeita ao sucesso do que a empresa que se afasta muito delas. Da pesquisa destes autores, surgiu a Teoria Contingencial, caracterizada como uma organização de natureza sistêmica ou seja, um sistema aberto (adequado para ambientes instáveis, que exigem adaptabilidade e flexibilidade). As variáveis organizacionais apresentam completo inter-relacionamento entre si e com o ambiente; as variáveis independentes, como as variáveis organizacionais são variáveis dependentes daquelas. Para eles, é o ambiente que determina a estrutura e funcionamento das organizações.

Na teoria da economia global em que vivemos, as instituições necessitam produzir produtos e serviços com qualidade, satisfazer os clientes com preços reduzidos, conhecer o mercado e os concorrentes, rever constantemente a metodologia do seu processo de produção, baseado em informação e dados estatísticos, atualizar as tecnologias utilizadas e buscar o envolvimento e comprometimento de todas as pessoas da empresa. Drucker (1999) alerta, no entanto, que grande parte das empresas utiliza a tecnologia da informação, para “registrar e reportar dados internos da organização, deixando de se preocupar com que informações externas precisam, e como podem fazer para consegui-las”. Para ele, as forças que exercem influência sobre as organizações vem de fora delas, não de dentro. Contudo, muito mais importante que as informações internas, são as externas que possibilitam conhecer de forma rápida as mudanças no perfil dos clientes e principalmente dos não clientes, procurando satisfazer as suas necessidades e garantindo a liderança e competitividade no mercado.

Segundo Chiavenato (1998, p.108) “é nos momentos de crise e dificuldades que a maioria das empresas desenvolve planos bem sucedidos. A estratégia empresarial é importante

porque é através dela que as empresas reajustam e reconciliam seus recursos, disponíveis com seus objetivos e oportunidades percebidas no contexto ambiental”.

Para Porter (1991, p.3) “uma empresa pode ao mesmo tempo, melhorar ou desgastar sua posição, através de sua escolha estratégica”.

Chiavenato (1998, p.108) considera que “a estratégia constitui um conjunto integrado de objetivos e políticas principais, capazes de guiar e orientar o comportamento da empresa a longo prazo. Através da estratégia, a empresa determina sua futura postura, com especial referência a seus produtos/serviços e mercados, sua lucratividade, seu tamanho, seu grau de inovação e suas relações com seus funcionários, clientes, fornecedores, concorrentes e certas instituições externas”.

Apresentamos, a seguir, algumas das estratégias que foram a princípio utilizadas em indústrias manufatureiras e atualmente estão sendo aplicadas também em empresas prestadoras de serviços. São elas o *Benchmarking*, o Planejamento Estratégico e a Terceirização. Vale ressaltar que procuraremos relacionar os princípios básicos de cada uma sob o ponto de vista da qualidade do processo e produto, da vida do trabalhador e qualidade da gerência também nas organizações hospitalares.

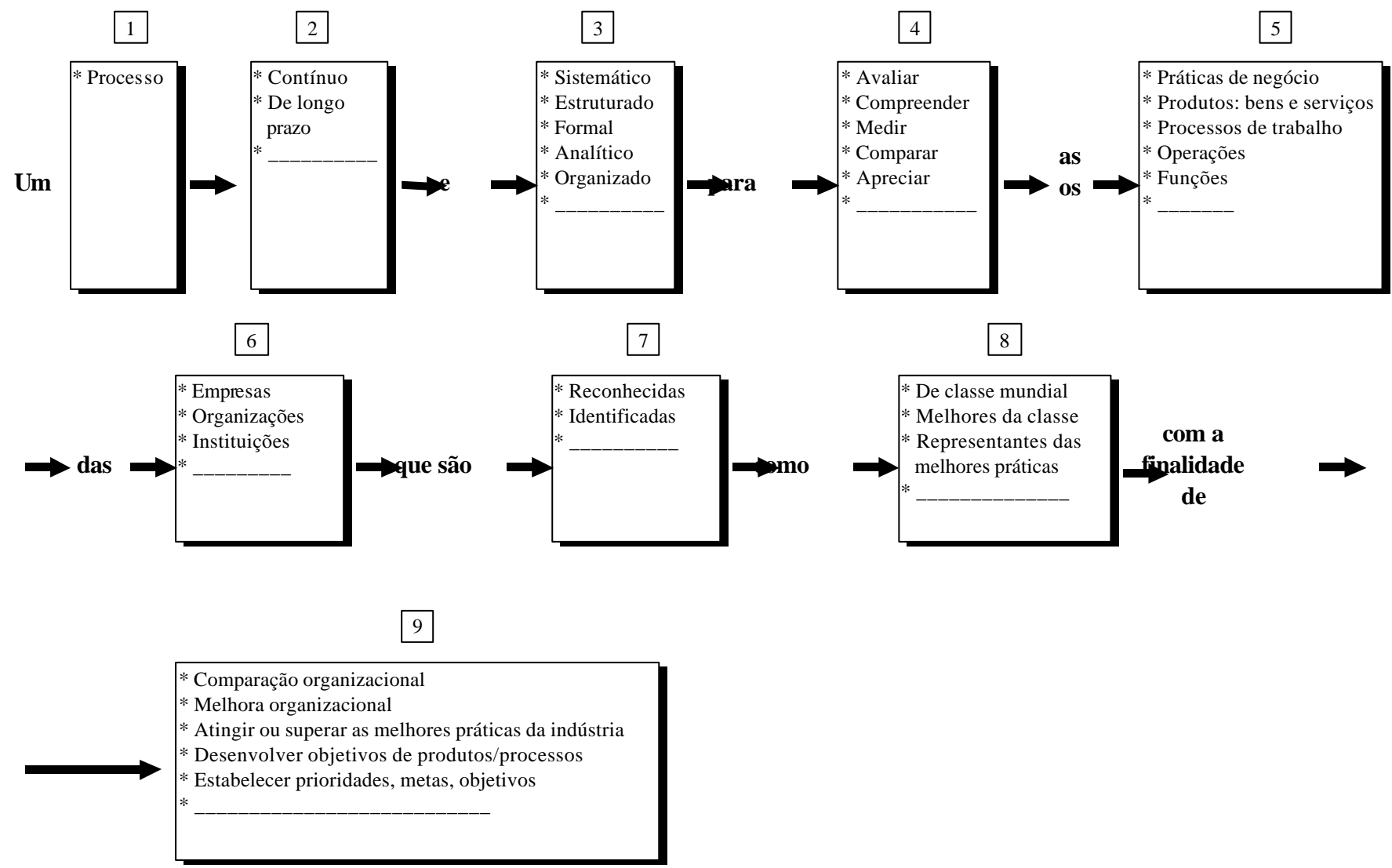
4.2. Inovações Tecnológicas da Gestão

4.2.1. *Benchmarking*

A palavra *benchmarking* significa um marco de referência, um padrão de excelência, que precisa ser identificado para servir de base ou de alvo para a mudança. Foi introduzido à partir de 1979 pela Xerox, enquanto os lucros e sua participação no mercado caíam. A Xerox percebeu que as empresas japonesas de fotocópias estavam vendendo mais barato seus produtos do que ela conseguia produzi-los. Começou, então, a comparar-se diretamente com essa nova concorrência em termos de custos unitários de produção, metodologias de produção, tempo de introdução de novos produtos, etc., para entender o que teria de ser feito para continuar no negócio (Zairi et al, 1995).

À medida que a Xerox ganhava experiência, alcançava o sucesso, e aprendia mais sobre si mesma e sobre as melhores práticas do setor, tornava-se cada vez mais clara a necessidade de mudar completamente a empresa. O foco foi estendido para além da manufatura e do estabelecimento de *benchmarks* e metas, com ênfase nos processos usados pelo melhor do setor e da concorrência. De uma atividade com isolamento relativo, o *benchmarking* foi estendido a um instrumento de qualidade estratégica relativa a todos os aspectos da empresa, integrando-se progressivamente à prática da gestão (Zairi et al., 1995).

Figura nº 01
Fluxograma do *Benchmarking*



Fonte: Spendolini (1993)

Spendolini (1993) considera que *benchmarking* “é um processo contínuo e sistemático para avaliar produto e processo de trabalho de organizações que são reconhecidas como representantes das melhores práticas, com a finalidade de melhoria organizacional”. O autor decompõem e explica o seu conceito (figura 01) :

- Processo: é um pressuposto, que mede desempenho (tanto o próprio, quanto o dos outros), tira conclusões baseadas em análises das informações coletadas e estimula a mudança organizacional e o aperfeiçoamento.
- Contínuo, de Longo Prazo: o *benchmarking* é algo que acontece durante um longo período de tempo. Para que as informações sejam significativas, devem ser sempre consideradas em contextos que reconheçam a atividade organizacional ao longo do tempo. Simplesmente fazer o *benchmarking* do presente, uma única vez, é negar a premissa de dinamismo.
- É sistemático: estruturado, formal, analítico, organizado. Há consistência entre funções organizacionais e localidades, assim como um conjunto comum de expectativas no que diz respeito aos resultados obtidos de *benchmarking*.
- Avalia: ajuda a compreender, medir, comparar, apreciar. É um processo de investigação, um processo para questionar. Desta forma, produz informações que agregarão valor à qualidade da tomada de decisão. É uma ferramenta que ajuda as pessoas a aprenderem sobre si próprias e sobre as outras.
- Práticas de negócios, produtos, serviços, processos de trabalho, operações, funções: a maioria das definições de *benchmarking* enfatiza o fato de que ele é útil não apenas nos serviços e produtos finais, mas na compreensão dos processos de trabalho. O autor considera que a idéia de considerar práticas de negócios ou processos que se concentram no “como” e não “no quê”, é difícil para muitas empresas.
- Empresas, Organizações, Instituições: o foco do *benchmarking* não se limita a produtos, serviços ou práticas competitivas. À medida em que o seu conceito expande-se, para incluir processos genéricos de negócios, fica evidente que o *benchmarking* pode ser aplicado a qualquer organização que produza resultados semelhantes, ou que esteja engajada em práticas comerciais similares.
- Reconhecidas, Identificadas: o processo do *benchmarking* envolve uma investigação inicial para descobrir os nomes das empresas que são reconhecidas como excelentes na área examinada. Essa investigação em geral, envolve contatos com especialidades da área sujeita ao *benchmarking*: especialistas ou analistas, consultores, associações comerciais

ou profissionais. Envolve também material impresso como publicações profissionais, imprensa especializada em negócios e a imprensa comum.

- Melhores práticas, melhores da classe, classe mundial: as organizações escolhidas para investigação e análise devem ter passado antes por uma grande seleção de organizações renomadas e representam tanto quanto possível, o “estado de arte” na área sujeita do *benchmarking*.
- Comparação organizacional, melhoria organizacional: depois de terminada uma atividade de *benchmarking* ocorre uma “chamada para ação,” que pode envolver uma variedade de atividades, desde recomendações até a implementação real de mudanças, com base (pelo menos em parte) nas descobertas do *benchmarking*. Neste caso,, o resultado final é uma diretriz para se fazer algo.

Spendolini (1993) ressalta ainda que é importante lembrar que por detrás de todo o planejamento, organização e atividades de análise que definem a experiência do *benchmarking*, há os objetivos fundamentais de aprender algo novo e trazer novas idéias para a organização. Reforça a organização aprendiz de Senge (1990), ao insistir que as organizações precisam sair de dentro de si próprias e examinar cuidadosamente a sua visão de mundo. Dentro deste contexto, o *benchmarking* é fundamental, podendo orientar as pessoas através do processo de olhar para fora, buscando idéias e inspiração, sendo uma ferramenta para a organização aprendiz.

Zairi et al. (1995), por outro lado, asseguram que o *benchmarking* é também um instrumento vital para a Qualidade Total, uma vez que busca melhoria contínua em todas as áreas, confiabilidade, inovação, eficiência e eficácia da empresa. Quando bem utilizado, assegura que todos os fatores sejam levantados na busca e integração de novas práticas, em todos os lugares em que elas possam vir a ser encontradas.

Spendolini (1993) acredita que o *benchmarking* também é uma ferramenta útil no Planejamento Estratégico, à medida em que a sua implantação exige um conhecimento profundo do mercado, das atividades prováveis dos concorrentes. Esse tipo de informações pode literalmente moldar a estratégia de um negócio em uma direção mais realista, ou pelo menos, ajudar a identificar os riscos de se fazer negócios em determinados mercados.

Autores como Chiavenato (1996), Spendoloni (1993) e Zairi et al. (1995) classificam o *benchmarking* em três tipos de acordo com a atividade: interno competitivo e funcional.

O benchmarking interno, através do qual a empresa analisa e compara processos

similares nas diversas áreas de sua própria organização. Envolve uma comparação de funções semelhantes dentro da organização. Trata-se de uma análise interna voltada para as ilhas de excelência dentro da empresa. O *benchmarking* interno assume que existem diferenças nos processos de trabalho de uma organização, como resultado das diferenças da história organizacional local, da geografia, da natureza de gerentes e funcionários, da estrutura e equipamentos de conseguir ganhos imediatos, identificando suas melhores práticas internas de negócios e, depois, transferindo aquelas informações para outras partes da organização.

O *benchmarking* competitivo, através do qual a empresa compara seus processos com os processos dos concorrentes. Examina as funções comparadas com as dos concorrentes. Quase sempre a obtenção de dados é difícil, porque os processos dos concorrentes constituem a essência de sua vantagem competitiva e eles não estão dispostos a compartilhá-la com outras empresas. Spendolini (1993) considera que para evitar negativas, os parceiros de *benchmarking* devem ser abordados de maneira direta, sem agendas escondidas. Devem ser apresentados os objetivos e métodos para a consideração dos parceiros, antes que eles sejam convidados formalmente a participar. Procurar de imediato, estabelecer relacionamento de *benchmarking*, baseado na confiança e no respeito. Havendo cooperação, a troca de informações proporciona condições de melhoria de seus processos. O melhor identificador da qualidade no *benchmarking* competitivo é o cliente. Verificações habituais com amostra de clientes podem ressaltar os pontos fracos de produtos e serviços. Entrevistas com clientes dos concorrentes também podem revelar seus pontos fracos.

O *benchmarking* funcional, através do qual a empresa compara seus processos vigentes com os processos das empresas excelentes do mundo todo, independente do ramo de atividade. Essa pesquisa objetiva conhecer as empresas de padrão internacional em alguma atividade e verificar como elas desenvolveram seus processos e sistemas para assegurar um empenho excelente. Focaliza-se em processos de trabalhos excelentes, e não nas práticas de negócios de uma organização ou instituição em particular.

Muitas empresas afirmam que, a habilidade de manter uma mente aberta e desenvolver a capacidade efetiva para ouvir e observar, aumenta e melhora à medida que as pessoas ganham experiência com o processo de *benchmarking*. Assim, as organizações devem preparar os funcionários para esta prática constante, porque a maioria das falhas que ocorrem foi causada não por falta de colaboração do parceiro, mas por um nível inadequado de planejamento e preparação dos próprios implementadores do *benchmarking*.

Spendolini (1993) argumenta que, para fazer parte da equipe de *benchmarking*, o implementador deve ter algumas *qualificações e habilidades* que *precisa* ser definido em cada *organização*, tais como:

- Especialização funcional, devendo demonstrar um nível aceitável de habilidades de trabalho e desempenho relacionado ao trabalho; não necessariamente os melhores e mais brilhantes, mas um desempenho acima da média. Eles farão recomendações e executarão ações que podem mudar a forma como a organização conduz os seus negócios. Então, devem ser capazes de fazer distinção entre as informações úteis (oportunidades de aperfeiçoamento) e as inúteis. Também irão representar a sua empresa, e é melhor que o façam adequadamente, desenvolvendo as melhores práticas.
- Credibilidade, devendo possuí-la dentro da própria organização, assim como diante dos parceiros de *benchmarking*. A credibilidade quase sempre é julgada pelo conhecimento do assunto, história de trabalho, e posição organizacional. Os que não a possuem, terão um impacto limitado ao fazer recomendações. Os funcionários respeitados dentro das organizações tendem a ser líderes de opiniões.
- Habilidades de comunicação, esta inclui as comunicações escritas, mas se refere mais a talentos verbais. A habilidade de planejar e organizar uma investigação de *benchmarking* será anulada por uma inabilidade em comunicar esses planos e objetivos aos outros.
- Espírito de equipe, em que os atributos dos participantes da equipe incluem um espírito de cooperação, habilidades efetivas para ouvir, um talento para atingir o consenso e o respeito pelas opiniões alheias. No entanto, toda a habilidade do mundo não fará a menor diferença, se o indivíduo não quiser se comportar como membro de uma equipe de *benchmarking*.

Spendolini (1993) apresenta um modelo do *Processo de Benchmarking* em cinco estágios, cada um definindo um conjunto exclusivo de atividades e classificado em sequência lógica. São eles:

- 1 - determinar o que fazer *benchmarking*: esse primeiro estágio serve para identificar os clientes para as informações e seus requisitos, definindo os assuntos específicos dos quais o *benchmarking* será feito. A partir de então, podem ser identificados e obtidos os recursos exigidos, ou seja (tempo, dinheiro, pessoal), para conduzir uma investigação bem-sucedida.
- 2- Formar uma equipe de *benchmarking*, embora possa ser realizado individualmente, a maioria dos seus esforços são atividades de equipe. Os papéis e as responsabilidades

específicos são atribuídos aos membros da equipe. As ferramentas de gerenciamento de projeto são introduzidas para garantir que as atribuições do *Benchmarking* sejam claras para todos aqueles envolvidos, e que sejam identificados os principais marcos do projeto.

- 3- Identificar os parceiros de *benchmarking*: envolve a identificação das fontes de informação que serão utilizadas. Essas fontes incluem funcionários das organizações sujeitas ao *benchmarking*, consultores, analistas, fontes governamentais, literatura de negócios e comércio, relatórios de indústrias e bancos de dados, entre outros. Neste estágio, também está incluído o processo de identificação das melhores práticas da empresa e da organização.
- 4- Coletar e analisar informações de *benchmarking*, quando são selecionados os métodos específicos de coleta de informações. É importante que os responsáveis sejam hábeis nesses métodos seguindo um protocolo estabelecido. Depois de resumidas, as informações são analisadas segundo os requisitos originais do cliente, e as recomendações de ação são produzidas.
- 5- Agir, quando a ação tomada pode variar da produção de um relatório ou apresentação até a produção de um conjunto de recomendações ou mesmo até a implementação real da mudança, com base nas informações coletadas. Todas as etapas seguintes ou atividades apropriadas de acompanhamento são identificadas, incluindo a continuidade do processo de *benchmarking*.

Figura nº 02Os Cinco Estágios do *Benchmarking*

Fonte: Spendolini (1993, p.50)

A aplicação do *benchmarking* hoje, ocorre em quase todos os segmentos empresariais que produzem produtos ou serviços, incluindo-se as instituições de saúde, entre elas o hospital.

O BENCHMARKING NOS HOSPITAIS

As mudanças ocorridas no setor saúde, à partir da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), demonstram uma tentativa de inverter a lógica dos investimentos nessa área, deslocando-se dos hospitais para a assistência primária e ambulatorial (discutido em maior profundidade no Capítulo 03, referente ao Contexto dos Serviços Hospitalares.)

Desta forma, os hospitais vêm percebendo o aumento da competitividade e uma mudança no perfil da sua clientela, grande parte constituída de conveniados dos planos de saúde, ou seguro saúde, ou ainda particulares.

Para conquistar e manter os clientes, agora mais exigentes, os hospitais têm procurado utilizar novas abordagens administrativas entre elas, o *benchmarking*. Autores como Chiavenato (1996) recomendam que para as instituições ingressarem em um projeto de *benchmarking* precisam definir três objetivos básicos:

- 1- detectar e conhecer suas operações e avaliar seus pontos fracos e pontos fortes. Para tanto, deve documentar os passos e as práticas dos processos de trabalho, bem como definir as medidas de desempenho e diagnosticar suas fragilidades;
- 2- localizar e conhecer as empresas líderes da indústria ou concorrentes, para diferenciar as habilidades, conhecendo seus pontos fracos e compará-los com os seus pontos fracos e fortes;
- 3- incorporar o melhor, adotando os pontos fortes dos concorrentes e se possível, excedendo-os e ultrapassando-os.

O caminho para o sucesso está em identificar as melhores práticas em primeiro lugar. Em segundo, reunir os dados quantitativos que possam ser medidos, ou os indicadores de desempenho, tais como o nível de satisfação do cliente, custo de unidade, medidas de ativo, etc. Em terceiro lugar, a idéia não é copiar simplesmente o que o melhor está se fazendo, mas entender o porquê ele faz as coisas melhor do que sua empresa. As empresas escolhidas como parceiras para o *benchmarking* são aquelas que desempenham determinada função a um custo baixo, mas com elevada satisfação do cliente. Elas são geralmente identificadas por diversas fontes como entidades de classe, publicações técnicas, fornecedores, distribuidores, consultores etc. (Chiavenato, 1996).

Publicações acerca do processo de *benchmarking* na área da saúde, ou especificamente hospitalar, ainda são raras. Nos textos pesquisados não encontrou-se uma metodologia específica. Percebe-se que muitas instituições, utilizam-se do *benchmarking*, de forma empírica. Consideram importante a comparação com empresas reconhecidas pelo mercado como de excelência, porém não utilizam essa ferramenta de forma contínua. Sendo a prática sistematizada do *benchmarking* ainda recente, há muito que estudar em relação aos seus reflexos nas instituições que o adotam, substituindo os métodos e procedimentos empíricos por outros ditados pela razão e pelo conhecimento.

No mundo dos negócios, sempre existem alguns fatores que explicam o sucesso de uma organização. Podem ser produtos altamente diferenciados, a imagem de um bom atendimento, ou uma vantagem tecnológica, entre outros.

Quando uma instituição consegue ser de vanguarda, diferenciando produtos ou serviços, ou ainda obtendo economia de escala em suas operações, entre outras vantagens, ela pode obter uma barreira que retarde a entrada da concorrência (Cobra e Zwarg, 1987).

Do ponto de vista estratégico, será sempre interessante que as organizações busquem, através de técnicas como o *benchmarking*, identificar as ameaças que podem se tornar fatores de insucesso. Desta forma, podem neutralizá-las e ao mesmo tempo analisar esforços e recursos para os fatores-chave de sucesso, possibilitando o seu crescimento.

4.2.2. Planejamento estratégico

A expressão estratégia, assim como outros conceitos e instrumentos teóricos da administração, foi tomado emprestado da organização militar (Nishioka, 1979). Vem do grego *strátegus*, que significa chefe do exército. Segundo Motta (1991), o *strátego* ou estrategista era o comandante militar que formulava e projetava as mudanças necessárias à consecução de um fim específico. Na linguagem militar, a expressão estratégia aparece como o caminho, o meio, a forma pela qual se busca, uma vez definidos os objetivos da guerra, alcançar a vitória.

O conceito de estratégia foi absorvido pela teoria das organizações em decorrência da explicação da Teoria Geral dos Sistemas (Nishioka, 1979). Trata-se de determinar como o sistema vai se adaptar ao ambiente e com que recursos vai enfrentar a concorrência e impor a sua ação ao meio.

De início a palavra foi associada à formulação de diretrizes e ao planejamento, daí o surgimento de toda uma concepção de planejamento estratégico, como aquele associado à definição dos rumos futuros que a organização pretende seguir.

Nos estudos de planejamento estratégico, dá-se especial destaque à análise dos cenários nos quais a organização atua. Se atuam em ambientes de complexidade, incerteza e turbulência, é fundamental que elas sejam capazes de perceber e interpretar a direção e a velocidade das mudanças que se processam no ambiente e que podem afetar o cumprimento de suas missões ou de seus objetivos. Desta forma, através da análise do cenário, a organização pode antecipar estratégias e ações e responder com mais agilidade aos desafios

que enfrenta, tornando-se também, mais flexível (Carvalho, 1995).

Na opinião de Kwasnicka (1989), dois nomes foram relevantes e contribuíram para a evolução do planejamento estratégico e a sua aplicação nas empresas de grande porte e que vivem em ambientes de alta competitividade e turbulência. São eles H. Igor Ansoff que desenvolveu a teoria da estratégia empresarial no seu livro *Estratégia Empresarial* e Russel Ackoff, através de sua obra *Planejamento Empresarial*.

Para o Ackoff (1982), o planejamento estratégico é como o planejamento empresarial, a longo prazo, orientado para objetivos-fins (mas não apenas para estes). Entende que o Planejamento Estratégico é um processo contínuo que compreende quatro preocupações principais, o horizonte de tempo maior (longo prazo); amplitude ou abrangência (no nível de administração de cúpula); especificação de objetivos, metas e meios para alcançá-los e relacionamento da organização com seu ambiente externo.

O planejamento estratégico constitui um instrumento administrativo que deve ser adaptado às características de cada organização, que podem diferir de uma para outra, por fatores de natureza interna ou externa. Deve ser um processo coordenado e integrado. Como um processo coordenado, em todas as partes de uma organização no mesmo nível hierárquico, deve ocorrer de forma simultânea e independente, porque as fontes de ameaças e oportunidades não são localizadas onde os sintomas aparecem. Como um processo integrado significa que, para ter eficácia, o planejamento deve ser feito de maneira interdependente e simultânea entre todas as áreas da organização. O autor parte da premissa de que, sendo a organização, um sistema, uma prática ou política estabelecida em um nível, pode criar problemas para outro nível (Ackoff, 1982).

O mesmo autor distingue ainda o planejamento estratégico, tático e operacional. O nível estratégico corresponde aos cargos localizados no nível mais elevado da organização, que possuem a responsabilidade pela definição de objetivos estratégicos, estabelecem as políticas gerais de longo alcance da organização e a formulação de estratégias. Os indivíduos que atuam neste nível, normalmente mantêm maior interação com o ambiente externo, procurando visualizar e interpretar as contingências que podem afetar tanto positiva como negativamente, e execução das operações da organização. No nível intermediário ou tático, encontram-se os responsáveis pela escolha, captação e distribuição de recursos necessários para a implementação das estratégias elaboradas ao nível estratégico e pela sua transformação em planos de ação específicos a serem

executados em nível operacional. Este último comporta o núcleo técnico, visando o atendimento das rotinas e procedimentos

programados ou padronizados no nível tático (Oliveira, 1989). Normalmente são decisões que não se referem a políticas. Para tomá-las, recorre-se a procedimentos rotineiros já existentes, que resolvem problemas do dia-a-dia (Gibson et al., 1991; Stoner, 1985).

Para Ansoff (1979), no entanto, as decisões estratégicas estão sujeitas às mudanças que ocorrem no ambiente e, portanto, provocam mudanças nas organizações, as quais ele denomina de mudanças estratégicas. Em suas publicações mais antigas, considerava dois tipos básicos de mudanças estratégicas, pelas quais uma empresa poderia passar: expansão e diversificação. Expansão refere-se ao crescimento em função da própria dinâmica da empresa e diversificação, ao aumento da variedade de atividades que a empresa pode oferecer aos seus clientes.

Carvalho (1995) considera outra mudança importante provocada pelo planejamento estratégico, que é habilitar as organizações a pensar globalmente, avaliando as forças e os recursos de que dispõem para alcançar seus resultados. Tal avaliação permite que a organização possa conceber estratégias e mecanismos adequados à superação dos obstáculos e ao aproveitamento das oportunidades.

Existem vários modelos do planejamento estratégico tradicional, dentre eles o de Glueck e Jauch, apud Zacarelli (1995), em que apresentam um fluxograma, esquematizando a lógica do planejamento estratégico, através de nove etapas.

- Etapa 1 - *Estratégias da empresa*: a estratégia cabe à alta administração, a administração média cuida da tática, ficando claro que a empresa era feita com a intenção de ao fazer o plano estratégico, atender ao gosto e à competência dos altos administradores.
- Etapa 2 - *Objetivos da empresa*: identificam-se os objetivos e missões da empresa, considerados como indispensáveis ao processo de planejamento. A missão é a determinação do motivo central do planejamento estratégico, “onde a empresa quer ir”. Corresponde a um horizonte do qual a empresa atua ou poderá atuar (Oliveira, 1997).
- Etapa 3 - *Levantar as ameaças e oportunidades do ambiente externo*: concentrando-se a atenção na obtenção de informações sobre o ambiente externo e na análise para descobrir ameaças e oportunidades para as Unidades Estratégicas de Negócios (UEN). Ameaça é a força ambiental incontrolável pela empresa, que cria obstáculos a sua ação estratégica, mas que poderá ou não ser evitada, desde que conhecida em tempo hábil. Oportunidade é a força

ambiental incontrolável pela empresa, que pode favorecer a sua ação estratégica, desde que conhecida e aproveitada, satisfatoriamente enquanto perdura (Oliveira,1996).

Já as Unidades Estratégicas de Negócio (UENs) baseiam-se na fragmentação da responsabilidade empresarial em diversas unidades, constituídas segundo critérios específicos. Desta forma, as características e diferenças de cada área são analisadas individualmente e de forma exaustiva (Borba, 1989).

- Etapa 4 - *Vantagens competitivas internas*: esta etapa pode ser simultânea a anterior, e são analisadas as condições internas da empresa. São identificados os seus pontos fortes e seus pontos fracos, destinando-se a fazer uso interno dos pontos fortes e corrigir ou compensar os pontos fracos, ou seja, agir para transformar pontos fracos ou neutros em pontos fortes. Ponto forte é a diferenciação conseguida pela empresa que lhe proporciona uma vantagem operacional no ambiente empresarial (variável controlável). Ponto fraco é uma situação inadequada da empresa que lhe proporciona (variável controlável) (Oliveira, 1996).
- Etapas 5 e 6 - *Pensar em alternativas de plano estratégico, escolher o plano estratégico*. Na etapa 5 ocorre a identificação de várias alternativas de plano estratégico, considerada a etapa da criatividade. Na etapa 6 é feita a opção sobre uma das alternativas considerando riscos, vocação dos dirigentes, e estabelecendo-se: as premissas básicas que devem ser consideradas no processo; as expectativas de situações almejadas pela empresa; os caminhos e as alternativas a serem seguidas pela empresa;
- Etapa 7 - *Alocação de recursos e adaptação da organização*: após ter decidido qual será o plano estratégico, programar-se-ão as atividades, designando pessoas, ativos e capital para as ações do plano. o quê, como, quando, por quem, para quem, por quê e onde devem ser realizados os planos de ação e como e onde alocar recursos.
- Etapa 8 - *Políticas e administração*: quando é feita a adaptação do estilo de administração ao plano estratégico definido pela alta administração.
- Etapa 9 - *Avaliação dos resultados e da estratégia*: nesta última etapa é verificado se os objetivos serão atingidos e se procedem as correções.

Na opinião de Oliveira (1997, p.13),

“O Planejamento Estratégico deverá apresentar os seguintes resultados:

- direcionamento de esforços para pontos comuns;

- consolidação de entendimento por todos os funcionários da missão, dos propósitos, da macroestratégias, das macropolíticas, da postura estratégica, dos objetivos gerais, dos objetivos funcionais, dos desafios das metas das

estratégias, das políticas e dos projetos da empresa, bem como indicar a elaboração do programa de atividades das várias unidades organizacionais, que integram a estrutura organizacional;

- estabelecimento de uma agenda de trabalho por um período de tempo que permite a empresa trabalhar em cima das “prioridades estabelecidas” e das exceções justificadas”.

Oliveira (1997) considera ainda que já está consolidada a afirmação de que o planejamento estratégico, quando adequadamente utilizado, proporciona uma série de vantagens para a empresa como um todo, entre as quais cita que:

- identifica áreas que exigem decisões e garante que a devida atenção lhes será dispensada, tendo em vista os resultados esperados;
- estabelece um fluxo mais rígido de informações importantes para os tomadores de decisões e que sejam as mais adequadas para o processo;
- facilita a mudança organizacional durante a execução dos planos estabelecidos, através de uma comunicação aprimorada e adequada;
- procura o envolvimento dos vários elementos da empresa para os objetivos, desafios e metas, através do direcionamento de esforços;
- facilita e agiliza o processo de tomada de decisões;
- facilita a alocação dos recursos na empresa;
- possibilita maior consenso, compromisso e consistência;
- cria alternativas gerenciais;
- possibilita o comportamento sinérgico das várias unidades organizacionais;
- possibilita a empresa manter maior interação com o ambiente;
- incentiva e facilita a função de direção na empresa;
- transforma a empresa reativa em empresa proativa;
- facilita e desenvolve um processo descentralizado de decisão na empresa;
- cria situações em que os administradores da empresa sentem-se obrigados a se afastarem das atividades rotineiras;

- incentiva a utilização de modelos organizacionais, adequados aos diversos contextos ambientais atuais e futuros;
- orienta o desenvolvimento de outros planejamentos, em nível tático ou operacional;
- possibilita a obtenção de melhores resultados operacionais e
- fortalece e agiliza o processo orçamentário.

De acordo com Paul et al., citado por Oliveira (1997), no entanto, deve-se considerar que do ponto de vista puramente científico, não se pode afirmar que o planejamento estratégico tenha ajudado as empresas que o adotaram, porque não é possível saber que tipo de decisões teriam sido tomadas sem a sua adoção. Também não se pode afirmar que a concretização das vantagens conseguidas pela empresa foram geradas unicamente pelo planejamento estratégico, mas por um conjunto de novas abordagens administrativas.

Por outro lado, Oliveira (1997) alerta para o fato de que, na realidade, algumas empresas não têm o planejamento estratégico no real significado da expressão para a administração, os seus executivos pensam que o têm e avaliam os resultados apresentados por um instrumento administrativo como sendo de um processo de planejamento estratégico. Ressalta que, ainda que trate da empresa, segundo um horizonte amplo, não basta ser a longo prazo para ser estratégico. Da mesma forma, não é por exigir projeções e análises ambientais que um conjunto de tabelas estatísticas e modelos matemáticos sofisticados e complexos podem ser chamado de estratégico. A imprescindível integração das áreas de marketing, finanças, produção e recursos humanos não garante por si só a natureza estratégica de planejamento. O planejamento estratégico depende da estratégia da sua elaboração, que deverá garantir sua eficácia e efetividade em termos de marco de referência para os demais planos táticos e operacionais da empresa.

Hayes (1993), por outro lado, em seu artigo “Strategic Planning-forward in reverse” critica o planejamento estratégico formal, afirmando que não deve ser utilizado pelas empresas, o planejamento baseado no modelo *Ends-ways-means*. Explica que estabelecer os objetivos da empresa (*ends*) após desenvolver uma estratégia (*ways*) para alcançá-los e então gerar os recursos (*means*) necessários para implementar esta estratégia, em ambientes de alta competitividade, têm-se mostrado ineficaz. Acredita que as empresas, escolhendo fins-metas de curto prazo — retorno imediato, não criam vantagem competitiva sustentável. Considera que, para ambientes instáveis, deve-se adotar *mens-way-ends*, desenvolvendo estratégias ou pensamentos estratégicos que visem a melhoria contínua para um ambiente dinâmico.

Assim, sugere que, em primeiro lugar, a empresa comece investindo no desenvolvimento de suas capacidades, com uma visão ampla (meios). Depois, deve treinar trabalhadores e gerentes em uma diversidade (variedade) de trabalhos, educá-los sobre a situação competitiva geral e as ações de competição específicas, ensiná-los como identificar problemas, como desenvolver soluções para eles, e como persuadir outros a seguirem suas

recomendações. Isto deve ocorrer de forma que os trabalhadores e gerentes ganhem experiência ao experimentar novas tecnologias e técnicas, vindo a entender gradativamente suas capacidades e obrigações. Os gerentes devem ter tarefas variadas, desenvolvendo um entendimento amplo dos mercados, tecnologias e setores da empresa.

Em segundo lugar, à medida em que as capacidades desenvolvem-se e as oportunidades tecnológicas e de mercado aparecem, a empresa deve encorajar os gerentes da organização para explorar as relações onde elas ocorrem (modos), buscando atividades corporativas. Desta forma, não se desenvolvem planos e buscam-se capacidades, mas constroem-se capacidades e encoraja-se o desenvolvimento de planos para explorá-las; oportuniza-se a melhoria contínua em um ambiente dinâmico.

Por último, as atividades diferentes não virão de um set de direção ou controles. Pelo contrário, virão de um balanço entre a integração, uma organização camarada e instintiva, de valores enraizados em uma visão de longo prazo onde todos querem tornar-se um grupo coeso e compassado. Lembra, no entanto, que um compasso não é um fim, mas fornece um senso de direção, um meio para uma variedade de possíveis fins. Desta forma, em ambiente instável, dinâmico, a lógica é a empresa utilizar *means-way-ends* (meios, modos, fins).

Prahallad e Harnel (1995) afirmam que a transformação organizacional deve ser dirigida na perspectiva do futuro da empresa. Como ela vai estar em cinco ou dez anos? O que devemos fazer? Que habilidades e capacidades desenvolver desde já? Para criar o futuro é preciso olhar os negócios a longo prazo. Nada de visões, sonhos, aparições. Perspectivas de futuro são baseadas em *insights*, em tecnologia, demografia, estilos de vida, coisas que podem reescrever as regras da empresa. Por essa razão esses autores colocam que a previsão do futuro não deve ser de uma única visão, mas a junção de visão de várias pessoas.

Na visão de Mintzberg (1979), existem três modos de formular estratégias.

O empreendedor com estrutura de poder centralizado, em que um único líder toma decisões arrojadas. Os riscos não são previamente estudados, com cautela. A posição do

proprietário é soberana, é ele quem irá buscar as oportunidades que, com base na sua experiência, poderão possibilitar ganhos consideráveis, sendo os riscos proporcionais aos ganhos. O principal objetivo das organizações empreendedoras é o crescimento e a sua estratégia é denominada pela busca de novas oportunidades. As inovações neste método são uma constante.

O *modo adaptativo* concentra-se na resolução de problemas emergentes, cujas estratégias procuram reduzir riscos ao máximo. Os passos são pequenos em direção às mudanças. Normalmente essas organizações possuem coalizões conflitantes, o que dificulta o processo decisório, no que refere à implantação de planejamento estratégico. Como não tem objetivos muito claros e a formulação de sua estratégia reflete a divisão de poder entre membros da coalizão e a barganha entre esses grupos para atingir as metas, é caracterizado pela solução reativa aos problemas, ao invés da busca ativa de novas oportunidades e consecutivos. Praticamente não existem inovações, as empresas navegam conforme o vento.

No terceiro modo, o *planejamento* existe uma preocupação com ambas as situações. A empresa preocupa-se com as inovações, contudo seus passos são cautelosos e formalizados. A empresa previne-se de possíveis entraves que venham a ocorrer durante o percurso de implantação de uma estratégia. Existe a figura do analista, que se concentra na análise sistemática, particularmente na avaliação de custo-benefício de propostas correntes, formulando estratégias de forma detalhada, para tentar maximizar os resultados da empresa.

O autor reforça ainda que a maioria das empresas usa uma combinação dos três modos, quando jovem, utilizam o modo empreendedor, dá passos arrojados em termos de um plano sistemático de crescimento. Na maturidade a empresa usa o modo adaptativo em que a organização atinge uma meta específica, seguindo uma trilha flexível. Para ele portanto, o planejamento não é uma cura milagrosa para os problemas de formulação de estratégias, o modo adotado deve ser encaixado a situação. Ambiente imprevisível, modo adaptativo; empresa líder, modo empreendedor; empresa menos flexível, modo planejamento.

Constata-se que os três modos puros propostos pelo autor não se aproximam de forma eficaz de como deveria uma organização atual planejar. As mesmas não podem temer tanto os riscos ou permanecer alheias aos problemas e mudanças ou serem analíticas ao extremo ao tentarem formalizar todas as atividades futuras na elaboração de um planejamento.

Mintzberg (1994) mais recentemente acredita que a mesclagem entre os modos adaptativo e de planejamento poderia surtir efeitos favoráveis às empresas. Elas poderiam planejar metas de prazos mais extensos, porém adaptando-se a cada ação de concorrência ou modificação no mercado. As adaptações operadas, devem ocorrer em função de uma meta previamente proposta e não desconexa, alterando o rumo das ações conforme as variações do mercado. As mudanças devem ser lógicas e incrementais.

Vários autores, entre eles Mintzberg (1994) e Quinn (1980), concordam que em um ambiente de mudanças rápidas como o que vivemos, o planejamento torna-se mais difícil porque exige grande capacidade de enfrentar riscos, lidar com incertezas e selecionar informações fundamentais na ambiência externa, além da habilidade para se conviver com a ambigüidade e as mudanças repentinas. As organizações do futuro devem então criar condições para que as pessoas liberem seu potencial criativo e promovam as inovações requeridas pelas novas circunstâncias.

As especificidades acerca do planejamento estratégico relatadas anteriormente aplicam-se também às organizações de saúde, nas quais incluem-se os hospitais.

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO NAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

O hospital é, essencialmente, um centro de atendimento médico curativo e preventivo. Ele funciona conjuntamente como um hotel, um restaurante, uma farmácia, uma lavanderia, um centro de pesquisa, um centro comunitário e uma escola. Esses setores são integrados e não se pode afirmar qual o mais importante; e qual o que mais contribui para o bom funcionamento do hospital. É fato, que a ausência de qualquer desse setores é imediatamente percebida (Nishioka, 1979).

Na opinião de Borba (1989) por ser o hospital uma organização de alta responsabilidade social e apresentar alta complexidade organizacional e comportamental é que se enquadra como organização potencial para o desenvolvimento do Planejamento Estratégico. Desta forma o autor apresenta uma proposta para formulação de um Planejamento Estratégico Hospitalar Simplificado que consta das seguintes etapas:

- 1- Diagnóstico Ambiental

Compreendendo a identificação e análise de:

a) Fatores de macro-ambiente

- potencialidades do Setor Saúde em nível nacional
- riscos e incertezas do Setor Saúde em nível nacional

b) Fatores de micro-ambiente:

- potencialidades regionais e locais do Setor Saúde e principalmente do segmento hospitalar
- riscos e incertezas regionais e locais

2- Análise organizacional

Identificação, análise e avaliação dos pontos fortes e fracos do hospital abrangendo:

- aspectos e fatores organo-funcionais
- cultura organizacional, grau de maturidade e de desenvolvimento organizacional
- estilo e capacidade gerencial
- sinergismo empresarial
- padrão assistencial
- eficiência e eficácia operacional
- filosofia (credo organizacional)
- posição e imagem mercadológica
- principais vantagens e principais obstáculos
- grau de resistência à mudança e capacidade inovadora: renovação e criatividade
- política empresarial
- capacidade de recursos e margem para o desenvolvimento
- outros.

3- Definição de Estratégicas e Fragmentação em Unidades Estratégicas de Negócios (UENs)

- listagem das Potencialidades e oportunidades endógenas e exógenas
- seleção e escolha de estratégias
- definição de áreas de fragmentação da UENs.

4- Diretrizes Estratégicas referentes:

- à função hoteleira e serviços alternativos
- aos serviços de emprego de tecnologia sofisticada. Centros de excelência e referências
- à função assistencial: internação; ambulatórios
- aos convênios e cooperativismos
- à função de marketing
- aos recursos físicos
- aos recursos humanos
- outros.

Para Nishioka (1979) existe um consenso de que os esforços do hospital devem ser orientados para o paciente. Assim, é necessário definir os tipos de pacientes de cada hospital;

montar uma estrutura adequada para atender às suas necessidades e expectativas e atraí-los. Defini-los torna-se bem mais fácil, do que a tentativa de atender bem a todos os tipos de pacientes, o que envolveria uma superestrutura.

O autor considera que os tipos de pacientes podem ser definidos em três grupos: particulares, convênios e SUS.

Essa divisão é evidentemente simplificada, pois os particulares podem pertencer às mais variadas classes sócio-econômicas, com diferentes características. Um extrato sócio-econômico deveria ser definido como o segmento do mercado visado.

Os diversos tipos de pacientes, por sua vez, pertencem aos seguintes mercados: comunidade vizinha, público especial e de especialidade.

A comunidade vizinha é o mercado de um hospital especificamente construído para atendê-la. A comunidade torna-se dependente do hospital e este dela.

Por público especial entende-se o mercado constituído por pacientes da mesma nacionalidade, raça, crença, etc.

O mercado de especialidades é constituído por pacientes com o mesmo tipo de problema, que procura o hospital pela sua especialização e por seu renome neste tratamento (centros de referência ou excelência).

Esses pacientes, na opinião de Nishioka (1979), podem ser trazidos para o hospital de forma direta ou indireta. Direta, quando seu padrão de serviços é reconhecido pelo público ou quando apresenta tendência a se tornar mais aceitável, tirando o “ambiente doença”, tendendo a

sua decoração a uma atmosfera de hotel. Na forma indireta, podem ser trazidos pelos médicos ou pelos contribuintes (associados, patronos, proprietários). Para que isso ocorra, o hospital deve proporcionar serviços e apoio convenientes. Assim, terão interesse em manter o hospital que lhes possa ser útil algum dia.

5- Horizonte estratégico

Dimensão temporal de planejamento.

6- Ação implementadora

Considerações sobre a coordenação do processo e referentes à ação de implementação do plano.

- Plano de ação.

7- Ação implementadora

- responsabilidades

- mecanismos de avaliação e de controle do processo.

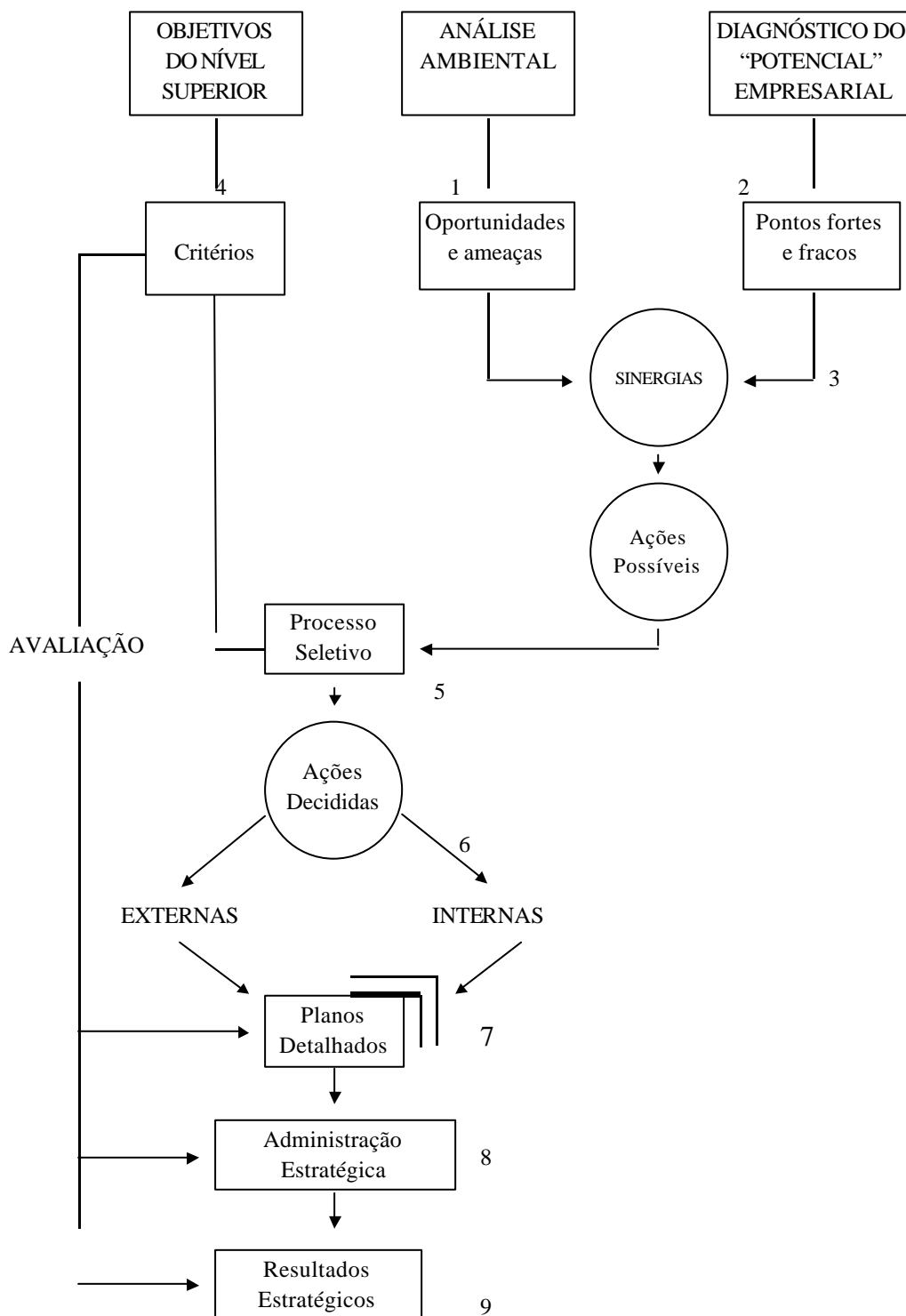
Na opinião do autor, integrado ao Planejamento Estratégico, deverá ser elaborado formalmente o plano tático operacional do hospital.

Segundo Nishioka (1979), todo o hospital deve estar preparado para colaborar na implantação do plano pré-estabelecido. No entanto, existe muitas vezes um problema maior, o setor administrativo, que se comporta como se fosse de um hospital diferente daquele do corpo médico ou vice-versa. A implantação de um plano é admitida como um trabalho de administração. A administração, porém não executa, somente administra. Quem executa são os médicos, a equipe de enfermagem etc. Para ele esta visão é decorrente de uma visão um pouco comportamentalizada e restrita do hospital, pois poucos o entendem como uma organização integrada, como um Sistema. Assim, faz-se necessário para que o planejamento concretize-se, obter-se uma sinergia, através da integração, onde o efeito do conjunto pode ser maior que a soma dos efeitos isolados de cada componente.

Graficamente, o processo simplificado pode ser representado pelo modelo que se segue:

Figura nº 03

Processo simplificado de Planejamento Estratégico



Fonte: Nishioka (1979)

Segundo Borba (1989), a premissa intencional que sustenta o planejamento estratégico inclusive nas empresas hospitalares, é crescer e desenvolver-se física e economicamente, no sentido de processo evolutivo, positivo e contínuo. A adoção do

Planejamento Estratégico requer uma mudança significativa na filosofia e na prática gerencial, principalmente no estilo gerencial e no comportamento organizacional. É uma nova maneira de pensar, e de agir no planejamento, bem como na coordenação de empresas, e isto, sem dúvida requer novas técnicas, novos instrumentos e novas condutas atitudinais, por isso a sua implantação não é tão simples como parece.

4.2.3. Terceirização

A prática de contratar terceiros surgiu nos Estados Unidos, por volta de 1940, durante a IIª Guerra Mundial, quando este país aliou-se a outros países europeus para combater as forças nazistas e posteriormente o Japão. As indústrias da época precisavam concentrar-se na produção cada vez melhor, das armas necessárias para a manutenção da superioridade aliada. Descobriram então, que algumas atividades de suporte à produção de armamentos poderiam ser repassadas para outros empresários prestadores de serviços, mediante a contratação destes. A partir de então, a terceirização evoluiu e consolidou-se como uma técnica administrativa eficiente e eficaz, quando aplicada adequadamente (Queiroz, 1992).

No Brasil foi gradativamente implantada com a venda das primeiras empresas multinacionais, principalmente as automobilísticas. De início foi aplicada apenas para reduzir custos de mão de obra, não se preocupando em gerar ganhos de qualidade, eficiência, especialização, eficácia e produtividade (Leiria, 1993).

A terceirização é definida para o Brasil (1993) como um processo de transferência de funções que podem ser executadas por outras empresas.

Davis (1992) complementa esta definição mostrando que a terceirização é a passagem de atividades e tarefas a terceiros. A empresa concentra-se em suas atividades-fim, aquela para a qual foi criada e que justifica sua presença no mercado, e para terceiros (pessoas jurídicas ou físicas), atividades-meio.

Já para Queiroz (1992) a terceirização indica a existência de uma outra empresa terceiro que, com competência, especialidade, qualidade e ainda em condições de parceria, venha a prestar serviços a uma empresa contratante.

Leiria (1992) acredita que com a terceirização e a empresa concentrando toda a sua energia na atividade-fim, adquire mais agilidade empresarial, levando a maior produtividade e qualidade do produto final. Atende desta forma às exigências de competitividade nos

mercados interno e externo. A médio e a longo prazo implica também uma economia significativa de recursos.

Giosa (1995) alerta no entanto que praticar mudanças nos tempos atuais é um verdadeiro ato de coragem, uma vez que existem vários fatores que podem servir de obstáculo para o processo. São eles: o conservadorismo das pessoas, a resistência natural às mudanças, o medo do novo, a cultura e os valores das organizações, o custo da mudança, a dificuldade de conscientização da alta administração, a capacidade da empresa em enfrentar a mudança, a falta de planejamento e da visão estratégica de direção, entre outros.

Cabe ao administrador, a missão inerente de enfrentar o processo, avaliando de forma plena os riscos das mudanças da organização. Para tanto, deve-se lançar mão do planejamento estratégico, que envolve a decisão, avaliá-los com antecedência e dispor de todos os dados que servirão de base para subsidiar a decisão. À alta administração caberá perceber se o processo será um avanço gerando benefícios fundamentais ao desenvolvimento da empresa.

As vantagens econômico-financeiras e administrativas da terceirização são reconhecidas pelos especialistas. É também chamada de ciência de “focalização,” porque a empresa passa a se dedicar apenas ao “foco” da sua atividade, ficando as demais com os terceiros. É conhecida também como “especialização flexível”, por estimular o aparecimento de empresas especializadas em determinado item da produção ou serviço, e com flexibilidade para atender as mudanças de mercado ou inovações tecnológicas (1992; Giosa Queiroz., 1995; Leiria, 1992)

Na opinião de Robortella (1994) “o elenco de atributos da terceirização, apresentado pelos estudiosos da administração de negócios, é fruto de uma visão “desideologizada” do fenômeno, pois não se preocupa com seus aspectos jurídicos, sociais e políticos, vendo-o apenas em sua concepção pura, dentro da dinâmica da economia empresarial moderna”.

Concorda neste sentido com a declaração Armando de Brito (1993), então Ministro do Tribunal Regional do Trabalho (TRT) proferida em palestra no Congresso Comemorativo do Cinquentenário da CLT sediado em Brasília. “Na terceirização busca-se desintegrar a empresa, pulverizando a relação de emprego, esmaecendo-o para substituir a unidade econômica principal por fragmentárias dezenas de outras, pequenas e médias empresas, cada qual, com atividade

econômica diversa, que no entanto no conjunto, seriam necessárias para a existência da própria empresa principal terceirizada. Busca-se substituir sólidos conceitos

relativos aos direitos sociais e individuais, ao bem-estar, ao desenvolvimento, à igualdade e à justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna e pluralista, fundamentada na harmonia social, pela sôfrega onda de terceirização a qualquer preço”.

Em seminário nacional realizado em janeiro de 1993, chamado “A Terceirização no Setor Metalúrgico” os sindicatos ligados à Força Sindical, concluíram que ela tem facetas que “desmistificam um suposto caráter de modernidade”, pois causa desemprego, subemprego, redução salarial, piora as condições de saúde e segurança no trabalho, elimina de benefícios sociais diretos e indiretos. Serve de instrumento no combate às entidades sindicais, desintegra a identidade de classe dos trabalhadores, dificulta a filiação, organização e militância sindical.

Segundo Robortella (1994), a terceirização, em face desses conceitos, traz um dilema para o direito do trabalho, especialmente no setor de serviços, onde nem sempre é fácil distingui-la da fraudulenta intermediação da mão de obra. O autor enfatiza então a importância da justiça fazer nítida distinção entre o traficante de mão de obra e o empresário que presta serviços a terceiros. Este assume os riscos, obrigações e responsabilidades próprios da sua condição, com organização e gestão próprias; realizando as obras ou serviços confiados pela contratante.

As experiências iniciais de aplicação da terceirização trouxeram dúvidas na conceituação jurídica, trabalhista e legal para as empresas brasileiras. Hoje na opinião de Giosa (1995) está claro que as relações são empresariais e de pessoas jurídicas entre si. Não existe lei que proíba o processo de terceirização. No entanto o governo, através do seu órgão de representação que é o Ministério do Trabalho, ainda não se posicionou oficialmente sobre a Terceirização e relações trabalhistas envolvidas. A própria legislação por ser omissa, inspira dúvidas e, às vezes, inibe as decisões dos empresários mais conservadores (Giosa, 1995).

Não é objetivo desse estudo aprofundar sobre as questões jurídicas, mas algumas leis poderão ser consultadas acerca de esclarecimentos e conhecimentos que interferem nesta questão. São elas: Lei 6.019/74 (trabalho temporário); lei 7.102/83 (serviços de vigilância), CLT art. 455 (consagra a responsabilidade solidária do empreiteiro com o subempreiteiro, excluindo o proprietário); lei 8.219/91 art. 30 (para as obrigações previdenciárias a responsabilidade é solidária incluindo o proprietário); enunciado 256. Súmula TST (vincula o empregado da empresa

prestadora de serviço com o tomador); enunciado 331/ súmula TST (vincula a contratação de trabalhadores por empresa interposta (Giosa, 1995).

Depoimentos de profissionais da área jurídica atestam a evolução do judiciário trabalhista a respeito da figura do terceiro e a sua relação com a contratante. Há muitos

juizes ainda que só a admitem quando enquadrada nas leis 6.019/74 que regula o trabalho temporário e 7.102/83 que regula os contratos de serviços de vigilância. Por outro lado há os que reconhecem que a terceirização significa uma evolução para as empresas, mas ressaltam que as organizações que a adotarem devem sempre zelar pelo cumprimento da lei: “o terceiro deve ser real, ter capital real e mão de obra regulada de acordo com a lei” (Moretto, apud Leiria, 1993).

Segundo Almeida (1992), a humanidade está evoluindo e junto com ela as relações empresariais. Qualquer relação sadia e duradoura de parceria, tem necessariamente de contemplar a ética, o equilíbrio, a justiça e a confiança. Caso contrário, haverá perdas de qualidade, produtividade e imagem institucional. Foco, concentração no que se é competente, qualidade e flexibilidade devem ser prioridades estratégicas das empresas de hoje.

Algumas das vantagens da Terceirização segundo autores como Davis (1992), Queiroz (1992), Leiria (1992), Giosa (1995) são: focalização dos negócios da sua empresa na sua área de vocação, economia de escala e redução do custo final do produto, diminuição do risco de obsolescência de equipamentos e mão de obra na recessão, possibilidade de crescimento sem grandes investimentos, concentração dos talentos no negócio principal da companhia, redução do custo do estoque, controle da qualidade assegurada pelo fornecedor, ampliação de mercado para pequenas e médias empresas, criação de microempresas pelos próprios funcionários.

Davis (1992) considera que, quanto à contratação de pessoal, a terceirização inverteu o raciocínio empresarial. Até então, as empresas vinham contratando pessoal jovem, sem a necessária formação profissional ou acadêmica, investindo em treinamento para que a produção atingisse níveis adequados. Hoje estão optando pela contratação de profissionais de maior idade e maturidade profissional, com múltiplas experiências. A multifuncionalidade está em destaque, não bastando mais a experiência advinda de um único segmento do mercado, de um único cargo, ou de uma única função. Desta forma pessoas de mais de quarenta anos de idade, estão novamente sendo reconhecidas e encontrando fértil campo de trabalho, onde a experiência é valorizada.

A empresa moderna necessita racionalizar os seus recursos. Neste sentido, a preferência recai sobre o profissional multifuncional: o executivo que datilografa seus próprios memorandos no

microcomputador, realiza e atende suas próprias ligações telefônicas, arquivava as suas informações em disquete ou winchester do computador, permite

que em uma empresa uma única secretária atenda a vários executivos. A secretária também pode ser multifuncional, sendo aproveitada em tarefas administrativas, exigindo para isto mais qualificação, como formação acadêmica e experiência profissional (Davis, 1992).

A responsabilidade do negócio não ficará mais a cargo do dono do negócio ou da alta administração: haverá um compromisso mútuo de cumprimento das tarefas e normas. O funcionário deve ser valorizado e motivado para ter espírito empreendedor, ser criativo, deve desenvolver habilidade para enxergar a empresa como um todo, buscando cada vez mais o seu desenvolvimento.

A Aplicação da Terceirização nas mais diversas atividades de atuação pode ser descrita em quatro tipos (Giosa, 1995). Tipo 1, processos ligados a atividade-fim da empresa. Exemplo: produção, distribuição, operação, vendas, etc. Tipo 2, processos não ligados à atividade-fim da empresa. Exemplo: publicidade, limpeza, manutenção, contabilidade, jurídico, nutrição. Tipo 3, atividades de suporte da empresa. Exemplo: treinamento, seleção, pesquisas, etc. Tipo 4, substituição de mão de obra direta, por mão de obra indireta ou temporária.

Anteriormente, a aplicação da Terceirização era esporádica e voltada para segmentos específicos e estancos da organização, sendo que a sua influência no processo como um todo era menor. Hoje, o enfoque enquadra-se no conceito maior da administração, como uma técnica inovadora e moderna. Como um processo de gestão, ela se alicerça basicamente na abordagem estratégica, provocando mudanças de vulto na organização, que se volta para a sua atividade principal, com competitividade e resultados tangíveis a serem perseguidos.

Para Giosa (1995) a terceirização não tem limites, desde que a empresa se dedique a sua vocação, à sua missão, seus esforços tendem a se concentrar menos na execução e mais na gestão, exigindo qualidade, preço, prazo e inovações.

Uma pesquisa sobre Terceirização desenvolvida pelo CENAM - Centro Nacional de Modernização no período de novembro de 1992 a março de 1993, abrangendo empresas localizadas nos Estados de Santa Catarina (8%), Ceará (7%), São Paulo (regiões de Guarulhos 5%, Osasco 5%, Santo André 7%, Bauru 3%, São Carlos 3%, Baixada Santista 3%, Campinas 6%, Ribeirão Preto 3%) e Capital 50%, demonstrou que:

- do universo de 2.350 empresas pesquisadas, 31% são de grande porte, 40% de médio porte e 29% pequeno porte;

- por ramo de atividade, destacam-se 41% do setor industrial, 27% do comercial e 32% do setor serviços;
- 93% já tinham ouvido falar em terceirização; 48% já aplicaram ou aplicam algum tipo de serviço terceirizado. As principais áreas já implantadas são limpeza, manutenção, segurança/vigilância. As áreas que gostariam de implantar imediatamente: limpeza, mão de obra, informática, segurança/vigilância, manutenção, administração de restaurantes. Das empresa que já terceirizaram o fizeram: 27% através de ex-funcionários, 73% através de terceiros. Das empresas que já terceirizaram: 70% tiveram sucesso absoluto; 20% sucesso parcial; 10% não tiveram sucesso. Das empresas que já terceirizaram somente 10% estão tendo uma visão estratégica, 90% estão fazendo esporadicamente por área (Giosa, 1995).

As principais vantagens apontadas pela pesquisa foram a qualidade dos serviços, transferência de tecnologia, revisão estrutural e cultural da empresa, menor custo e melhoria no ambiente de trabalho.

As principais desvantagens foram: dificuldade de encontrar o parceiro ideal, dificuldade de efetivar um contrato de parceria, problemas com o corpo funcional, desconhecimento da legislação trabalhista, dificuldade no convencimento da alta administração, dificuldade no controle do custo interno com a parceria, dificuldade no relacionamento, envolvimento com os sindicatos.

Com relação às desvantagens citadas na pesquisa, Giosa (1995) alerta que as empresas devem tomar alguns cuidados ao decidir pela terceirização. Na sua opinião deve ser selecionado fornecedores que tenham outros clientes, evitando a exclusividade; analisar a capacidade financeira e a idoneidade técnica da prestadora de serviços; firmar contratos de fornecimento com prazos e quantidades e, em contrapartida, solicitar investimentos no sistema de qualidade. Terceirizar atividades a partir de análises de ganhos de produtividade e qualidade e não apenas na redução de custos. Iniciar o processo pelas atividades de apoio e somente depois chegar ao chão de fábrica. Desenvolver um programa de conscientização para os funcionários sobre a terceirização, com a finalidade de evitar resistências internas e o medo do desemprego. Sempre que possível buscar parceria com funcionários, que já conhecem a cultura da empresa e possuam o perfil adequado. É extremamente importante que a empresa promova a terceirização de acordo

com uma visão de planejamento estratégico, voltada para a qualidade. Ela não poderá improvisar; precisa escolher bem seus prestadores de serviços e examinar atentamente suas necessidades.

TERCEIRIZAÇÃO NAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

A terceirização dos serviços hospitalares ocorre de maneira diversa de hospital para hospital. Assim, há hospitais em que somente o serviço de limpeza e a manutenção de equipamentos de alta complexidade são terceirizados, em outros, a quase totalidade dos serviços é terceirizada (Bittar, 1996).

De acordo com Taylor apud Bittar (1996), uma pesquisa junto a 1.185 hospitais nos Estados Unidos mostrou que 55,0% deles tinham no mínimo uma firma contratada para gerir pelo menos um departamento. Segundo dados da mesma pesquisa, as causas dos serviços contratados eram: especialização da firma, baixar o número de funcionários por leito, aumentar o lucro, melhorar a imagem do hospital, prover cuidados contínuos, estabelecer um novo serviço, recrutar e ou reter os médicos e melhorar as condições do paciente. Os contratos mais comuns eram para serviços de lavanderia, zeladoria, nutrição, segurança informática, cobrança, fisioterapia, engenharia biomédica, emergência, anestesia e fonoaudiologia.

No mercado brasileiro, a situação é semelhante quanto às áreas terceirizadas, embora este processo esteja iniciando, e por esta razão, ocorrendo em menor número de instituições. No entanto, segundo Queiroz (1992), a parceria entre as empresas que prestam serviços de terceirização a Hospitais vêm se tornando cada vez mais frequentes no que se refere à serviços complementares.

O objetivo da Terceirização é fazer com que o corpo clínico fique livre das atribuições paralelas, para poder dedicar-se exclusivamente ao diagnóstico e tratamento dos agravos à saúde, ficando os demais serviços a cargo da empresa contratada, responsável pela manutenção e gerência.

A empresa terceirizada deve contar com um quadro de funcionários altamente treinados. Este treinamento é fundamental para o bom andamento da parceria hospital-empresa, pois seus resultados refletirão diretamente na qualidade do serviço prestado ao cliente, família e comunidade.

Segundo dados da Revista Suprimentos e Serviços Hospitalares (1995), os processos de Terceirização dos Serviços Hospitalares melhoram a qualidade do atendimento à clientela, à

medida que o corpo clínico fica encarregado dos processos clínicos e não dos administrativos. Isso deixa os profissionais da área da saúde mais disponíveis para investir nos processos de atualização clínica, além de reduzir significativamente os custos destes

serviços.

É fato que os hospitais ainda tem uma certa resistência a contratação desse tipo de serviço, porém, experiências com vários hospitais apontam como um caminho para o futuro, no qual o corpo clínico e de enfermagem estarão empenhados com a assistência e os serviços paralelos, a cargo de empresas especializadas. Esta mudança de conceitos é decorrente de um processo lento de aprendizagem por parte da administração dos hospitais que irão gradualmente conhecendo e entendendo esse processo habitual já na Europa e Estados Unidos (Revista Suprimentos e Serviços Hospitalares, 1995)

4.3. Gerenciamento da qualidade

A administração da qualidade é considerada uma nova abordagem que passou por uma longa evolução. Durante muito tempo, a única forma de “gestão da qualidade”, foi a inspeção (Berwick et al., 1995). Sabe-se que os artesãos inspecionavam seus próprios produtos, ou dos aprendizes que eram por eles observados diretamente.

A partir da administração científica de Frederick Taylor e Henry Ford, criou-se a função especial de inspetor. Estes eram treinados para estudar os resultados do trabalho, muitas vezes através de sofisticados métodos estatísticos. Decidiam quais as amostras deveriam ser inspecionadas de um determinado lote e quando aprovar ou descartar um lote inteiro com base nos resultados da amostra. Apesar de adicionar custos, a inspeção era considerada necessária para evitar produtos defeituosos, que geravam insatisfação nos clientes.

Walter Shewart, em 1931, lançou um livro revolucionário, “The economic control of the Quality of Manufactured product”, sugerindo que os esforços de uma empresa fossem dirigidos não no sentido de descobrir e reparar problemas nos produtos, mas ao contrário, em descobrir e reparar problemas nos processos de trabalho. Segundo este cientista, para garantir a qualidade, o adequado controle dos processos de produção eram bem mais eficientes do que a inspeção realizada no estágio final (Quinto Neto e Gastal, 1997).

Os métodos de controle da qualidade, de acordo com a teoria de Shewart, desenvolveram-se rapidamente na Grã-Bretanha e nos Estados Unidos durante a IIª Guerra Mundial. No entanto, foi no período pós-guerra que os japoneses aplicaram as técnicas de forma mais completa. Com o auxílio dos cientistas norte-americanos da missão de Cooperação Internacional para a reconstrução do Japão, Edward Deming e Joseph M. Juran,

os japoneses aprenderam a aplicar os métodos de controle da qualidade. Utilizavam não somente na atividade manufatureira, mas também no controle e aperfeiçoamento do projeto, *marketing*, distribuição, vendas, serviços e todas as demais funções comerciais da empresa. (Berwick et al., 1995; Quinto Neto e Gastal, 1997)

Essa ampliação do controle da qualidade em toda a empresa recebeu uma nova definição e ênfase a partir de Feigenbaum (1994), Total Quality Control. Este autor propôs o controle da qualidade total como um sistema para integrar esforços relacionados à qualidade em toda a organização, de forma que todas as funções pudessem concentrar-se na satisfação eficiente das necessidades do cliente.

Os japoneses expandiram ainda mais esse conceito, incluindo a participação de toda a força de trabalho na administração da qualidade, independentemente do nível hierárquico. Assim, o controle da qualidade total, em toda a empresa, envolve uma completa mobilização de esforços de melhoria e controle, incluindo todos os níveis e todas as funções em um esforço corporativo. Em sua forma mais avançada, o Gerenciamento da Qualidade Total (TQM) engloba tanto a integração horizontal (em todas as funções) como vertical (em todos os níveis hierárquicos) da empresa (Berwick et al., 1995, p.32)

Para Taublib (1998, p.65), Qualidade é definida de forma individual, personalizada, dentro dos parâmetros de quem a define. “Considera que esta filosofia e metodologia gerencial vem evoluindo através dos anos, à medida que as indústrias de bens e serviços a aplicam e a adaptam a cada realidade”. Na sua opinião, não há conflito entre as definições clássicas estabelecidas por Deming melhoria contínua; Juran adequação ao uso; Crosby conformidade com os requisitos; Pirsing “Qualidade não é uma idéia ou uma coisa concreta, mas uma idéia independente das duas... embora não se possa definir qualidade, sabe-se o que ela é”. Na verdade este autor acredita que todas estas definições somam-se, ampliando cada vez mais o nosso raio de visão e percepção do que seja Qualidade.

Hutchins (1993) define qualidade total como tudo que uma organização, uma sociedade ou uma comunidade fazem, que aos olhos de outrem determina a sua reputação, em base comparativa com as melhores alternativas. Para ele, a empresa deve ser melhorada continuamente, o que significa romper com o passado, pode significar dar preferência à sobrevivência da empresa. A satisfação na opinião do autor é conseguida, eliminando os fatores desagradáveis, bem como antecipando as necessidades do consumidor e incorporando estes valores ao produto.

De uma forma simplificada entendemos qualidade total, como sendo o envolvimento de toda a organização na busca contínua de satisfazer o cliente.

4.3.1. A qualidade nos serviços de saúde

O início da sistematização e dos primeiros modelos voltados à gestão da qualidade da assistência médica hospitalar pode ser atribuído ao cirurgião norte-americano Ernest Amory Codman, citado por Quinto Neto e Gastal (1997). Em 1913 e 1918, publicou os primeiros trabalhos sobre a necessidade e importância de garantir a qualidade dos resultados das intervenções médicas e os resultados finais das ações de saúde.

Defendeu a utilização dos conceitos da Teoria da Administração Científica (Taylorismo) no modo de gerir administrar e classificar os hospitais, bem como na avaliação e controle da prestação de serviços, e os resultados da atenção. De sua ação precursora surgiu o modelo de Acreditação Hospitalar nos EUA, gerado pela Comissão Conjunta para Acreditação de Hospitais e Organizações de Saúde (Quinto Neto e Gastal, 1997).

O modelo de acreditação insere-se no contexto da medicina como forma de assegurar a excelência (eficácia) dos procedimentos médicos e garantir a segurança das ações de saúde com o intuito de antecipação corporativa a uma sociedade civil cada vez mais organizada e ciosa de seus direitos. A Acreditação Hospitalar é definida como o procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência, através de padrões previamente aceitos (Quinto Neto e Gastal, 1997, p.09).

Em julho de 1990, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Federação Latino-Americana de Hospitais realizaram um acordo geral de cooperação para o desenvolvimento de ações, visando a melhoria da qualidade da assistência médica, sendo

desenvolvido o manual de Acreditação Hospitalar adequado à realidade da América Latina e do Caribe. No Brasil, são três as empresas de saúde que estão integradas a OPAS/FLH, e situam-se no Rio de Janeiro, São Paulo e mais recentemente em Porto Alegre.

Na opinião de Quinto Neto e Gastal (1997), a Acreditação é mais um dos meios possíveis para a melhoria da assistência em saúde, pois não há um único método, um único modelo, um único enfoque.

A qualidade e produtividade na saúde já é um movimento político, extrapolando na opinião de Taublib (1998, p.4), a fronteira da instituição, da cidade e do estado. No Brasil é

comprovado através da portaria nº 662 de 22 de março de 1994, descrita abaixo:

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, considerando a importância estratégica de desenvolvimento de uma Política de Gestão de Qualidade e Produtividade para o setor saúde no país; os princípios estabelecidos na Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde - 01/93, de 20 de maio de 1993; as mudanças sociais, demográficas e epidemiológicas em curso; e finalmente, a necessidade de se garantir uma assistência de saúde de qualidade à produção resolve:

Art. 1º - Criar a Comissão Nacional de Gestão de Qualidade e Produtividade em Saúde, com o objetivo de assessorar o Ministério da Saúde na formulação de diretrizes gerais, normas, padrões e indicadores de qualidade e produtividade nas seguintes áreas programáticas:

- Núcleos de Implementação de Gestão de Qualidade (NIGQ);
- Acreditação Hospitalar;
- Avaliação de Sistemas de Saúde;
- Formação de Recursos Humanos para Qualidade em Saúde.

Art. 2º - A Comissão Nacional de Gestão de Qualidade e Produtividade em Saúde, presidida pelo Secretário de Assistência à Saúde, é constituída por representantes dos seguintes órgãos e entidades:

- Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ);
- Conselho Federal de Medicina (CFM);
- Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS);
- Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS);
- Associação dos Diretores de Hospitais Universitários;
- Federação Brasileira de Hospitais (FBH);
- Instituto Nacional de Metrologia (INMETRO);
- Representante dos Usuários.

(1º - O Secretário de Assistência à Saúde, por iniciativa própria ou acolhendo proposta da Comissão, poderá

convidar outras entidades e técnicos para colaborarem na discussão, estudo, análise e elaboração de documentos de competência desta Comissão.

(2º - Cada membro titular da Comissão terá um suplente, cabendo ao suplente do Secretário de Assistência à Saúde presidir a Comissão em suas faltas e impedimentos eventuais.

Art. 3º - A Comissão se reunirá ordinariamente uma vez por mês e extraordinariamente quando convocada pelo Secretário de Assistência à Saúde.

Art 4º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação. (Henrique Santillo, D. O.U. 23/3/94)

A evolução das experiências e esforços proporcionou as bases para a construção de uma Teoria da Qualidade de Saúde que tem como um dos principais precursores Donabedian. Através de uma metodologia distinta da utilizada na administração empresarial, categorizou em três macrovertentes ou fundamentos operacionais como os três alvos potenciais da avaliação dos Serviços de Saúde. São elas a estrutura, o processo e o resultado (Quinto Neto e Gastal, 1997).

A estrutura são os recursos que estão à disposição para se oferecer o serviço, incluindo recursos materiais (instalações, equipamentos, características do prédio), recursos econômicos (remuneração), recursos humanos (número e qualificação do pessoal) e estrutura organizacional (organização do corpo clínico ou da equipe de saúde, métodos critérios de operação do serviço, sistemas de avaliação e auditoria) (Donabedian, apud Quinto Neto e Gastal, 1997 e Berwick et al., 1995).

O processo, atém-se fundamentalmente à realização e ao fazer dos profissionais da saúde, do ponto de vista técnico, na prestação dos cuidados dos diagnósticos, da terapia e a sua interação com os clientes (elaboração de registros clínicos, diagnóstico, tratamento, evolução e transferência dos clientes) (Donabedian, apud Quinto Neto e Gastal, 1997, p.15).

O resultado demonstra os efeitos e as conseqüências dos cuidados e intervenções do Sistema de Saúde (ou de sua falta) na saúde dos que a recebem (ou deixam de recebê-la), utilizando taxas, indicadores, parâmetros de saúde e de satisfação da clientela (Donabedian, apud Quinto Neto e Gastal, 1997)

Segundo Berwick et al. (1995), muitos documentos de pesquisa têm sido descritos, tentando definir estruturas sólidas, bons processos e resultados adequados. Outros, têm procurado elos entre as três categorias, orientados pela noção de que os resultados são os alvos

ideais de medição e que as estruturas e processos são interessantes somente à medida que sejam conhecidos por se ligarem a certos resultados.

Esse autor acredita, no entanto, que na área da saúde estes cientistas ainda não tem o que realmente precisam para lidar com os anos 90. Não têm ferramentas, nem teoria, mas pressupostos sobre a qualidade, faltando, portanto, a disciplina da experiência administrativa. Para ele, a melhoria sistemática da qualidade pode ser não apenas uma arte, mas uma ciência administrativa orientada por teorias fundamentadas na estatística, engenharia, psicologia e, acima de tudo, na experiência concreta e nas lições que têm sido ensinadas e aprendidas por outros setores, sobre como a qualidade pode ser planejada, controlada e melhorada.

A teoria oferece subsídios para definir os componentes e os processos de produção, as causas das falhas, os métodos de planejamento, melhoria e controle da qualidade. Esses conceitos foram primeiro utilizados nas empresas de exercícios manufatureiras e estão sendo ampliados através de exercícios concretos, buscando entender as maneiras pelas quais a atividade produtiva ocorre.

Berwick et al. (1995) questiona em que medida, os Serviços de Saúde constituem problemas únicos para a administração da qualidade. Considera primeiro a questão da “transferibilidade”, ou seja, se os princípios e técnicas do controle da qualidade industrial podem ou não ser aplicados com sucesso no serviço de saúde. Na sua opinião, depende do grau em que esse serviço é fundamentalmente diferente dos demais negócios.

Para ele ao longo do tempo, obteremos a mudança comportamental do grupo, e este é um novo paradigma da Qualidade Total: não mais o trabalho individual, e sim o trabalho em grupo. Vale ressaltar que todo processo de mudança é doloroso e difícil, pois lidamos com pessoas que acreditam, e com as que não acreditam, e devemos saber lidar com esta situação ou não haverá programa de Qualidade.

O pensamento de Maquiavel (1513), retirado da sua obra “O príncipe”, citado por Taublib (1998), merece destaque:

“deve-se considerar que não há nada mais difícil de planejar, nem de êxito mais duvidoso nem mais perigoso, do que lidar com o estabelecimento de um novo sistema. O inovador terá por inimigos todos aqueles a quem o antigo sistema beneficiava e terá tímidos defensores nos que forem

beneficiados pelo novo estado de coisas. Esta fraqueza decorre em parte do medo dos adversários, em parte da credulidade dos homens que não acreditam na verdade das coisas novas, senão depois de uma firme experiência. Daí resulta que os adversários, quando têm a ocasião de atacar, o fazem fervorosamente, como sectários, enquanto os outros o defendem sem entusiasmo, de maneira que o inovador e seus partidários ficam igualmente vulneráveis”. (Taublib, 1998)

Na opinião de Taublib (1998), existem ainda algumas barreiras a serem enfrentadas ao implantar-se um programa de qualidade na área de saúde, das quais destacamos a cultura. Em cada instituição existe uma identidade, uma forma específica de existir, referente a valores religiosos, morais, locais, regionais, etc. Também quanto a sua natureza existem diferentes culturas: um hospital público e privado, assim como uma

empresa familiar tem uma cultura própria. Esta é considerada uma barreira quando entra em choque com novas formas de pensar e agir, resultando em conflito.

Em um programa de qualidade deve-se cuidar com a forma de como lidar com este conflito e os caminhos encontrados para solucioná-lo. A Inércia da estrutura, pode ser quantitativa ou qualitativa; existem graus diferentes de dificuldades de acordo com o porte do hospital e sua complexidade. O Nível de informação, quando baixo pode tornar-se uma barreira, pois segundo Taublib (1998) “só gerencia quem tem meta, só tem meta quem tem informação”. Não adianta informatizar o caos, não adianta acelerar o desperdício e o retrabalho. Considera que a informática é um instrumento, uma ferramenta, um meio essencial para acelerar o processo de trabalho, agilizando-o. Desta forma é necessário ter as informações estatísticas, valorizar, colher e organizá-las primeiro, para depois proceder a informatização. A informação é essencial pois não pode existir qualidade sem padrão, tornando-se impossível estabelecer metas. Quando não se sabe com que item o cliente está insatisfeito, não se consegue melhorar o serviço; da mesma forma, se não conhecemos quais as doenças que são as causadoras mais comuns de óbitos no hospital, não é possível gerenciá-lo.

De outra forma Ishikawa (1993, p.55), afirma que

“não há padrões, sejam nacionais, internacionais ou de uma empresa que sejam perfeitos. Geralmente os padrões contém defeitos inerentes. As exigências do consumidor também mudam continuamente, exigindo uma qualidade cada vez

maior, ano após ano. Os padrões que eram adequados quando foram estabelecidos tornam-se obsoletos. Considera que na prática devemos rever continuamente nossos próprios padrões de qualidade, revisá-los ou melhorá-los para atender as exigências de qualidade dos consumidores”.

Segundo Taublib (1998), podem ser estabelecidos diversos indicadores hospitalares que servirão de norteadores gerenciais. São indicadores de qualidade, produtividade e de custo, que revelam o padrão do hospital. Uma vez que a empresa tem um padrão, poderá compará-lo com o padrão de outra empresa (*benchmarking*).

Saraceno e Leviv, citados por Quinto Neto e Gastal (1997, p.17), definem indicador como a variável que descreve uma realidade, devendo ter para isto as características de uma medida válida em termos estatísticos. Assim, um indicador deve apresentar as seguintes características: exatidão, apresentando as mínimas possibilidades de erro, sempre que

registrados; confiabilidade, refere-se ao fato de vários pesquisadores obterem as mesmas medidas, quando frente ao mesmo evento, não variando entre observadores (quanto mais quantitativa a definição operacional do indicador, maior o grau de reprodutividade; simplicidade, seus registros e medidas devem apresentar poucas dificuldades; pertinência, estar efetivamente correlacionado ao problema que examina; validade, medir efetivamente o fenômeno ou critério que está sendo examinado; sensibilidade, detectar as variações no comportamento do fenômeno que examina.

Segundo estes autores, os indicadores proporcionam as informações necessárias e mensuráveis para descrever tanto a realidade como as modificações devidas à presença do serviço ou assistência.

Taublib (1998) entende como indicadores de produtividade na área de saúde aqueles dados que nos trazem uma noção de volume. Entre eles:

1. pacientes/dia: reflete o número de pacientes internados por dia no hospital, dando uma noção do volume em determinado período estudado. Exemplo: um hospital tem em torno de 5.500 pacientes/dia por mês - soma diária do nº de pacientes internados x nº de dias mês.
2. média de pacientes/dia: se dividirmos o nº 5.500 por 30 dias do mês, teremos uma noção do nº de pacientes que em média teremos por dia na instituição. No caso, $5.500/30 = 183,3$ pacientes por dia.

3. leitos/dia: reflete o número de leitos colocados à disposição para internação por dia no hospital, em um determinado período.
4. taxa de ocupação hospitalar: é a relação percentual entre pacientes/dia e leitos/dia em um período estudado.

Como indicadores de custo poderíamos citar:

1. custo/paciente/dia: é a unidade de despesa hospitalar representando a média de gasto por serviço prestado a um paciente em um dia hospitalar.
2. custos por “centros”:
 - centro de custos materiais
 - centro de custos auxiliares
 - limpeza, manutenção, nutrição, rouparia, outros.
 - centro de custos especiais
 - laboratório, raio X, hemoterapia, outros.

Com relação aos indicadores de qualidade, devemos ressaltar mais uma vez a taxa de valor agregado. Desta forma agregaremos valor aos insumos utilizados. Também agregaremos valor ao Serviço prestado. Ao primeiro chamamos custo, ao do segundo faturamento. Taxa de valor agregado é igual a faturamento/custos.

O faturamento é diretamente proporcional à satisfação daquele que compra os serviços ou seja, os clientes externos: pacientes, convênios e médicos.

O custo é diretamente proporcional à satisfação dos clientes internos: os funcionários. Estes determinam a qualidade dos processos de produção com menos absenteísmo, maior empenho, menor desperdício, menor trabalho, melhores compras, etc.

A qualidade da empresa é, pois, diretamente proporcional à produtividade e poderia ser vista como faturamento/custos.

Já no trabalho técnico podemos citar como indicadores de qualidade:

- taxa de mortalidade institucional
- taxa de infecção hospitalar
- taxa de mortalidade operatória
- taxa de cesáreas
- taxa de remoção de tecidos normais

- taxa de cirurgias desnecessárias, entre outros.

Todos estes índices e taxas, sejam eles na área técnica ou administrativa, nos revelam, em última análise, a qualidade e o padrão da instituição.

Segundo Naisbett citado por Taublib (1998): “o que torna hoje uma instituição poderosa e de qualidade não é necessariamente a saúde financeira, e sim aquela empresa na qual a informação e o conhecimento dos fatos e dados são compartilhados por todos”. Uma vez compartilhados os dados, todos têm a oportunidade de participar, envolver-se e discutir melhor os problemas e suas soluções.

A partir de estatísticas e estabelecido o padrão, pode-se compará-lo com o padrão de outras instituições (*Benchmarking* - do inglês = referência). Estabelece-se, então, através da comparação, metas de melhoria para alcançar o que existe de melhor e se possível superá-lo, entrando no gerenciamento pela melhoria contínua (CQT).

Taublib (1998, p.32), considera que “existem outras barreiras a serem enfrentadas na implantação de um programa de qualidade na área da saúde, além das já citadas: cultura, inércia da estrutura, nível de informação e padronização”. Destaca ainda a inspeção final e a qualidade dos processos, falta de raciocínio estatístico, corpo clínico, necessitando se

reorganizar, corpo de enfermagem desestimulado e distância entre discurso e ação pela diretoria e gerência.

Com relação à inspeção final e qualidade dos processos este autor entende que é necessário uma nova visão do trabalho, desde a formação escolar, pois fomos educados para avaliação no final do processo de ensino através da famosa prova final. Fatores relevantes tais como, o professor era bom? como se deu o ensino? a didática utilizada (processo) foi adaptada ao aluno? o material e o equipamento utilizados foram de qualidade? não são levados em consideração, constituindo-se desde a infância até a idade adulta, como um padrão de comportamento, uma barreira a ser vencida.

Com relação à falta de raciocínio estatístico, Taublib (1998) alerta para a importância da informação e padronização. As pessoas costumam resistir a colher dados e cabe à liderança das empresas fazer com que seus funcionários agreguem valor, dêem importância às estatísticas, pois elas só serão feitas, se eles o quiserem.

O contexto sócio-econômico e político: é outra barreira que segundo Taublib (1998) faz com que a área da saúde seja uma das que mais sofrem com o panorama que se apresenta. Os

hospitais públicos recebem recursos escassos, leitos em número cada vez menor, falta de mão de obra qualificada e baixa remuneração, bem como equipamentos cada vez mais obsoletos. A rede privada sobrevive, mas muitas vezes não consegue ter seu capital remunerado, não podendo portanto reinvestir no crescimento da empresa.. Os seguros saúde apesar de crescerem, constantemente atrasam o pagamento aos hospitais e remuneram o ato médico com valores extremamente baixos. Por outro lado, a rede hospitalar demonstra uma baixa produtividade, um alto custo operacional e baixa qualidade no atendimento. Tudo isso acaba interferindo na relação médico-paciente, causando baixa satisfação e desconfiança dos clientes externos, reconsultas desnecessárias e uma medicina defensiva, com excesso de exames complementares que, longe de melhorar a qualidade do atendimento, vem ocasionando aumento de custo e baixa produtividade.

Outra barreira a ser transposta, na opinião de Taublib (1998) é o corpo clínico necessitando se organizar: para ele, ao pensarmos em novos paradigmas, faz-se necessário pôr fim em alguns dogmas. Há muito o médico deixou de ter a imagem do “sacerdote”, ocupando hoje a imagem de mais um trabalhador incluído em uma equipe multidisciplinar da saúde, assim como também pode ser um empresário e também praticar uma medicina em que a relação com o cliente limita-se ao diagnóstico somente (ex.: exames complementares por imagem). As relações com os hospitais também evoluíram, como por exemplo a formação de

cooperativas, terceirização, etc. Desta forma cria-se uma necessidade de reorganização do corpo clínico, maior articulação e integração dos médicos, no sentido de assegurar uma boa prática médica.

O corpo de enfermagem desestimulado é outro agravante, pois Taublib (1998, p.34) considera “que todo programa de Qualidade de Saúde deve levar em consideração que cerca de 60% do efetivo de pessoal das instituições de saúde é constituído pela equipe de enfermagem, sendo também um dos poucos profissionais a permanecer 24 horas no hospital. Desta forma, o sucesso de um programa de qualidade depende do quanto a enfermagem envolve-se e compromete-se com ele, assim como ocorre na indústria de bens, com o chamado Pessoal de Produção. Constantemente, estes são os mais insatisfeitos com relação a salário, carga horária e condições de trabalho. Na saúde, isto é ainda mais grave, pois o que se produz é um serviço cujas falhas e deficiências acabam por provocar uma grande frustração e sentimentos de culpa, que se não são bem resolvidos acabam por criar um clima do não adianta e deixa isso prá lá, acarretando um serviço de má qualidade e baixíssima produtividade. Para superar essa barreira, não devem

ser poupados esforços para melhorar as condições de trabalho, valorização e incentivos à qualificação destes profissionais”.

Na barreira a distância entre discurso e ação pela diretoria e gerência, Taublib (1998) aponta algumas particularidades a serem consideradas. Quando se trata de uma empresa pública, a dificuldade reside na troca constante de direção e gerência, a cada novo governo, causando uma inconstância de políticas e diretrizes. Outro fator relevante nas empresas públicas é a falta de compromisso dos que ocupam estes cargos, muitas vezes somente de forma temporária, no sentido de obter vantagens salariais. Na empresa privada, a dificuldade está no contexto sócio-econômico e também no tipo de estrutura da empresa.

As sociedades beneficentes religiosas ainda não se libertaram em sua maioria, da administração caseira. É hora de profissionalizar a estrutura e modernizar a máquina administrativa. As empresas familiares, por outro lado, vivem uma crise relacionada à transição que têm vários aspectos: profissionalização da estrutura, em quem confiar, visões diferentes dentro da família de como fazer a transição, dentre outras. Tudo isso tem ocasionado uma certa distância entre discurso e ação, que são contextuais e que devem levar à mudança inevitável para garantir a sobrevivência.

Assim, de forma isolada ou como fruto do esforço empreendidos por governos, pelo setor privado e por organismos internacionais, as experiências na aplicação de conceitos e ferramentas na busca da qualidade estão aumentando nas entidades e organismos prestadores

de serviços de saúde.

Um programa de qualidade total, sustentado em uma sólida missão e filosofia empresarial, deve incorporar segundo Saénz (1992)

- Uma etapa de preparação para a qualidade;
- Uma etapa de melhoramentos contínuos;
- A implementação de sub programa específico, voltado para o desenvolvimento de recursos humanos;
- O desenvolvimento de um sistema de garantia da qualidade;
- O desenvolvimento de um sistema de informações e controle de processos estatísticos.

A qualidade total não pode ser vista somente como um enfoque gerencial. Mais que isso, constitui uma filosofia que necessita ser internalizada e assumida por todos e ao mesmo tempo por cada um dos membros de uma organização. Requer o compromisso real e efetivo dos níveis

diretivos e não pode prescindir de sua capacidade de liderança para conduzir um processo lento e às vezes difícil, até que estejam engajados os níveis da organização. É fundamental ainda o entendimento da cultura organizacional para o desenho, ajuste e administração do programa.

Os dirigentes de instituições de saúde, que desejem implantar Programas de Qualidade Total, devem estar conscientes, pelo menos, dos seguintes pontos (Saézn, 1992):

1. é um programa que começa e que não finaliza no tempo;
2. os resultados ocorrem a longo prazo: um Programa de Qualidade Total consolida-se em volta de seu quinto ano de desenvolvimento;
3. a gestão deve caracterizar-se pela transparência e pela consistência: transparência dos objetivos organizacionais, do que se deseja de cada uma das pessoas, dos sistemas de incentivos e reconhecimentos adotados etc.; e consistência dos atos dos dirigentes não se pode apregoar qualidade e tomar atitudes que venham de encontro a ela, como a desconsideração com clientes, usuários e empregados;
4. devem ser desenvolvidas e fortalecidas as relações fornecedor-cliente, tanto dentro da organização como no referente ao usuário final;
5. requer uma atitude aberta à participação “da base” na busca de soluções;
6. um programa de qualidade total contém e envolve a estrutura, os processos e os resultados da organização o controle de qualidade ou o controle sobre o resultado final é uma resultante, mas não o fim em si mesmo do programa;
7. não há programa de qualidade total que apresente resultados com trabalhadores que tenham que estar se defendendo do controle;
8. a qualidade é um insumo invisível a qualidade é invisível quando é boa, mas é impossível de não ser notada quando é má;
9. um programa de qualidade, quando levado a sério, só apresenta benefícios - melhora a comunicação entre setores de uma instituição e aumenta o moral e a camaradagem entre o pessoal; faz renovar o interesse dos profissionais pela instituição e pela qualidade dos produtos e serviços que realiza; o pessoal em geral conhece e compreende os objetivos e sente, no caso de um hospital, por exemplo, que está trabalhando para atingir um objetivo moral alto, que é o de prestar uma atenção de alta qualidade aos pacientes; diminuem os custos, os desperdícios, os acidentes de trabalho, as reclamações e as queixas;

10. a qualidade fundamenta-se no processo e é possível melhorá-la a cada dia, até no que parece utopia, a meta de zero defeitos;
11. um programa de qualidade total é passível de ser aplicado em qualquer organização, sem distinção de tamanho, nível de complexidade, tipo de serviço que oferece, etc.

No caso da saúde, é importante assinalar a necessidade de ser estabelecido em compromisso setorial em prol da qualidade. Esta não deve ser uma preocupação exclusiva de algum de seus subsetores ou de algumas instituições de forma isolada mas, ao contrário, uma preocupação de todos, contando com o concurso de todas as forças, motivações e recursos provenientes de hospitais, sistemas locais, secretarias municipais e estaduais de saúde, Ministério da Saúde, instituições públicas atuantes na área, entidades formadoras de recursos humanos, organismos internacionais e organismos não governamentais, comprometidos com a busca da eficiência, equidade e qualidade dos serviços de saúde.

A implementação da qualidade total envolve o sistema como um todo, sendo necessário repensar a qualidade do processo e do produto, qualidade de vida do trabalhador e qualidade da gerência, como descreveremos a seguir.

4.3.2. Qualidade do processo e do produto

Os produtos, segundo Erdmann (1998), podem ser divididos em duas categorias:

- a) bens, referem-se a produtos que existem fisicamente;
- b) serviços, referem-se a bens intangíveis, representados por ações desenvolvidas por terceiros em atendimento a solicitações específicas de atividades a executar.

Considera ainda que a maior diferença que existe entre bens tangíveis e serviços e métodos diz respeito ao modelo de interação com o cliente, cujas características em cada caso são:

- a) bens: elevado número de atividades de suporte e pequena interação direta com o cliente.
Exemplo: um fabricante de carro, pouco interage com o cliente, que fica na loja um período pequeno, se comparado com o tempo de produção.
- b) serviços: pequeno número de atividades de suporte e grande interação com o cliente: Exemplo: o tempo que você passa em um hospital, é praticamente o mesmo tempo que o hospital presta-

lhe serviço. E você pode interferir no serviço durante a sua produção – pode reclamar que o curativo não foi bem feito e é possível corrigir o problema durante a sua internação no hospital.

Paladini (1995), acrescenta ainda uma terceira modalidade de produção, os métodos. Para ele, métodos dizem respeito a procedimentos lógicos desenvolvidos por terceiros ou ainda informações por eles organizadas, em atendimento a solicitações relativas aos meios de execução de uma atividade (*know-how*).

Entende-se como serviço “uma mercadoria comercializável isoladamente, ou seja, um produto intangível, que não se pega, não se cheira, não se apalpa, geralmente não se experimenta antes da compra, mas permite satisfações que compensam o dinheiro gasto na realização de desejos e necessidades dos clientes” (Cobra e Zwarg, 1987, p.3).

O consumo de serviços, no Brasil, está intimamente ligado a fatores sociais, econômicos, políticos e sobretudo comportamentais. A crescente urbanização, a perda de poder aquisitivo, a estratificação social, a busca por lazer, entre outros fatores, começa a delinear um novo perfil de consumidor de serviços. E a decisão de compra de serviços é cada vez mais impulsionada pela necessidade de melhoria de vida (Cobra e Zwarg, 1987). Segundo estes autores, há seis características básicas que distinguem serviços de produtos em geral:

1. os serviços são mais intangíveis do que tangíveis: Um produto é um objeto, algo palpável, o serviço é resultado de um esforço, uma performance. Quando o serviço é vendido não há via de regra, nada a ser mostrado que seja tangível. Os serviços são consumidos, mas não podem ser possuídos. O conceito de intangibilidade tem dois significados-chaves: a) que não pode ser tocado, apalpado; b) que não pode ser facilmente definido, formulado ou alcançado mentalmente;
2. os serviços são simultaneamente produzidos e consumidos. São geralmente produzidos e consumidos ao mesmo tempo. Ao dar aula, o professor produz um serviço educacional que o estudante vai consumindo. Os serviços são usualmente vendidos, depois produzidos e consumidos simultaneamente. Os serviços precisam, desta forma, ser distribuídos corretamente, para que possam ser produzidos e consumidos;
3. os serviços são menos padronizados e uniformes. Baseiam-se em pessoas e equipamentos. Mas o componente humano é o que prevalece, e por essa razão fica difícil sempre ser produzido de maneira uniforme e padronizada;

4. os serviços não podem ser estocados. Uma das suas características é que uma vez produzido, deve ser consumido. Não há possibilidade, ao contrário do produto, de ele ser estocado para venda e consumo futuro;
5. via de regra não podem ser protegidos por patentes. Os serviços são facilmente copiados e raramente podem ser protegidos por patentes. Por essa razão, é importante que o serviço desfrute de uma boa imagem de marca, diferenciando-se dos similares, estrategicamente;
6. é difícil se estabelecer preço, como o serviço apoia-se em trabalho humano, os custos de produção variam, pois são estipulados subjetivamente por quem o produz.

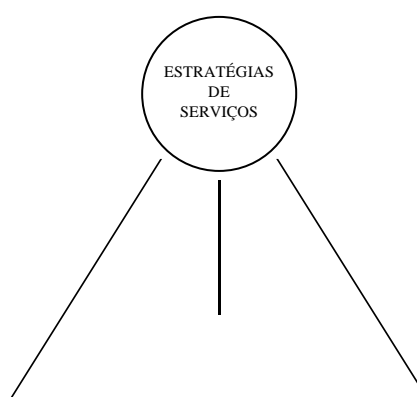
Albrecht (1992) idealizou o triângulo do serviço (Figura n.º 04, pg.94) como uma maneira de descrever as operações de estabelecimentos de prestação de serviços bem-sucedidos, depois de examinar muitas pesquisas e conhecimentos comuns a respeito de como as melhores empresas de serviços atuam. Todas as empresas, na opinião dele, com serviço excelente, possuem essas três características:

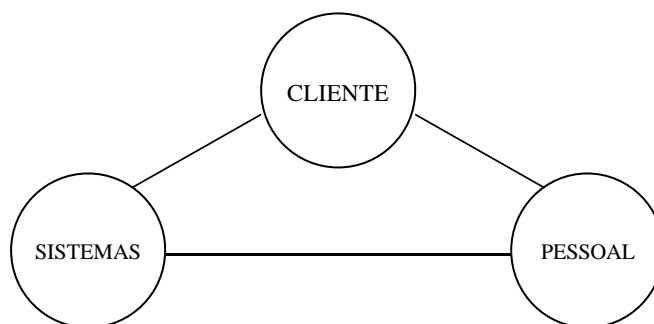
1. uma visão ou estratégia do produto no caso um serviço;
2. pessoal da linha de frente orientado para o cliente;
3. sistemas voltados para o cliente.

O triângulo do serviço é uma maneira de representar graficamente a interação desses três elementos críticos, que devem atuar conjuntamente para que se mantenha um nível mínimo de qualidade do serviço.

Figura n° 04

Triangulação de serviços





Fonte: Albrecht (1994, p.25)

- O Cliente é o coração do modelo, no círculo central.

Segundo Albrecht e Bradford (1992), estamos no meio de um processo de mudança básica: de um mundo que fabrica, comercializa e vende produtos, para um mundo em que os clientes exigem o tipo de produto e serviço pelo qual estão dispostos a pagar. Se não conseguem o que querem da maneira que desejam, vão procurar em outro lugar.

Se você quer que os seus serviços tenham uma vantagem em relação aos concorrentes, deverá certificar-se de que todos os componentes da sua organização entendam profundamente os valores modificados dos clientes.

Se você pretende obter uma vantagem competitiva na gestão de serviços, precisa compreender os valores, crenças e atitudes prevaescentes, e como eles influenciam as atitudes dos clientes (Albrecht e Bradford, 1992).

Conforme estes autores, todo cliente, que vem a sua empresa, traz consigo certa bagagem mental. Dependendo de quando nasceu e foi criado (o tipo de geração), certas atitudes, crenças e valores vão conduzir o seu comportamento. Esses elementos, profundamente enraizados, representam os dados que tanto os clientes externos como seu funcionário (cliente interno) trazem à tona no momento da verdade.

Uma boa forma de analisar os valores dos clientes da década de 1990 é encará-los como membros de grupos de diferentes gerações. Cada grupo (criança, jovem, adulto, idoso) tem um esquema de referências distinto, baseado em seus dados coletivos e peculiares.

A Estratégia do Serviço (triângulo dos serviços, Figura 04), é um exemplo disto. Entende-se estratégia de serviço como as informações demográficas e psicográficas, obtidas na

busca do profundo conhecimento dos seus clientes, e da empresa em prestar serviços bem como a promessa de prestar serviços aos seus clientes. Torna-se um modelo administrativo para tornar futuras decisões sobre a empresa, seus serviços, e suas operações. Essa estratégia, que deve ser baseada em profundo conhecimento do cliente, quase sempre é apoiada pelos proprietários e pela diretoria executiva. A empresa deve saber escolher dentro dos novos paradigmas administrativos as estratégias que melhor se adaptam à realidade da sua organização e ao seu mercado.

As Pessoas (Figura 04) inclui todos os executivos, gerentes e funcionários da organização. Representa o aspecto de formação da administração de serviços. A reta que liga este círculo à estratégia significa que deve haver uma série de valores compartilhados, com relação aos serviços em toda a organização. Todos devem conhecer, compreender e comprometer-se com a promessa de serviços que flui da estratégia. Em segundo lugar, a reta que liga o círculo de Pessoas ao círculo de Clientes representa a ligação pessoal que todos os funcionários e gerentes da sua empresa têm com os clientes.

Os Sistemas correspondem a todos os membros da organização, da presidência aos funcionários da linha de frente. Devem trabalhar de acordo com os sistemas que organizam a forma pela qual a empresa é dirigida (Figura 04).

A reta, que liga o círculo de Sistemas ao círculo de Clientes, mostra a relação existente entre os clientes e os sistemas da organização. Os clientes devem trabalhar com o seu sistema do modo deles para fazer negócios com a empresa. A estratégia de serviços da empresa vai influir profundamente no sistema de serviços, conforme vai modificando a organização para que seu foco esteja no cliente. Todas as organizações são compostas por muitos sistemas interatuantes. Se a empresa interferir em um dos sistemas da organização, vai afetar todos os outros. Contudo, há quatro sistemas principais ou subsistemas que precisam ser examinados, se a organização quiser criar uma cultura voltada para o cliente: Sistema Gerencial, Sistema de Regras e Regulamentos, Sistema Técnico e Sistema Social (Figura 04).

No Sistema Gerencial, as pessoas que têm um cargo gerencial fazem parte do sistema. Os membros são os proprietários, executivos e gerentes realmente encarregados da empresa, que tornam as decisões estratégicas tanto a curto como a longo prazo (Figura 04).

No Sistema de Regras e Regulamentos constam todas as orientações, tanto para funcionários como para clientes. São as “leis” da organização, o que é e o que não é certo fazer. Por exemplo: os manuais dos funcionários, as leis federais e a orientação gerencial.

No Sistema Técnico, estão representados todas as ferramentas e técnicas físicas usadas para fabricar o seu produto ou serviço. Por exemplo, um hospital contém salas de cirurgia, computadores, arquivos, telefones, instrumentos cirúrgicos, sistemas contábeis, software, e um alto grau do conhecimento necessário para praticar o atendimento à saúde. Tudo isso faz parte do sistema técnico (Figura 04).

O Sistema Social, representa todas as pessoas da empresa e como se relacionam, ou seja, como as coisas são feitas em conjunto. É o sistema no qual as pessoas realizam ou não trabalho em equipe, cooperam, solucionam problemas e entram em conflito com a gerência.

Consideram Albrecht e Bradford (1992), que há duas perguntas básicas a serem feitas com relação a cada um dos sistemas. 1. São adequados aos clientes?; 2. são adequados aos funcionários? Por adequado ao cliente entende-se um sistema que facilita o negócio do cliente com a empresa. A segunda questão chama a atenção para o interior da organização. Os seus sistemas são “adequados aos funcionários”? são estabelecidos de forma tal que facilitem a eles prestar serviços de qualidade aos clientes? ou na realidade atrapalham os que realmente colocam os clientes em primeiro lugar, mas não conseguem por causa de alguma regra ou regulamento da empresa? quando é analisado a organização, são observados Sistemas adequados aos Clientes e funcionários?

Albrecht (1994, p.15) após estudar muitos dados sobre a insatisfação do cliente, identificou sete categorias de fatores de reclamação.

1. Apatia: atitude de pouco caso por parte da pessoa responsável pelo contato direto com o cliente, ou ainda estar apenas dando a impressão de que se importa com isto.
2. Dispensa: procurar livrar-se do cliente, desprezando sua necessidade ou seu problema, simplesmente alegando não ser seu serviço.
3. Frieza: tratamento ríspido, demonstrando desatenção ou impaciência com o cliente, comum nos serviços públicos.
4. Condescendência: tratar o cliente com uma atitude paternalista, como é hábito por muitas pessoas no setor de saúde (costumam falar com o cliente como se o mesmo tivesse quatro anos de idade).

5. Automatismo: funcionário completamente mecanizado, coloca todo cliente no mesmo programa, com os mesmos movimentos e chaves padronizados, e sem qualquer indício de calor ou individualidade.
6. Livro de Regras: colocar as normas da organização, acima da satisfação do cliente, sem qualquer liberdade, por parte do funcionário que presta o serviço, para abrir exceções ou usar o bom senso. Exemplo: fiscais de estacionamento Zona Azul das áreas centrais da cidade parecem ter sido programados apenas para cumprir ordens.
7. Passeio: o funcionário, que não resolve nada, alegando sempre que você precisa procurar outra pessoa para resolver o seu problema. É muito comum nas companhias aéreas.

As empresas prestadoras de serviço devem estar atentas e discutir com os seus funcionários o que pode ser feito para que não sejam culpadas de cometerem algum destes fatores insatisfatórios para os clientes.

4.3.3. Qualidade do processo/produto nas organizações hospitalares

Há autores que consideram que o “produto hospitalar” (serviço assistencial) difere muito dos produtos de outras organizações, mesmo daquelas de prestação de serviço. Ele é composto com ingredientes emotivo/afetivo e a satisfação ocorre também neste plano. A assistência requer alto grau de eficácia e a organização e a administração necessitam estar preparadas e aparelhadas para oferecer este nível de satisfação à clientela. Os serviços de saúde são significativamente diferentes, complexos e de certo modo únicos, se comparados com outros tipos de organização (Azevedo, 1995).

Segundo Shortell e Kaluzny citados por Azevedo (1995), eis as características mais frequentemente mencionadas sobre os serviços de saúde:

- a) a definição e mensuração dos resultados são difíceis;
- b) o trabalho desenvolvido é tido como extremamente variável e mais complexo do que em outras organizações;
- c) a maior parte do trabalho é de natureza emergencial;
- d) o trabalho dá pouca margem de ambigüidade e erro;

- e) as atividades são altamente interdependentes, sendo necessário um alto grau de integração entre os diversos grupos profissionais;
- f) o trabalho requer alto nível de especialização;
- g) boa parte dos membros da organização é extremamente profissionalizada, e eles são mais leais à profissão que à organização;
- h) existe pouco controle organizacional ou gerencial efetivo sobre o grupo mais responsável pelo trabalho, os médicos;
- i) em muitas organizações de serviços de saúde, particularmente os hospitais, existe dupla linha de autoridade o que gera problemas de coordenação e responsabilidades.

A particularidade dos serviços de saúde seria fruto da combinação dessa várias características mencionadas. Alguns desses elementos estão presentes no modelo de organizações profissionais de Mintzberg, citado anteriormente.

Dussault, apud Azevedo (1995) aponta, entre as particularidades do serviço de saúde, o fato de atenderem às necessidades complexas e variáveis (com dimensões biofísicas e psicossociais) cuja definição varia de acordo com a inserção social, a representação do processo saúde-doença, conforme a clientela (adultos, mulheres, crianças e velhos). Diz ainda que há variações individuais, o que até certo ponto torna cada problema único.

Azevedo (1995) refere-se à prestação de serviço de saúde como uma prestação de serviços individualmente definida para cada cliente, e aos produtos como diversos e inúmeros. A unidade de produção do hospital seria o caso tratado que envolve, para cada paciente, um conjunto específico de serviços de acordo com a patologia e as demais características pessoais referidas anteriormente. O hospital pode, portanto, ser considerado uma firma de multiproduto que, teoricamente deve ter uma linha de produção tão diversificada quanto o número de pacientes tratados.

Ainda para o mesmo autor, outro aspecto peculiar aos serviços de saúde é que serviços de baixa qualidade podem trazer riscos e prejuízos graves para o usuário. Portanto, é preciso respeitar normas de qualidade, embora as organizações de saúde não possam ser formalizadas demais, pois os prestadores precisam ter autonomia para adaptar os serviços às necessidades dos usuários.

4.3.4. Qualidade de vida no trabalho

O trabalho na vida das pessoas vem ocupando um espaço muito importante, para garantir a sobrevivência e o condicionamento social. As pessoas na sociedade atual, começam a trabalhar cada vez mais jovens, passando grande parte das suas vidas dentro das organizações.

Não obstante, na opinião de Moraes, apud Rodrigues (1994), a nossa relação com o trabalho demonstra muitas vezes uma relação conflitiva. É muitas vezes percebido que nos impede de viver. Por outro lado, é frequentemente mencionado como algo que dá sentido à vida, eleva status, define identidade pessoal e impulsiona o crescimento do ser humano.

Segundo o autor, o trabalho é indesejado, porque na atual sociedade é comum ser configurado de forma totalmente fragmentada e sem sentido, burocratizado, cheio de normas ou rotinas, ou então cheio de exigências e conflitivo com a vida social ou familiar.

O sociólogo americano Robert Blauner, citado por Rodrigues (1995), descreveu em seu livro “Alienação e Liberdade”, os sentimentos referidos pelos trabalhadores, em anos de vivência com os mesmos: alienação, solidão, falta de poder e falta de sentido (perda da identidade), como características do cotidiano organizacional.

Em decorrência destes fatores, estão surgindo indicadores bastante evidentes da deterioração da qualidade de vida tais como: aumento dos índices de acidentes, surgimento de novas doenças, alcoolismo, utilização crescente de drogas, consumismo exagerado, perda de controle do homem com a natureza e até depredação da mesma. Somados a tudo isto, a perda do significado do trabalho e a alienação podem ser considerados fatores desencadeantes dos diversos problemas citados anteriormente. No entanto, não podemos esquecer, que a satisfação no trabalho não pode ser isolada da vida do indivíduo como um todo.

Para Handy (1978), o trabalho vem assumindo, por outro lado, cada vez mais proporções enormes na vida do homem de hoje. Segundo ele, talvez as organizações sejam, hoje, o meio principal para o homem adquirir sua identidade, buscar seu ego ideal.

Com esse desdobramento, a sociedade tem promovido amplos debates quanto às causas e alternativas de solução para esse problemas. Nas organizações,, começam a surgir projetos e experiências de humanização do trabalho, demonstrando uma maior conscientização em relação a tais questões.

Assim, o tema Qualidade de Vida no Trabalho vem ganhando destaque, sendo cada vez mais amplamente discutido e considerado como relevante para o sucesso das organizações.

Segundo Rodrigues (1994), no entanto, a qualidade de vida no trabalho tem sido uma preocupação do homem desde o início da sua existência, quando buscava aprimoramento dos instrumentos primitivos dos quais decorriam suas condições de trabalho e subsistência. Ao longo do tempo a qualidade de vida no trabalho vem recebendo diferentes conotações ou títulos, mas objetiva essencialmente facilitar ou satisfazer as necessidades do trabalhador no desenvolver das suas atividades na organização.

O termo qualidade de vida no trabalho, como abordagem em administração, apareceu na literatura somente no início da década de 50, na Inglaterra, com Eric Trist e colaboradores, que estudavam um modelo macro para agrupar o trinômio pessoa/trabalho/organização. Nessa perspectiva, foi desenvolvida uma abordagem sócio-técnica, com o intuito de compreender a organização do trabalho a partir da análise e reestruturação da tarefa (Búrigo, 1997).

No Brasil, a partir do final da década de 50 é que se intensificaram os estudos sobre Qualidade de Vida no Trabalho, a partir de instituições pioneiras como EMBRAPA (Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária), UFRGS (Universidade Federal do Rio Grande do Sul) e UFMG (Universidade Federal de Minas Gerais).

Segundo Búrigo (1997), o enfoque das pesquisas na área de Qualidade de Vida no Trabalho recai sobre a importância que o mesmo desempenha na vida das pessoas e da constatação de que a forma como o trabalho está estruturado e organizado apresenta um impacto direto sobre o trabalhador, podendo levá-lo à satisfação ou frustração com outros fatores da vida que estão relacionados à qualidade de vida no trabalho.

Os autores apresentam diferentes enfoques ao conceituar a referida qualidade. O ponto de convergência parece estar na conciliação dos interesses, no sentido de melhorar e humanizar as situações de trabalho (Búrigo, 1997).

Dentro desta visão Vieira (1996) define qualidade de vida no trabalho como sendo: “melhoria nas condições de trabalho com extensão a todas as funções de qualquer natureza e nível hierárquico, nas variáveis comportamentais, ambientais e organizacionais que venham juntamente com a política de recursos humanos condizente, humanizar o emprego, de forma a obter-se um resultado satisfatório tanto para o empregado como para a organização”.

Por outro lado, há autores que estabelecem uma relação direta da Qualidade de Vida no Trabalho com outros fatores da vida. Assim, Hackman e Suttle, citados por Quirino e Xavier (1987, p.72) afirmam que: “a qualidade de vida no trabalho refere-se à satisfação das necessidades da pessoa. Ela afeta atitudes pessoais e comportamentais, tais como criatividade, vontade de inovar ou aceitar mudanças, mudanças, capacidade de adaptar-se a mudanças no ambiente de trabalho e o grau de motivação interna para o trabalho, que são fatores importantes para a produtividade do indivíduo”.

Neste sentido é importante ressaltar que a organização, antes de planejar programas ou ações de qualidade de vida no trabalho, deve buscar conhecer melhor a sua abrangência, considerando-o como um processo dinâmico e contingencial, uma vez que as pessoas mudam de acordo com o contexto no qual estão inseridas.

Muitos autores da área de comportamento organizacional preocuparam-se em oferecer modelos para aferição da motivação e satisfação no trabalho. Dentre eles, destacamos o modelo proposto por Walton (1973), devido a sua amplitude:

O autor propôs oito categorias conceituais com o intuito de fornecer uma estrutura para analisar as características notáveis da Qualidade de Vida no Trabalho. São elas:

- 1- compensação adequada e justa onde é analisado a remuneração ao trabalho que o trabalhador realiza: equidade interna (equilíbrio entre as remunerações na empresa) e equidade externa (comparação da remuneração com o mercado de trabalho). A honestidade da compensação pode ser focalizada por vários prismas, pelas relações entre salário e fatores como experiência e responsabilidade, pelas relações entre salário e talento ou habilidade, pela demanda da mão de obra, ou pela média de compensação da organização em questão ou de mercado de trabalho.
- 2- Condições de segurança e saúde do trabalho, considerando-se os “horários razoáveis reforçados por um período normal de trabalho padronizado; condições físicas de trabalho que reduzam ao mínimo o risco de doenças e danos; limite de idade imposto, quando o trabalho é potencialmente destrutivo para o bem-estar das pessoas abaixo ou acima de uma certa idade” (Walton, 1973, p.13).
- 3- Uso e desenvolvimento de capacidades o autor refere-se às possibilidades do trabalhador satisfazer suas necessidades, utilizar as habilidades e conhecimentos, desenvolver sua

autonomia, autocontrole e de obter informações sobre o processo total do trabalho, bem como de retroinformação, quanto ao seu desempenho.

- 4- Oportunidade futura de crescimento contínuo e segurança, relaciona-se com a perspectiva de utilizar os conhecimentos e habilidades expandidas e recém-adquiridas em termos de carreira dentro da organização. É a oportunidade de progredir em termos organizacionais, de ser reconhecido quanto ao seu desempenho e de obter segurança no emprego de forma mais duradoura.
- 5- Integração social na organização de trabalho, engloba a ausência de preconceitos, de diferenças hierárquicas muito marcantes; a sinceridade e apoio mútuo nas relações são aspectos considerados fundamentais para o estabelecimento de um bom nível de integração social nas organizações.
- 6- O constitucionalismo nas organizações de trabalho O estabelecimento de direitos e deveres, normas e regras, direito de posicionamento (o diálogo livre), a justiça no tratamento dos assuntos são elementos significativos para fornecer uma elevada Qualidade de Vida no Trabalho.
- 7- O trabalho e o espaço total da vida, refere-se a relação entre o trabalho e o espaço total de vida, deve haver um conceito de equilíbrio, não permitindo-se que o trabalho absorva todo o tempo e energia do trabalhador em detrimento do lazer, do convívio familiar e das atividades comunitárias.
- 8- Relevância social da vida no trabalho em que, a atuação da empresa pode ser vista através da imagem, responsabilidade pelos produtos, responsabilidade social, práticas de emprego, regras bem definidas de funcionamento e administração eficiente. Devem ser consideradas também a relevância do trabalho em todos os níveis organizacionais pela empresa e a comunidade, sendo despertado no trabalhador o sentimento de valor pela sua contribuição no produto final.

A QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

As instituições de saúde, como já foi citado anteriormente, representam sistemas psicossociais bem diferentes das organizações encarregadas da produção e comercialização de bens. Nas organizações de saúde, especialmente nos hospitais, os integrantes da instituição

convivem diretamente com problemas e dificuldades de outras pessoas, com seu sofrimento, sua dor e até sua morte. Assim, os seus trabalhadores sentem, comprometem-se em relacionamentos informais, envolvem-se, pensam, tomam decisões desejáveis ou indesejáveis do ponto de vista da organização. Trata-se de um sistema psicossocial complexo

na opinião de Georgopoulos, apud Gonçalves (1987, p.36): “sua matéria-prima é humana, seu produto é humano, seu trabalho é feito principalmente por mãos humanas e seu objetivo é humano - serviço direto prestado por pessoas”.

Diante deste contexto é que se enfatiza à importância de estimular e manter a motivação dos integrantes de organização, como um dos condicionantes básicos do desempenho da própria organização.

As empresas que não levam estes aspectos em consideração poderão enfrentar graves problemas como a alta rotatividade e absenteísmo elevado. A análise desse comportamento organizacional patológico revela quase sempre insatisfação com aspectos operacionais, maior até do que com relação às questões salariais. Assim, é comum a insatisfação com condições de trabalho, com o clima humano em toda a organização ou em alguns dos seus setores, ou a insegurança em relação à sobrevivência da organização.

Por outro lado, a insatisfação dos trabalhadores pode gerar custos mais altos para a instituição, na medida em que os mesmos podem causar danos à equipamentos, perdas deliberadas de material e acidentes de trabalho. No caso das instituições de saúde ainda pode implicar atendimento precário aos clientes, com prejuízos para o desempenho da organização e o sacrifício da sua imagem.

Neste sentido, os hospitais necessitam estabelecer políticas condizentes de recursos físicos, materiais, financeiros e humanos iniciando por:

- 1- Seleção de pessoal - envolve a função de procura, englobando essencialmente as atividades de localização (identificação), recrutamento e seleção. O primeiro passo, na opinião de Gonçalves (1987) é definir as características necessárias ao cargo a ser ocupado, a fim de que, traçado o perfil ideal, seja possível procurar o candidato que melhor se encaixe neste perfil. A seguir viria a localização (identificação). Trata-se de localizar onde podem estar os candidatos que correspondem ao perfil delineado. A base do procedimento seria a análise do chamado “mercado de trabalho”, isto é, do ambiente humano e profissional onde vivem e trabalham os possíveis candidatos à vaga que se deseja preencher. Podem ser encontrados entre os recém

egressos de escolas ou curso especializados e também em instituições de saúde que ofereçam poucas condições satisfatórias de salários e benefícios. As empresas de saúde, neste sentido parecem ter maior dificuldade, porque normalmente a oferta de emprego é maior do que a procura, especialmente quando se refere a profissionais com mais anos de experiência, maior diversificação de experiências ou especialistas em determinada área. A segunda etapa do

processo é o recrutamento, representada pelo contato entre o candidato e a organização. É fácil perceber que a forma como decorre este contato inicial será capaz de definir todo o futuro relacionamento entre o candidato e a organização; e a empresa deve evitar a perda de um candidato bem qualificado independente do cargo que irá ocupar.

A terceira etapa corresponde à seleção e consiste no conjunto de procedimentos pelos quais se procura avaliar até que ponto o candidato corresponde ao perfil para o cargo a ser ocupado. Para Gonçalves (1987), as principais qualidades a serem apreciadas são agrupadas em individuais e sociais que serão avaliadas em um conjunto de diferentes testes ou provas, cada qual com seu campo específico, de avaliação. Assim, as qualidades individuais compreendem geneticamente conhecimentos e aptidões, estas sendo de natureza psicológica ou de natureza fixa. São utilizados provas de conhecimentos, testes psicológicos e testes ou exame médico. As qualidades sociais podem ser apreciadas pela conjugação dos outros métodos de seleção complementares tais como experiência em trabalho, análise de currículos e exame de referências e recomendações, de acordo com o nível de complexidade e hierarquia do cargo. informações provenientes da entrevista pessoal e da pesquisa social específica. Podem ainda ser utilizados

- 2- Treinamento admissional ou de integração - este deve iniciar no primeiro dia de trabalho do novo funcionário. Neste momento são explicitados a missão, filosofia, políticas e objetivos da empresa, estrutura organizacional (incluindo organograma e a sua situação dentro da estrutura). Podem ser apresentados os gerentes de cada setor, bem como a estrutura física da organização, situando o setor que vai trabalhar, de forma que perceba a interligação entre os diversos setores. O treinamento operacional específico deve ser de responsabilidade direta do supervisor de cada funcionário, enquanto o admissional poderá ficar a cargo do responsável pelo departamento de recursos humanos.
- 3- Desenvolvimento - trata-se de capacitar cada vez mais o funcionário para o exercício de funções cada vez mais complexas.

A capacitação nas Instituições de Saúde deve envolver maior cautela, em particular quando se tratar do pessoal ligado diretamente ao cuidado do doente, como é o caso da equipe de enfermagem, que deve ser treinada pelos seus supervisores, ou em situações mais genéricas, por pessoa diretamente encarregada por sua especialização. É importante que, além dos conhecimentos técnicos específicos, recebam informações acerca do desenvolvimento do senso de responsabilidade e iniciativa, observância severa

de regulamentos e rotinas, aceitação de sentido de dever profissional, adoção e prática dos códigos da ética profissional; promoção do sentido de dignidade e respeito à vida (Gonçalves, 1987).

- 4- Avaliação - trata-se de um conjunto de procedimentos que visam aferir o desempenho pelo funcionário das funções e responsabilidades, que caracterizam o cargo que ele ocupa. É uma avaliação sistemática feita por supervisores ou outras pessoas que estão familiarizadas com o desempenho do funcionário no trabalho. Entende-se que a avaliação realizada dentro da técnica e utilizada para fins administrativos é um processo que atinge a empresa como um todo, devendo, portanto, cercar-se de um clima de integral confiança e de cooperação entre todos. A fim de sistematizar o processo Serson, apud Gonçalves (1987), propõe quatro fatores de avaliação: quantidade de trabalho, qualidade do mesmo, características de personalidade e conduta formal. Cada um desses fatores deverá ser considerado de maneira adequada, segundo o nível hierárquico do cargo, as características da função exercida; o perfil do ocupante entre outros.
- 5- Grupos de estudos - deve-se solicitar maior participação da equipe multiprofissional em estudos de diferentes aspectos ligados à organização. As questões a serem discutidas podem estar relacionadas a orçamentos, relacionamentos intergrupais, metas institucionais, elaboração de programas multiprofissionais, estudos de casos, elaboração de manuais de normas e procedimentos. Gonçalves (1987) afirma que é nestes grupos de estudo que aparece a figura do integrador como elemento de ligação entre diferentes profissões, funções ou departamentos. Nos hospitais é desempenhado frequentemente pelo enfermeiro, que entre os representantes da equipe de saúde é o que permanece mais tempo na instituição e ao lado do cliente.
- 6- Auxílio educacional - para os funcionários que quiserem melhorar o seu nível educacional, nível médio, graduação e pós-graduação, inglês, eventos, cursos e estágios. Para Gonçalves

(1987), é comum os funcionários confundirem esse auxílio com treinamento que visa capacitar o funcionário para melhor desempenho da função que exerce. O auxílio educacional pode estar relacionado aos benefícios oferecidos pela empresa.

- 7- Salários e ascensão profissional - os salários, segundo Gonçalves, não podem ser considerados de maneira estática, e sim, de maneira dinâmica e evolutiva, com uma formulação que deve atender às expectativas dos funcionários. Uma forma prática de equacionar as dificuldades comumente observadas nas instituições de saúde é definir

faixas salariais cada qual com seu piso e um teto, a ser atribuídas a cargos que compõem em seu encadeamento uma carreira. Dessa forma será possível oferecer ao funcionário duas possibilidades de acréscimo salarial: a primeira, decorrente de sua passagem de um cargo para outro, mais elevado e de salário maior; a segunda corresponde a acréscimo ao longo da própria faixa salarial, deslocando o funcionário do piso da faixa para seu teto. A indicação para as duas formas de progressões deve estar estreitamente ligada aos esquemas de avaliação de desempenho, comentados anteriormente.

- 8- Benefícios - a política de benefícios não deve ser confundida com assistencialismo, embora deva basear-se na apreciação de necessidades autênticas dos funcionários e obedecer às necessidades e possibilidades de recursos da própria empresa. Além dos benefícios previstos por lei, podemos citar o transporte, que além de reduzir despesas do funcionário, diminui situações que prejudicam a instituição tais como atrasos e outros acidentes no trajeto; a alimentação, evitando do funcionário ter que trazer lanches de casa e correr risco de se alimentar com comidas deterioradas. Em uma instituição de saúde, não pode faltar a preocupação com a saúde de seus funcionários, através de exames médicos periódicos, pesquisa ambiental em busca de agravos à saúde do funcionário, bem como o pagamento de um percentual para um plano de saúde coletivo na empresa.
- 9- Ambiente de trabalho, recursos materiais e equipamentos - o hospital é considerado uma das instituições mais complexas, tanto do ponto de vista arquitetônico, de engenharia de instalações, de equipamentos, como de tecnologia e administração. Seus equipamentos, aparelhos, instalações e suprimentos são de uso contínuo e constante. Para que estejam sempre prontos para uso devem passar por uma manutenção constante, preditiva, substituídos quando obsoletos. A empresa que utiliza a manutenção preventiva e corretiva previne surpresas, acidentes, faltas, falhas, interrupções e omissões, garantindo um ambiente e

equipamentos adequados para a realização do trabalho do funcionário que se sente mais seguro e satisfeito. O tema segurança hospitalar envolve o hospital como um todo, não basta apenas observar as regras mais elementares de limpeza, a esterilização é obrigatória para os materiais críticos; em determinados locais, precisa haver um eficiente sistema de filtragem bacteriológica, a lavanderia precisa adotar técnicas atualizadas de lavagem, secagem e distribuição de roupas, a água deve estar livre de agentes patogênicos, a nutrição deve preocupar-se com a manipulação, conservação e distribuição dos alimentos, o centro cirúrgico, centro obstétrico, pronto-socorro,

Unidade de Terapia Intensiva, também são consideradas áreas de alto risco. Cabe à empresa oferecer equipamentos de segurança adequados a cada área de risco e tipo de atividade desenvolvida, bem como treinar para que os funcionários assumam a segurança como parte das suas funções. Dentro de um processo de qualidade, é indispensável que o hospital tenha a sua própria Comissão de Infecção Hospitalar (CIH), e a CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes).

- 10- Relações interpessoais - deve-se considerar, a princípio, a maneira como se relaciona, as pessoas que não apenas vivem nas organizações, mas especialmente devem conviver nela. Dependendo do tipo de relacionamento que se desenvolve nos grupos, será o grau de realização das pessoas que os integram, e que repercute em seu desempenho social e profissional. Assim, Gonçalves (1987) lembra que uma ótima estratégia para se conseguir boas relações interpessoais é a participação. Através dela, deve buscar-se convergir os interesses e objetivos dos integrantes e da própria organização. Trata-se de demonstrar aos funcionários que existem certamente muitos pontos de aproximação entre as metas que a organização pretende atingir e aquelas que eles pessoalmente buscam, que os pontos de convergência são maiores do que a divergência ou incompatibilidade. Não se trata de postura fácil porque exige lealdade de propósitos, sensibilidade grupal e social, humanização nas relações, flexibilidade mental, tranquilidade, confiança em seus próprios critérios e valores. Exige também confiança nos outros, boa fé, respeito pela opinião alheia e pelas diferenças. Assim, as pessoas devem ser preparadas para enfrentar no seu dia a dia também a competitividade, que deve ser sadia, mantendo o respeito e confiança que temos que ter um pelo outro.

Finalmente, há hospitais que investem muito em equipamentos caros, mas esquecem das pessoas que nele trabalham, devendo mudar a sua prática, valorizando e incentivando a equipe para colocar em prática a missão da instituição.

4.3.5. Qualidade da gerência

O termo gerência, usado geralmente como sinônimo de administração, aparece no início do capitalismo industrial, com o trabalho cooperativo. A concepção, o planejamento e o controle passam a constituir atividades distintas daquela da execução. Assim, quem executa não é quem planeja e controla. Nesse sentido, a idéia da gerência está associada à idéia de

planejamento e controle, sendo este último o conceito fundamental em todos os sistemas gerenciais (Braverman, 1987).

Na literatura administrativa, há uma certa concordância nas atribuições básicas da gerência: dirigir, organizar e controlar pessoas ou grupos de pessoas (Mattos, 1985). É uma função que lida com pessoas, sendo o responsável pela consecução dos objetivos da organização. O produto de seu trabalho é avaliado através do desempenho da sua equipe (Junqueira, 1990).

Assim, o desempenho da função gerencial requer conhecimentos e habilidades que passam pelas dimensões técnica, humana e conceitual.

As habilidades técnicas, são conhecimentos específicos de um cargo gerencial, normalmente associado à área funcional do gerente;

As habilidades humanas, no trato com as pessoas, devem ser motivadas, liberadas, receber as comunicações necessárias ao seu trabalho, bem como valorizadas como indivíduos, sabendo trabalhar com uma equipe coesa;

As habilidades conceituais, representam a necessidade de o gerente ter uma visão de todo “visão macro”. Ter habilidade de olhar além das fronteiras do seu setor, entender as relações entre os diversos setores, saber como a organização relaciona-se com o meio (Boog, 1991). O autor considera ainda que o gerente inicia sua carreira com uma visão técnica e humana, que vai sendo substituída pela habilidade conceitual. O desenvolvimento das mesmas ocorre por intermédio da busca e de um equilíbrio entre dimensões técnico-humanas e conceituais.

Como o desempenho da função gerencial é um fenômeno que compreende relações interpessoais, onde as pessoas ocupam posições diferenciadas, a questão do poder é enfocada. A própria estrutura organizacional expressa um cenário onde ocorrem as relações de poder. Portanto, administrar essas relações exige conhecimento e habilidade do gerente, que nem sempre utiliza o poder que a organização atribui-lhe de maneira adequada, mas como forma de direcionar aqueles que necessitam manter seus empregos em troca da obediência consentida ou não (Mattos, 1988).

Nesse sentido, a função gerencial requer um conhecimento adequado da organização, naquilo que é definido formalmente e naquilo que normalmente se chama de informal, que gera o clima organizacional. Daí a importância de visualizar o papel gerencial, não como um atributo individual, mas como um fenômeno relacionável. Por isso, diz-se que um gerente isolado de seu contexto e de seus subordinados é uma abstração, útil do ponto de

vista teórico, porém irrelevante quando se pretende contribuir para o aprimoramento do desenvolvimento gerencial (Mattos, 1988). Isso tem implicações para o desempenho gerencial, pois o gerente que não é capaz de lidar com a organização busca aprender macetes ou ainda culpar apenas seus subordinados pelos resultados, sem avaliar em que medida sua atuação contribui para a ineficácia organizacional (Junqueira, 1990).

Segundo este autor, podemos identificar estilos de gerência que caracterizam determinadas maneiras de conduzir a organização a atingir seus objetivos. Delineiam-se dois estilos extremos de gerência: o situacional e o burocrático, segundo a maneira que utilizam o planejamento, organização, liderança e controle. No estilo burocrático, cada uma destas práticas administrativas é mais detalhada, formalizada, diretiva e com controles abrangentes. Já, no estilo situacional, as características das práticas administrativas variam em função das tarefas. O que determina este estilo não é a formalização, mas a capacidade do gerente de adaptar-se às necessidades da tarefa, da organização. Há uma gama de relacionamento entre estabilidade da tarefa e a flexibilidade do estilo. Identificarmos estes estilos significa uma possibilidade de realização em uma determinada organização.

O estilo de gerência resulta de um projeto que pode ser mais ou menos burocrático, dependendo do tipo de tarefa, das pessoas, enfim, da organização. As práticas de planejamento, organização, direção e controle devem permitir conceber uma estratégia que estabeleça uma relação adequada, entre o sistema de tarefas e pessoas. Essa relação é que permite visualizar a

maneira mais eficaz de conduzir a organização a seus objetivos.. Além disso, a eficácia das organizações ocorre à medida em que conseguem livrar-se das práticas burocráticas que as imobilizam e as tornam menos sensíveis e mais vagarosamente suscetíveis à mudança (Toffler, 1975). Isso, no entanto, não significa que possamos delinear um único estilo eficaz de gerência.

Nesta perspectiva, há um compromisso dos diversos segmentos da organização, independente do seu tamanho, com os objetivos organizacionais, com as metas definidas pelo conjunto da organização. Com esta visão, privilegia-se o estilo de gerência contingencial, onde o planejamento vem em resposta ao processo de mudança da organização, que resulta não apenas dos interesses existentes no seu interior, como da relação que estabelece com o meio, com as necessidades do cliente.

A crença na liberdade humana e na capacidade do indivíduo de atualizar-se constitui premissa básica dos novos modelos de gestão e liderança. Enquanto participantes da

organização, o indivíduo não pode ser visto como um ser reativo que molda seu comportamento às exigências da racionalidade do processo organizacional, mas como alguém que pauta seu comportamento pelo que Ramos (1984) chama de “racionalidade substantiva”.

Essa racionalidade é entendida como uma faculdade específica do homem e que não se harmoniza com a idéia de obediência cega às exigências de eficiência determinadas pela organização. É necessário que os gerentes reconheçam seus subordinados como possuidores de uma consciência crítica que os faz alcançar um nível de pensamento conceitual e, portanto, de liberdade.

Nas modernas organizações, o conceito de gerente vem sendo substituído pelo de líder. O exercício da liderança pressupõe visão global e capacidades de mobilizar recursos e constituir os arranjos institucionais que permitam a organização, e também os seus membros atingir objetivos (Carvalho, 1995).

Assim, cumpre ao líder identificar e desenvolver o talento das pessoas, criando condições para a construção de equipes de trabalho competentes, empenhadas e realizadoras. As funções de direção e de controle adquirem, no novo conceito de gerente-líder, configurações diferentes. A direção é orientada para a definição dos objetivos finais, e o controle passa a ser exercido através dos resultados obtidos. O líder compartilha o poder com a equipe e delega

responsabilidades, assim como assegura as condições de liberdade para que as pessoas possam desenvolver uma visão crítica e possam tomar decisões.

O líder recusa a idéia de que o sucesso da organização depende exclusivamente de comando e busca obter o empenho das pessoas como elemento-chave para assegurar o sucesso organizacional (Carvalho, 1995). Um dos mais destacados estudiosos da administração, Bennis (1965), afirma que há uma importante diferença entre administrar e liderar. Para ele administradores são pessoas que fazem as coisas corretamente, líderes são pessoas que fazem a coisa certa. Os líderes devem ser capazes de transmitir confiança e estabilidade a sua equipe, fazendo com que o indivíduo sinta que seu trabalho é valorizado. Na opinião de Bergamini (1991), aceitação do líder pelos liderados está ligada à maneira e à intensidade com que ele empenha-se na realização motivacional daqueles que estão sob a sua liderança.

Handy (1978), considera que a eficácia do líder repousa em sua habilidade de tornar significativas as atividades para aqueles que as executam. O resgate, no sentido do trabalho, parece ser a grande diferença entre o simples chefe e o líder.

Hales, citado por Rodrigues (1993), identificou a partir de pesquisas os principais papéis do gerente atual:

- agir como líder da unidade organizacional
- ligação, formação e manutenção de contatos
- monitorar, filtrar e disseminar informações
- alocar recursos
- administrar recursos e manter fluxo de trabalho
- negociar, inovar, planejar
- controlar e dirigir o subordinado.

A sociedade, o governo, a organização e os trabalhadores através dos sindicatos cada vez mais fortes e atuantes colocam o novo executivo em uma posição central, em um campo de força, fazendo com que o gerente não só questione os seus papéis como, ao mesmo tempo se auto-questione, levando-o a constantes conflitos, com repercussões não só individuais, mas também para a organização como um todo.

Este fato é muitas vezes responsável pelo estresse constantemente vivenciado pelo gerente. Handy (1978) seleciona quatro aspectos organizacionais que representam a ambigüidade do seu papel: “incerteza sobre a avaliação do trabalho do indivíduo, incerteza sobre o escopo

para o progresso, incerteza sobre o escopo das responsabilidades, incerteza sobre as expectativas de terceiros”.

Para Mintzberg (1973, p.77), no entanto, “o papel mais conflitante do gerente está relacionado com o processo de decisão”. O autor afirma que provavelmente a parte crucial do trabalho gerencial, a parte que justifica sua autoridade e seu poder e acesso à informação é a que envolve os processos de decisões.

Os mecanismos de defesa utilizados para contrapor a ansiedade surgem através da *substituição**, *compensação*** e *sublimação****. Substituição entendida como comportamento ou processo psíquico de defesa, com valor de sintoma. Em termos do comportamento e das atitudes dos indivíduos estes estados são representados pelo tabagismo, alcoolismo e por diversos outros distúrbios neurovegetativos que influenciam diretamente na sua qualidade de vida.

* **Substituição** (conversão): Conflitos intrapsíquicos, que de outra maneira dariam origem à ansiedade, recebem em vez disso expressão externa simbólica. As idéias ou impulsos reprimidos e as defesas psicológicas contra eles são substituídos (convertidos) numa variedade de sintomas somáticos que envolvem o sistema nervoso, como por exemplo a dor ou perda da função sensorial (KAPLAN, 1996:59)

** **Compensação**: Tentativa de compensar insatisfação e deficiências reais ou imaginárias pelo superdesenvolvimento de outras áreas (KAPLAN, 1996:59)

*** **Sublimação**: Processo pelo qual uma pulsão ou conduta inaceitáveis são desviadas para uma forma de comportamento mais pessoal e socialmente aceitável (KAPLAN, 1996:59).

QUALIDADE DA GERÊNCIA NAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

A visão universalista da gerência considera que as organizações assemelham-se umas às outras. Para Sheldon, apud Azevedo (1995), “não há diferença entre gerente na área da saúde, sendo ele médico ou não, e um gerente na indústria.”

Por outro lado, há autores que consideram o sistema de saúde e os serviços de saúde significativamente diferentes, complexos e de certo modo únicos, se comparados com outros tipos de organização, em particular as industriais, trazendo conseqüências para sua gerência (Azevedo, 1995).

As mudanças que vêm ocorrendo ultimamente na área da saúde tem alterado profundamente também o perfil do administrador hospitalar. Para Cherubin (1997), esse profissional, antes não dava muita atenção aos clientes, pois quem pagava a conta não eram eles. Também não se preocupavam em manter um bom relacionamento com as autoridades sanitárias, pois quem mandava nos hospitais e pagava as faturas do atendimento era o Ministério da Saúde, sediado em Brasília. Agora, a autoridade e os recursos financeiros chegaram ou estão chegando,

muito próximos do Hospital, através de convênios particulares pagos pela própria comunidade. Dessa forma, o padrão de atendimento começa a ser cobrado pela própria comunidade a quem o Hospital serve.

Para Borba (1989), os dirigentes e empresários dos hospitais, geralmente médicos, enfatizam os aspectos tecnológicos das áreas operacionais e relegam a administração a planos secundários. É comum o emprego de altas somas em equipamentos sofisticados, treinamento no exterior ou muitas vezes em sistemas caríssimos e de pouca ou nenhuma rentabilidade ou retorno social, enquanto a administração não recebe a devida atenção.

O mesmo relata, ainda, que é comum nos hospitais de grande porte, encontrarmos diversas equipes médicas com profissionais das mais refinadas especialidades, o que lhes dá um suporte técnico de altíssimo gabarito. Porém, é comum encontrar nestes mesmos hospitais, apenas um ou dois profissionais de administração e assim mesmo totalmente desamparados e perdidos no sistema. Deste modo percebe-se que ainda não há uma cultura de administração nos hospitais brasileiros e o processo de administração nesses organismos encontra-se invertido, pois ao invés de a administração conduzir e coordenar o processo operacional, é este quem dirige e governa a administração.

Para Borba (1989), os dirigentes hospitalares, tanto do hospital privado como do hospital público precisam conscientizar-se de que o processo operacional faz-se embasado

pelas atividades-meio ou seja, pela administração e de nada adiantará a satisfação tecnológica, se o sistema estiver ameaçado em sua base.

Boog (1991, p.157) alerta:

“que a tentação de se pegar o melhor técnico e transformá-lo num gerente é muito grande e pode resultar numa péssima decisão, tanto para a organização, que se priva do conhecimento técnico de um profissional e tem agora alguém geralmente em posição não reversível, com dificuldades em se relacionar com seus subordinados como também para o próprio indivíduo, que está colocado em um cargo de exigências que ele não pode atender, por não ter o perfil adequado”.

Na opinião de Gonçalves (1987, p.43), nos anos mais recentes, na medida em que a estrutura hospitalar foi assumindo crescente complexidade, novas exigências foram sendo colocadas, o que determinou a necessidade de se recorrer a um profissional especializado para o

gerenciamento da complexa estrutura hospitalar, independente do tipo de hospital considerado, público ou particular, beneficente ou lucrativo. O administrador hospitalar é um profissional que deve trabalhar em tempo integral, a fim de que possa viver todos os problemas da instituição, em todos os momentos da sua atividade. Apenas assim será capaz de responder às múltiplas responsabilidades que lhe são atribuídas.

O mesmo autor considera ainda que este profissional, diante da direção superior responde pelo cumprimento das políticas e diretrizes por ela definidas, mas principalmente pela administração judiciosa dos recursos econômicos que lhe são essenciais ao funcionamento do hospital. Trata-se de responder pelo uso eficaz e eficiente de tais recursos em um momento em que os custos assistenciais elevam-se de maneira assustadora, em todos os países do mundo.

Diante dos integrantes do corpo clínico, o administrador hospitalar responde pela disponibilidade de recursos e instrumentos de toda natureza, indispensáveis a sua atividade assistencial. Desta forma, podem surgir conflitos e dificuldades, diante da intransigência dos médicos e da falta de flexibilidade do administrador. A equipe médica deseja fazer valer sempre seu alto grau de autonomia, baseado em critérios próprios de profissionalização. De sua parte, o administrador é forçado a considerar a melhor utilização dos recursos disponíveis, e relação a todos os grupos de interesse. Neste caso, importa a habilidade em desenvolver compreensão e aceitação do sentido de coordenação de atividades distintas, mas

que podem ser simultâneas em sua execução.

Segundo Gonçalves (1987), ainda diante dos integrantes do corpo profissional, o administrador do hospital tem responsabilidades ainda mais abrangentes. Comparativamente poder-se-ia dizer que acumula os papéis de poder legislativo, executivo e judiciário. Exerce o poder legislativo, porque a partir das diretrizes gerais definidas pela direção superior, o administrador elabora normas e procedimentos, comparáveis aos decretos que regulamentam as leis e permitem sua aplicação no plano concreto da realidade. Exerce o poder executivo, porque lhe compete que sejam cumpridas aquelas normas e procedimentos, com que se executam as determinações superiores. Exerce o poder judiciário porque lhe cabe a tarefa difícil de julgar comportamentos e aplicar penalidades para os infratores das normas que o bem comum da organização exige que sejam cumpridas. Tais poderes que devem ser exercidos com equidade, espírito judicioso, mas acima de tudo, com o senso de responsabilidade de que a quem administra cabe a tarefa difícil de satisfazer os seus subordinados.

Drucker (1999, p.62), por sua vez, considera que nas organizações atuais “o trabalhador de conhecimento não pode ser administrado como subordinado; é um sócio. Pode ser sócio júnior ou sênior, mas não é subordinado ou superior”. Para ele, essa diferença não é superficial. Depois de passar pela etapa do aprendizado, o trabalhador de conhecimento precisa saber mais sobre o seu trabalho do que seu chefe sabe. Argumenta para tanto que a própria definição de trabalhador do conhecimento significa alguém que sabe mais sobre o seu trabalho do que qualquer outro integrante da organização. Por exemplo, nos hospitais quem tem conhecimento para definir o diagnóstico do paciente e o tratamento indicado é o médico responsável e não o administrador. Assim, para Drucker (1999), o relacionamento entre eles, se assemelha muito mais àquele existente entre uma orquestra e os músicos que tocam diferentes instrumentos. O regente pode não saber tocar bem um violino, mas precisa reger a sua orquestra, de forma que o som dos instrumentos saiam perfeitos; assim o administrador pode não entender de medicina mas o êxito do seu trabalho depende da qualidade dos seus sócios, os médicos.

Segundo Cherubin (1997), os hospitais não poderão permanecer por muito tempo sendo administrados de forma caseira, por amadores. Para que estes consigam sobreviver e sobretudo, desenvolver suas atividades com qualidade e custos compatíveis; necessitam de muito profissionalismo. Considera três atributos essenciais ao administrador hospitalar. Este deverá ser um estudioso, pois as mudanças que ocorrerão na sua área de atuação, serão

sempre profundas e radicais e quem não se preocupar com a atualização ficará para trás, acarretando graves conseqüências para o hospital. Além disso, o administrador será um multiplicador de líderes, provocando uma inversão da pirâmide estrutural do hospital. A representação gráfica da estrutura administrativa será semelhante a uma teia de aranha, com uma líder em cada interseção, comandando uma unidade administrativa, ao invés dos antigos retângulos e linhas. Os programas terão início na atual base da pirâmide, e não no seu topo.

Para Drucker (1999), não se administram pessoas, como se presumia anteriormente. Lideram-se pessoas para maximizar o desempenho delas. A solução é capitalizar sobre seus pontos fortes e seu conhecimento, e não procurar forçá-las a modelos previamente definidos.

Mirshawka (1994, p.31-32), considera que um executivo, nos Serviços de Saúde, tem duas escolhas:

1. evitar o risco de ser pró-ativo e com isto ter quase a certeza de que sua organização será devorada ou consumida pelas organizações que efetuarem as mudanças que visam atender as exigências dos seus clientes internos e externos.
2. começar a transformar a sua organização, percebendo e aceitando que algumas das modificações que se quer introduzir podem falhar. Os executivos que começarem a fazer grandes transformações enveredarão por uma região de altos riscos, porém só deste modo poderão levar suas organizações a competir de forma eficaz dentro do segmento em que atuam. Entretanto, se mantiverem uma estreita comunicação com seus clientes, fornecedores e empregados, diminuirão em muito os seus riscos.

Segundo o mesmo autor, a transformação da organização ou do Sistema de Serviços de Saúde dependerá cada vez mais da inovação e da criatividade, entendida aqui como sendo a capacidade de desenvolver novas idéias existentes de uma forma original. A criatividade significa encontrar outras formas de fazer as coisas. Já a inovação, é considerada a capacidade de produzir ou criar algo novo.

Hersey e Blanchard (1974) afirmam que o administrador deve ter ampla flexibilidade para se orientar em relação aos dois eixos que regem o seu estilo gerencial: o relacionamento humano e a produção ou prestação de serviços. Enfatizam que não existe um estilo ideal, mas situações que ou exigem maior tendência para o eixo prestação de serviços, em função da necessidade de se acentuar o planejamento, a organização e controle, ou requerem ações centradas no “eixo relações humanas”, as quais estimulam a liberdade de expressão entre os elementos do grupo e as decisões em equipe.

Segundo Junqueira (1990), se não podemos identificar um estilo ótimo de gerência para os serviços de saúde, podemos pelo menos supor que será um gerente eficaz aquele que for capaz de envolver as pessoas na tarefa, alterando sua prática, em função das mudanças que ocorrem no interior e fora da organização, comprometendo seus funcionários com a produção dos serviços de saúde.

Portanto, uma das dimensões importantes na gerência, é o comprometimento com a missão organizacional e o trabalho de envolver seus subordinados nessa missão. Fazer com que cada um desempenhe o seu papel, assumindo um compromisso conjunto de produzir um serviço de saúde que satisfaça as necessidades dos seus clientes.

Dessa forma, nas organizações de saúde, a descentralização e a liderança surgem como alternativas eficazes de mudança. A decisão sobre a prestação dos serviços essenciais de saúde devem atender principalmente as necessidades dos clientes, e devem ser tomadas por quem está mais próximo dos que utilizam estes serviços.

Assim, é requisito básico, que todos e cada um dos atores envolvidos com a problemática da saúde, preocupem-se no que lhes cabe, com a melhor maneira possível de utilizar os recursos disponíveis no atendimento das necessidades de saúde dos seus clientes.

4.4. Os aspectos positivos das novas abordagens administrativas nas organizações

A partir de pressupostos de autores específicos apresentamos, no quadro abaixo, as vantagens e os reflexos positivos de cada abordagem administrativa. No entanto, os autores alertam para o fato de que as mudanças organizacionais podem envolver resistência e bloqueios comportamentais não desejados, que podem influir negativamente e causar efeito inverso, ou seja, reflexos negativos para a organização (Boxwell, 1996; Watson, 1994; Ansoff, 1990; Oliveira, 1997; Giosa, 1995; Queiroz, 1992).

Quadro n.º 03

Aspectos Positivos da Utilização das Novas Tecnologias de Gestão nas Organizações

Pressupostos Teóricos

Abordagens Administrativas Aspectos Considerados	<i>BENCHMARKING</i> Boxwell (1996), Watson (1994)	PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO Ansoff (1981), Oliveira (1997)	TERCEIRIZAÇÃO Giosa (1995), Queiroz (1992)
	- Focalização externa - Seleção dos melhores pro-	- Maior interação com o ambiente	- Incrementa a produtividade

<p>QUALIDADE DO PROCESSO E DOS PRODUTOS</p>	<p>cessos, de acordo com recursos disponíveis</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fixação de metas e objetivos específicos - Padronização e normatização - Aumento da competitividade - Desenvolvimento de pesquisas constantes - Melhora dos indicadores de qualidade, produtividade e custos - Definição das necessidades dos clientes 	<ul style="list-style-type: none"> - Incentiva modelos organizacionais adequados aos recursos - Facilita a alocação de recursos da empresa - Possibilita o comportamento sinérgico das unidades organizacionais - Possibilita a obtenção de melhores resultados operacionais - Agiliza o processo orçamentário - Orienta o desenvolvimento de outros planejamentos, no nível tático ou operacional - Identifica os problemas e áreas prioritários 	<ul style="list-style-type: none"> - Reduz os controles e perdas - Gera melhoria na administração do tempo - Melhora da tecnologia disponível - Otimização dos custos - Reduz a ociosidade da mão-de-obra - Melhora a competitividade do produto - Fixação de metas e objetivos específicos - Gera ganhos de competitividade - Racionaliza as compras - Concentra esforços na criação de novos produtos
<p>QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Treinamento e desenvolvimento do empregado - Relacionamento interpessoal-comunicação - Ambiente psicológico com motivação e humanização - Ambiente físico agradável e seguro - Materiais e equipamentos em quantidade e qualidade - Reconhecimento do empregado 	<ul style="list-style-type: none"> - Favorece o envolvimento dos vários elementos para os objetivos e metas - Possibilita maior consenso e compromisso - Comunicação aprimorada e adequada - Ambiente físico agradável e seguro - Materiais e equipamentos apropriados de acordo com o grau de complexidade - Treinamento e desenvolvimento do empregado 	<ul style="list-style-type: none"> - Equipe motivada e treinada - Ambiente e instalações com-servados, atualizados e bem aproveitados - Materiais e equipamentos apropriados, de acordo com o grau de complexidade - Proporciona um novo relacionamento sindical (ramo de prestação de serviços) - Mão-de-obra capacitada e qualificada
<p>QUALIDADE DA GERÊNCIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Macro-visão da gerência - Abordagem proativa - Decisões baseada em fatos - Disseminação das informações - Cooperação entre gerentes e gerenciados - Solução de problemas reais - Descentralização - Flexibilização 	<ul style="list-style-type: none"> - Horizonte amplo da gerência - Abordagem proativa - Fluxo mais rígido de informações, adequados ao processo - Facilita e agiliza as tomadas de decisões - Descentralização - Flexibilização - Cria alternativas gerenciais - Cooperação entre gerentes e gerenciados - Facilita a função de direção da empresa 	<ul style="list-style-type: none"> - Simplifica a estrutura empresarial - Diminui os níveis hierárquicos - Especialização da gerência - Agilidade nas decisões - Soma as qualidades do prestador e tomador de serviços

5. O HOSPITAL SANTA CATARINA

Neste capítulo pretendemos relatar o processo de modernização gerencial iniciado em 1990, como estratégia para implantação gradativa de um programa de qualidade total no Hospital Santa Catarina.

5.1. História do Hospital Santa Catarina

A proposta de construção do hospital partiu do Pastor Walter Mummenthey, presidente do Sínodo Evangélico na época e aceita por unanimidade pelos membros da diretoria da comunidade evangélica, os Srs. Hermann Müller, Luiz Altenburg, Carl Liesenberg, Alwin Schrader, Max Hering, José Deeke, Otto Rohkohl e Artur Koehler.

A pedra fundamental foi colocada ainda durante a 1ª Guerra Mundial, a 13 de fevereiro de 1916. Na ocasião, formou-se uma Comissão de Construção, encarregada de angariar fundos junto às empresas da Comunidade para o início da obra. O projeto foi elaborado pelo arquiteto Weintnauer, ficando a fiscalização da obra sob a responsabilidade da Comunidade Evangélica de Blumenau, após a sua morte, dois anos depois.

As dificuldades foram inúmeras, especialmente após 1917, quando o Brasil integra as forças aliadas durante a 1ª Guerra Mundial, porém os serviços prosseguiram lentamente.

A inauguração ocorreu em 27 de julho de 1920, com capacidade para 50 leitos, distribuídos em duas alas, uma feminina e outra masculina. Foi eleito, então, um conselho diretor composto pelos Srs. Max Hering, Alwin Schrader, José Deeke, Victor Gärtner e o Pastor Neumann. O serviço de enfermagem e a administração interna foram entregues à direção da irmã Gertrud Voigt, que já servia à comunidade há algum tempo. Como médico chefe foi contratado o Dr. Christian Jensen.

Em 1934, quatorze anos após a fundação, foi construído um pavilhão de isolamento, com capacidade para 22 leitos, devido ao grande número de doentes com tifo, que necessitavam de atendimento diferenciado.

Em 1937, as instalações foram novamente ampliadas, com a construção de uma ala moderna para os padrões da época, com três pavimentos, quartos amplos e vários apartamentos; além de instalações para o pessoal de enfermagem, com refeitório e lavanderia.

Em 1985, a direção do serviço de enfermagem e a administração interna do hospital, foram assumidas pela Sra. Elisabet Letzow, que já prestava serviços, na Instituição desde 1936. Nesta mesma época, as religiosas da Alemanha deixaram por definitivo o hospital.

Em 1987, o hospital solicitou o seu descredenciamento do SUS porque sua manutenção se tornaria insustentável. Nesta nova fase, foi estabelecida como meta: “Ser um centro de excelência, promovendo a melhor medicina, e satisfação dos clientes, através de uma estrutura auto-sustentável”.

Em 1990, assumiu a administração geral o Sr. Haroldo Bachmann, em meio a uma crise financeira e disputa de poder entre a direção clínica e chefia do Serviço de Enfermagem. Diante da gravidade da situação, o novo administrador sentiu necessidade de conhecer diferentes realidades hospitalares. Em viagem de estudos, conheceu e gostou do Programa de Qualidade, implantado pelo Hospital Moinhos de Vento de Porto Alegre-RS. Ao retornar, argumentou sobre a importância de uma consultoria para realização de um diagnóstico situacional que identificasse pontos fortes e fracos, ameaças e oportunidades que facilitassem a escolha de ferramentas ou metodologias para a futura implantação de um programa de qualidade. Recebeu aprovação de conselho diretor e desde então, o Sr. Genésio Albuquerque do Hospital Moinhos de Vento, vem prestando assessoria ao Hospital Santa Catarina.

5.2. Caracterização geral do Hospital Santa Catarina

Localiza-se na cidade de Blumenau-SC. Situa-se na rua Amazonas, n.º 301 e atende principalmente à região de Blumenau e cidades vizinhas. As instalações físicas pertencem a Comunidade Evangélica, porém em abril de 1997, foi separado juridicamente. Possui área construída de 12.000 m², tipo de construção vertical. A abrangência assistencial é geral, corpo clínico fechado, onde atuam 170 médicos credenciados. Possui 151 leitos e 442 funcionários, que somados aos funcionários dos serviços terceirizados, chegam a aproximadamente 1000 funcionários. São duas as fontes básicas que financiam as múltiplas atividades da instituição, particulares e convênios.

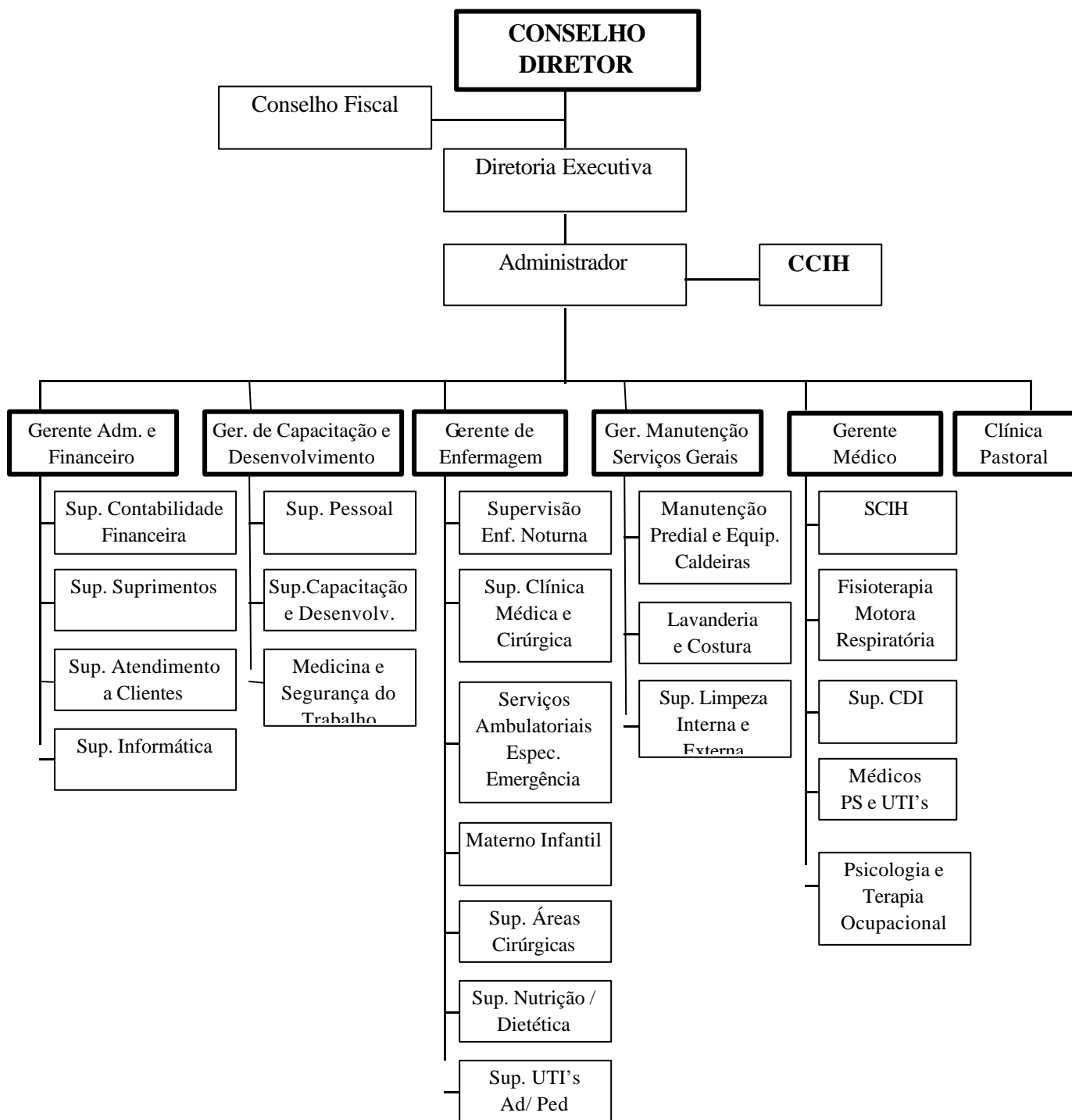
O hospital foi dividido em 13 unidades de negócio. Nesta concepção negócio são soluções para o atendimento das necessidades de saúde. A visão do Hospital Santa Catarina é ser um centro de referência médico-hospitalar no Mercosul. A sua missão é ser um centro de excelência, promovendo a melhor medicina, e a satisfação dos clientes, através de uma estrutura auto-sustentável. Tem como princípios considerar o cliente como centro das

atensões, promover a conscientização e valorização do corpo clínico, desenvolver e valorizar os funcionários, prestar serviços com qualidade e competitividade, gerar recursos para a auto-sustentação, investir no desenvolvimento tecnológico e preservar sua história e cultura, zelando sempre pelo comportamento ético, honestidade, respeito e comprometimento de seus serviços.

No Planejamento Estratégico de 1998 do Hospital Santa Catarina, foram consideradas oportunidades, por ordem decrescente a implantação da *internet* e *intranet*, programa de qualidade total, *marketing*, *day hospital*, manual de procedimentos, demanda crescente em especialidades e procedimentos específicos, tecnologia, ampliação das opções de convênios, sistemas de comunicação, preparação e capacitação das pessoas. As ameaças em ordem crescente foram a perda do poder aquisitivo da população, dependência crescente dos convênios, redução da margem de comercialização para materiais, alto custo da saúde, entrada dos grupos estrangeiros, concorrência em produtos e serviços, pacotes fechados para internações, perda da filantropia, mudança da legislação federal para importações, desospitalização. Como pontos fortes foram apontados em ordem decrescente o plano diretor, ampliação física, informática, centro clínico; diretoria comprometida, participante e ativa, nome da instituição na comunidade, tecnologia em equipamentos, reformas e novas edificações; serviços melhor equipados e estruturados, centro cirúrgico, unidade de tratamento intensivo e hemodinâmica; imagem positiva de atendimento diferenciado X outros hospitais; escola de auxiliares de enfermagem; preservação da cultura e dos costumes da instituição; planejamento estratégico; imagem confiança/segurança e credibilidade. Os pontos fracos estão descritos em ordem crescente: a deficiência de pesquisa e produção científica; não envolvimento do corpo clínico no planejamento estratégico; deficiências no relacionamento do corpo clínico com a instituição em virtude de cultura desfocada do médico como cliente; deficiências de controle de estoques e custos; dependência excessiva da UNIMED; falta de leitos; grande dependência da receita de materiais e equipamentos; falta de registro ou registros indevidos, comunicação e integração intersetorial, espaço físico acanhado e desconfortável, quartos antigos na área materno infantil. Como fatores críticos foram apontados em ordem decrescente a imagem de credibilidade e segurança, equipamentos e processos atualizados, qualificação de pessoal, qualificação do corpo clínico, relacionamento com clientes/convênios. Os planos táticos priorizados foram o aumento da receita e pulverização dos convênios; dose unitária e código de barras; expansão da área materno infantil e novos apartamentos; normatização de fluxos e procedimentos;

envolvimento do corpo clínico, capacitação e desenvolvimento; novos equipamentos para lavanderia e serviço de nutrição.

5.3. Organograma



Fonte: Documento da descrição da estrutura organizacional do Hospital Santa Catarina. Blumenau/SC, 1999.

5.4. Recursos disponíveis

Para atingir os seus objetivos institucionais, o Hospital Santa Catarina dispõe de recursos físicos e financeiros, além de um número razoável e qualificado patrimônio humano.

Os recursos físicos existentes são: área física 12.000 m²; capacidade instalada de 175 leitos; capacidade ocupacional 76%; centro cirúrgico 06 salas; centro obstétrico 02; unidade de tratamento intensivo de adultos 08 leitos; unidade de tratamento intensivo pediátrica 05 leitos; recuperação pós-anestésica adultos 05 leitos; atendimento ambulatorial; anfiteatro 01; refeitório 01; e salas de aula 01; sala de treinamento 01.

Com relação aos recursos financeiros, o orçamento do Hospital Santa Catarina (exercício de 1998) foi de US\$ 14.445.000, provenientes das seguintes fontes: R\$ 12.448.000 (83,38%) convênios especiais, R\$ 1.934.000 (24,72%) particulares. Foram gastos com atendimento gratuito a APAE - R\$ 32.000.

Os recursos humanos da instituição constituem-se em 442 funcionários, destes 19 são médicos, 16 enfermeiros, 02 técnicos de enfermagem, 158 auxiliares de enfermagem, 08 atendentes de enfermagem.

5.5. Indicadores de qualidade e produtividade - 1998

1. Internações hospitalares (maio 1998)

- Procedentes de Blumenau: 79%
- Procedentes de outras localidades: 21%
- Pacientes atendidos pela UNIMED: 2.115
- Pacientes atendidos por outros convênios: 1.382
- Pacientes particulares: 316
- Filantropia: 05

2. Indicadores econômico-financeiros (maio 1998)

- Liquidez: 1,87

- Endividamento: 18,01
- Imobilização: 84,27%
- Margens de resultado: 15,69%
- Retorno do capital: 13,41% (ano de 1997)

- Prazos médios de recebimento: 30 dias
- Prazos médios de pagamento: 28 dias
- Idade média dos estoques: 15 dias

3. Indicadores de desempenho hospitalar (maio 1998)

- Taxa de ocupação de leitos hospitalares: 81,43%
- Média de permanência dos clientes hospitalizados: 3,74
- Índice de partos - normais 24,56% - cesáreas: 75,44%
- Índice funcionário/leito hospitalar: 2,78

4. Indicadores para controle de infecção hospitalar (período: 01/98 à 12/98)

- Total de internações: 697
- Total de óbitos: 15
- Total de altas: 739
- Total de altas + óbitos: 754
- Média de permanência hospitalar: 3,18 dias
- Infecção hospitalar: 12
- Infecção comunitária: 204
- Número de óbitos para infecção hospitalar: 01
- Média de dias com uso de antibióticos dos pacientes com I.H.: 37,4dias
- Permanência hospitalar dos pacientes com infecção hospitalar: 22,3 dias
- Taxa de notificação: 106,5%
- Taxa de doentes com infecção hospitalar: 1,4%
- Taxa de infecção hospitalar: 1,5%
- Taxa de doentes com infecção comunitária: 25,3%

5. Indicadores de produção (quantidades produzidas) e capacidade instalada (maio 1998)

- Número de consultórios: 30
- Consultas ambulatoriais: 3.165
- Leitos hospitalares existentes: 151
- Internações hospitalares: 860
- Salas cirúrgicas: 06
- Procedimentos cirúrgicos: 448

- Procedimentos obstétricos: 52
- Exames complementares (laboratoriais e radiologias): 23.990
- Refeições produzidas e fornecidas: 23.700
- Quilograma de roupas processadas: 24.716,87 kg
- Metro quadrado de obras realizadas: 12.000 m²

6. Indicadores de recursos humanos (média 1997)

- Taxa de rotatividade: 2,03%
- Taxa de absenteísmo (atestado e faltas): 5,61%
- Número de horas de treinamento/funcionários: 4,77%
- Número de alunos matriculados curso auxiliar enfermagem: 35 (1998)
- Número de enfermeiros: 16
- Número de médicos contratados: 19

7. Indicadores de satisfação dos clientes (média de 01 à 11/98)

- Grau de avaliação dos serviços obtidos por meio das pesquisas junto aos pacientes e acompanhantes: 69% ótimo, 28% bom, 2% regular, 1% deixa a desejar.
- Índice de utilização/indicação dos serviços do Hospital Santa Catarina por segmentos (01/12/98 à 31/12/98): unidade cirúrgica 32,3%, unidade clínica 39,5%, CTI adulto 2,7%, neonatal 6,6%, obstetrícia 6,6%, pediatria 11,0%, UTI pediátrica 1,4%.

8. Protocolos e rotinas

- Manual de Normas e Rotinas de Limpeza e Higienização de Ambientes.
- Normas para realização de curativos.

- Padronização de medicamentos, materiais e fornecedores, código de barras, dose unitária de medicamentos.
- Em fase de conclusão o Manual de Normas e Rotinas para as unidades.

9. Publicações regulares

- Jornais da instituição: bimestral

10. Estratégias desenvolvidas para a melhoria do desempenho e qualificação dos serviços:

- Curso de auxiliar de enfermagem

- Centro de custos
- Informatização
- Automação
- Dose unitária
- Implantação do programa 5 S.

5.6. A experiência inovadora de gestão em um hospital geral privado de médio porte

A mudança da cultura organizacional exige muita reflexão, coragem e grande empenho. Começa pela compreensão da cultura existente, pela idealização da nova cultura, pela discussão das barreiras que possam impedir a passagem de uma para a outra e pelo planejamento de como ir, de onde se está, para onde se quer ou deveria estar (Mezomo, 1992).

Muitas forças podem servir de estímulo para uma instituição implantar inovações tecnológicas de gestão. No caso do Hospital Santa Catarina identificaram-se algumas forças internas e externas, que desempenham este papel.

Entre as forças internas, o conflito entre administrador e chefia de enfermagem, sucateamento de equipamentos, estrutura física inadequada às inovações tecnológicas necessárias, falta de controles, baixos resultados financeiros e o interesse da direção em melhorar a produtividade, a qualidade dos serviços prestados e a competitividade do hospital.

Entre as forças externas destacam-se o descontentamento com formas de pagamento do SUS, o pioneirismo de concorrentes em determinados nichos de mercado, o surgimento do

movimento da qualidade e o sucesso alcançado por instituições pioneiras no mercado que o adotaram.

Esses fatores reforçaram a disposição da alta direção, no sentido de promover as mudanças necessárias para garantir a sobrevivência e atender às necessidades da clientela de acordo com as transformações epidemiológicas contingenciais.

A contratação de um novo administrador, com formação específica, mas sem muita experiência na área hospitalar, suscitou a necessidade de conhecer instituições que vivenciaram situações semelhantes, mas que, com criatividade, inovação e persistência conseguiram reverter a crise.

5.6.1. O *benchmarking*

O primeiro passo para a inovação no Hospital Santa Catarina foi conhecer como ocorreram as mudanças em uma instituição similar, reconhecida nacionalmente pela qualidade dos serviços oferecidos. A instituição escolhida foi o Hospital Moinhos de Vento, em Porto Alegre-RS, por ser um hospital também dirigido por uma comunidade evangélica, com um programa de qualidade já implantado, descredenciado do SUS, com alta competitividade, reconhecido nacionalmente pela excelência dos serviços prestados.

O administrador, após uma semana de estudos no referido hospital, concluiu que não poderia sozinho iniciar as modificações necessárias para alavancar o desenvolvimento do Hospital Santa Catarina. Propôs uma consultoria com o administrador do hospital Moinhos de Vento, que foi aceita pelos dirigentes do hospital. Assim, com o auxílio do consultor, realizou-se um diagnóstico da situação do Hospital Santa Catarina, em que foram apontados os pontos críticos. A partir de então, desenvolveu-se um plano diretor com metas de curto, médio e longo prazo de acordo com as prioridades e recursos disponíveis.

Erdmann (1998, p.101) considera que “o *benchmarking* é um processo operacional de aprendizado e adaptação contínuos que resultam no desenvolvimento de uma organização aperfeiçoada”. Essa técnica de gerenciamento tem como meta dar vazão a um conjunto de conhecimentos, de forma que estes sirvam para uma aprendizagem coletiva a partir da experiência de outros, podendo ser utilizado por aqueles que queiram melhorar suas próprias organizações.

Boxwell (1996) comenta ainda que o *benchmarking* é a maneira mais eficiente de se fazer melhorias, utilizando processos que outros já provassem ser efetivos, concentrando-se no sentido de desenvolver maneiras para melhorar esses processos ou adaptá-los à cultura e aos processos existentes de sua própria organização.

Desta forma “o objetivo do *benchmarking* é fazer com que a empresa espelhe-se nas líderes de mercado, para extrair o que há de melhor nelas e, depois de adaptá-las à sua empresa, adotá-las internamente” (Erdmann, 1998, p.101).

Com as transformações que foram ocorrendo no hospital, surgiu a necessidade de um planejamento efetivo que estabelecesse objetivos bem definidos, que permitissem o alcance das metas, o planejamento estratégico.

Neste sentido percebe-se que o Hospital Santa Catarina, ao longo dos anos, tem-se beneficiado desta técnica, muito embora empiricamente. O administrador tem realizado

visitas a hospitais nacionais e internacionais, europeus e americanos, o *benchmarking* funcional e competitivo; feiras de produtos hospitalares nacionais e internacionais. Os gerentes e supervisores visitam outras instituições pioneiras e líderes, no momento em que se decide a necessidade de modificar e implantar processos produtivos. Embora não exista um processo formal e institucionalizado através de uma equipe de *benchmarking*, este método é constantemente utilizado seja ele interno, competitivo ou funcional (Chiavenato, 1996; Spendolini, 1993 e Zairi e Leonard, 1995). Um fato que comprova a utilização do *benchmarking* competitivo é a viagem de estudos realizada recentemente pela psicóloga e pela supervisora do departamento de capacitação e desenvolvimento do hospital. Para implantar o serviço de educação continuada, visitaram cinco hospitais de referência na grande São Paulo. Através da comparação deste tipo de serviço prestado em outras instituições líderes e dos recursos disponíveis no hospital é que será realizado o programa no Hospital Santa Catarina. O *benchmarking* interno também é realizado e é especialmente identificado através do orçamento setorial, quando se comparam resultados internos da instituição.

5.6.2. A terceirização

A partir do primeiro diagnóstico, realizado com auxílio da consultoria, ficou claro para a instituição a inadequação da estrutura física, materiais e equipamentos obsoletos e em mau estado

de conservação. Uma das maneiras de reverter esta situação, de forma mais rápida, sem necessitar de grandes recursos financeiros, que o hospital não dispunha na época, foi optar pela terceirização. O hospital precisava melhorar a sua imagem, oferecer novos serviços que o diferenciassse dos demais da região. Com a terceirização iniciada em 1993 e a ajuda financeira de empresários da comunidade, a instituição conseguiu incrementos financeiros para iniciar a reforma física, pois para receber novos equipamentos, com alta tecnologia, precisaria rever toda a instalação elétrica e hidráulica, canalização central para a utilização de gases necessários como oxigênio e ar comprimido.

O primeiro serviço a ser terceirizado foi o laboratório de análises clínicas, realizado a princípio com os próprios ex-funcionários bioquímicos. Não sendo positivo os resultados, foi instituído a concorrência, vencendo o laboratório Clinilabe, que permanece até hoje. O laboratório conta hoje com dez bioquímicos, seis técnicos, além de coletadores e recepcionistas.

Posteriormente foram realizadas novas terceirizações e parcerias, com o objetivo de diferenciar e oferecer serviços pioneiros na região, de acordo com os interesses do hospital e necessidades da clientela. Desta forma surgiram parcerias como a realizada com o serviço de endoscopia (funcionário e estrutura física do hospital). Parceria também com a WED Informática, responsável pelo desenvolvimento de sistemas para formação de um banco de dados que facilita o gerenciamento de cobranças, atualizações, fluxo de pacientes, estoques de medicamentos, compras, convênios, cirurgias, dietas, medicação dos pacientes, passagem de plantão entre enfermeiros dos diferentes turnos. Nesta parceria, o prestador recebe um valor fixo mensal, além do espaço físico e pessoa disponível para sanar dúvidas, os funcionários e equipamentos (quatro computadores) são da WED Informática. Outra parceria é com a Vetsch, que presta serviços de hidráulica, reformas, ampliações, construções; utilizando equipamentos, materiais e funcionários próprios da empresa, de acordo com a necessidade do hospital. Entre os serviços terceirizados encontram-se o Hemocárdio, Unicárdio e Cirurgia Cardíaca, responsáveis pelo diagnóstico e tratamento de doenças cardiovasculares no hospital. A Centromed, responsável pelas nebulizações também é terceirizada, assim como os serviços de Litotripsia e Fertilização Humana. Estes últimos terceirizados, utilizam apenas a estrutura física do hospital e mantêm funcionários e equipamentos próprios de alta tecnologia.

Com relação à terceirização e parcerias, tanto o hospital como as empresas contratadas (nível gerencial e operacional) demonstram estar satisfeitos com os resultados, garantindo que a

inovação trouxe grandes benefícios para ambas as partes. Informam de modo geral ter boa comunicação com a administração do hospital, autonomia e flexibilização necessárias, bem como um relacionamento adequado com o sindicato dos trabalhadores.

Giosa (1995, p.11) caracteriza a terceirização “como sendo uma técnica moderna de administração, baseado num processo de gestão, que leva a mudanças estruturais da empresa, à mudança da cultura, procedimentos, sistemas e controles, capilarizando toda a malha organizacional, com um objetivo único quando adotada, atingir melhores resultados, concentrando todos os esforços e energia da empresa para a sua atividade principal. Este autor reforça que esta técnica quando bem empregada é valiosa para a melhoria da qualidade nas empresas, uma vez que a modernização decorre da soma da tecnologia, conhecimento da aplicação, uso de técnicas administrativas inovadoras, criatividade e valorização dos talentos humanos.

5.6.3. Planejamento estratégico

Na primeira fase foi realizado o diagnóstico estratégico, procurando conhecer as reais condições do hospital, no qual participaram o consultor, administrador, gerentes e outras pessoas representativas das várias informações, que analisaram e verificaram a realidade externa e interna.

Na análise externa verificaram as ameaças e oportunidades, na análise interna procuraram identificar os pontos fortes, fracos e neutros da empresa. Nesta primeira fase foi ainda estabelecido a visão da empresa e a análise dos concorrentes já descritos anteriormente. Na segunda fase foi estabelecido a missão da empresa que procurou determinar onde a instituição quer chegar, bem como os princípios norteadores, as macroestratégias e as macropolíticas.

Na terceira fase foram descritos os instrumentos prescritivos e quantitativos, sendo estabelecida a nova estrutura organizacional do Hospital Santa Catarina, com a concepção de uma estrutura enxuta, simples, ágil, operacional, com poucos níveis hierárquicos, calcada nas funções do sistema do Hospital Santa Catarina e seus subsistemas. Assim, o hospital foi dividido em 13 unidades de negócio, coordenadas pelo administrador, quatro gerentes de área e supervisores para cada unidade de negócio. Desta forma a gerência administrativa financeira conta com a supervisão contábil-financeira, supervisão de suprimentos, supervisão de atendimento a clientes, supervisão de informática, supervisão de diagnóstico por imagem (Rx); a gerência de capacitação e desenvolvimento compreende a supervisão de pessoal, supervisão de capacitação e

desenvolvimento; supervisão de medicina e segurança do trabalho; a gerência de enfermagem coordena a supervisão noturna (2 supervisores), supervisão das clínicas médica e cirúrgica, supervisão dos serviços ambulatoriais especiais, supervisão materno infantil, supervisão das áreas cirúrgicas, intensivas e emergência, supervisão da nutrição e dietética; a gerência de manutenção e serviços gerais coordena a supervisão da lavanderia e costura, supervisão da manutenção predial, equipamentos e caldeiras, supervisão da limpeza interna e externa. Atualmente foram acrescentados a gerência médica que coordena as supervisões da SCIH (Serviço Controle de Infecção Hospitalar), supervisão de fisioterapia motora respiratória, supervisão CDI, médicos, psicologia e terapia ocupacional; e a clínica pastoral.

Na terceira fase de implantação do planejamento estratégico foram estabelecidos os objetivos, as metas, as diretrizes estratégicas, as políticas administrativas, financeiras e de recursos humanos, além dos instrumentos quantitativos com projeções econômico-financeira e o planejamento do orçamento setorial.

Na quarta etapa foram estabelecidos os critérios e parâmetros de controle e avaliação, voltadas para conseguir uma situação adequada de custo benefício. Importante ressaltar aqui as reuniões semanais de avaliação de cada gerente com seus supervisores e também com o administrador.

No Hospital Santa Catarina o primeiro planejamento estratégico foi implantado em 1996, o qual sofreu avaliações constantes, sendo reformulado em 1997. O planejamento estratégico de 1997, contou com a participação também dos supervisores (planejamento tático). No P.E. de 1998 foram acrescentados a gerência médica, responsável pela coordenação do SCIH (Serviço Controle de Infecção Hospitalar), CDI (Centro Diagnóstico Imagem), médicos, psicologia e terapia ocupacional, além da clínica pastoral no mesmo nível hierárquico da gerência. Os planos táticos a serem desenvolvidos em 1998 foram o aumento da receita/pulverização dos convênios, implantação da dose unitária e do código de barras, expansão da área materno infantil e novos apartamentos, normatização de fluxos e procedimentos, envolvimento do corpo clínico, capacitação e desenvolvimento (iniciar para Programa 5 S) e novos equipamentos para lavanderia e serviço de nutrição. Ao planejamento estratégico de 1999, não tivemos acesso, mas foi

destacado como um progresso a participação cada vez menor do consultor do Hospital Santa Catarina.

5.6.4. Programa 5 S

Este programa foi implantado em maio de 1998, com objetivo de tornar o ambiente de trabalho mais organizado, seguro e humano, criando um clima propício à colaboração entre as pessoas e à prevenção de problemas.

Os 5 S são as iniciais de cinco palavras japonesas, traduzidas no Brasil como 5 Sentos:

1. Senso de Seleção (Utilização) - distinguir o necessário do desnecessário, descartando o desnecessário. O senso de seleção significa utilizar e selecionar os recursos disponíveis de acordo com a necessidade e adequação, evitando excessos, desperdícios e má utilização.
2. Senso de Arrumação (Ordenação) - ter as coisas no lugar certo de tal maneira a estarem rapidamente à disposição.
3. Senso de Limpeza - limpar sempre e não sujar, eliminando as causas da sujeira.
4. Senso de Conservação - significa estabelecer procedimentos e ferramentas para garantir a manutenção dos sentidos de seleção (utilização), arrumação (ordenação) e limpeza.
5. Senso de Autodisciplina - ter e manter a habilidade de fazer as coisas certas. A ênfase é na criação de bons modos de trabalho através da repetição constante das atividades de 5 S.

Os sentidos de Seleção (Utilização), Arrumação (Ordenação) e Limpeza se concentram nas atividades (ações) do programa 5 S. O programa começa com a adoção e promoção desses sentidos no local de trabalho através de ações específicas como a “Semana da Limpeza”. Estes sentidos dependem em muito do envolvimento direto e motivação de todos na empresa. O senso de Conservação fornece ferramentas para manutenção do programa no longo prazo, através da normalização das atividades de 5 S (Seleção, Arrumação e Limpeza) e criação de ferramentas de gerenciamento visual, até que se consiga atingir o senso de Autodisciplina, que depende de uma mudança cultural na empresa. A implementação do senso de Conservação depende em muito da gerência da empresa, que deve dar instrumentos e criar as condições necessárias para este fim. Assim, podemos dizer que os três primeiros sentidos são atividades que devem ser incorporadas em nosso dia-a-dia, e o quarto senso é a parte instrumental do programa 5 S, é a chave de ligação

entre as atividades de 5 S e a autodisciplina. O senso de Autodisciplina é o que perseguimos no longo prazo.

No Hospital Santa Catarina foi contratado uma empresa de consultoria para auxiliar o coordenador e o comitê de 5 S na implementação do programa. O comitê de 5 S é formado por 7 membros do hospital, e tem a função de elaborar e aprovar as diretrizes gerais do programa, além de dirimir dúvidas e sugerir investimentos. Ao coordenador compete coordenar as ações, motivar as pessoas para o programa, processar os resultados das avaliações. O hospital foi dividido em 34 setores alocados conforme as particularidades físicas. Cada setor tem um facilitador treinado que desenvolve também a função de avaliador nos demais setores, o facilitador então além de participar das avaliações de 5 S em outros setores, será o responsável pela promoção dos 5 S em seu setor. Tanto os membros do comitê, como o coordenador facilitador/avaliador acumulam estas tarefas com aquelas que realizam em suas funções normais dentro do hospital.

Antes da implantação foram realizadas palestras de sensibilização com quase 100% dos funcionários e também uma primeira avaliação diagnóstica anterior a qualquer medida adotada pelo programa.

Após a implementação já foram realizadas três avaliações com os seguintes resultados em relação a primeira: Seleção, de 41,54% para 85,11%; Arrumação, de 43,32% para 74,11%; Limpeza, de 35,1% para 75,88%; Conservação, de 42,1% para 72,31%; Disciplina, de 62,73% para 83,87%.

Estas avaliações periódicas tem sido fundamentais para a manutenção de programa como um termômetro que verifica o estado de organização e limpeza, indicando ações corretivas a serem tomadas, áreas críticas que devem ser atacadas.

Os resultados das avaliações no Hospital Santa Catarina são processados e estabelecidas notas finais para cada setor e para a empresa como um todo.

Os resultados podem então servir também para o estabelecimento de uma competição sadia entre os setores, mantendo a motivação para o programa.

5.7. Transformações estruturais ocorridas no Hospital Santa Catarina

O Hospital Santa Catarina, desde 1990, tem sofrido alterações constantes na sua estrutura física e aquisição de equipamentos de alta tecnologia. Informa um gasto médio mensal de R\$ 50.000,00 em manutenção e reformas. Um dos principais problemas são as instalações sanitárias insuficientes para os quartos de internação coletiva, bem como os fluxos internos, uma vez que o hospital cresceu dentro e ao redor de si mesmo.

Estão descritas a seguir de forma sucinta as reformas realizadas nos últimos sete anos:

- Reforma ao Laboratório de Análises Clínicas.
- Terceirização Laboratório de Análises Clínicas.
- Ampliação da UTI adulto e Hemodinâmica (antes de ser terceirizada).
- Ampliação da Hemodinâmica, hoje HEMOCÁRDIO - Terceirizada.
- Inauguração da ala C, com moderno *Layout* (apartamentos privativos).
- Ampliado o Serviço de Diagnóstico por imagens.
- Reforma de todo o 3º andar, que estava desativado em grande parte. Hoje funciona o setor de Quimioterapia com capela de fluxo laminar vertical, o PROCRIAR (serviço terceirizado de fertilização assistida), Ecocardiograma dos pacientes internados e UTI pediátrica (não existia).
- Reforma do Centro Cirúrgico, com ampliação de mais de duas salas cirúrgicas.
- Serviço de Nebulização totalmente reformado antes de ter sido terceirizado, hoje Centromed.
- Reforma Posto de Enfermagem Pediatria.
- Na Psiquiatria foram reformados banheiros, vários quartos, postos de enfermagem e pintura total.
- Os setores de farmácia, almoxarifado, compras e chefia do Serviço de Enfermagem foram totalmente reformados.
- Instalação do Serviço de Litotripsia Extracorpórea.
- Reforma de toda a área física do serviço de manutenção, caldeiras e lavanderia.
- Reforma do refeitório dos funcionários, e parte da cozinha.
- Reforma dos vestiários dos funcionários, departamento pessoal e Recursos Humanos.
- Paisagismo e pinturas nos mais diversos setores do Hospital.
- Reforma no Pronto-Socorro.

- Reforma da Oncologia.
- Reforma da central de Material.
- Reforma dos quartos da pediatria.
- Reforma do Posto de Enfermagem da Seção A.
- Reforma do Serviço de Nutrição - produção de alimentos.
- Construção do Centro Clínico, prédio com dois pavimentos de 2.000 m² cada área; heliporto; 100 consultórios médicos; farmácias; loja especializada em artigos para área de saúde; lanchonetes e restaurantes. Futuramente será interligado ao hospital através de uma passarela (atravessando, sobre a rua Amazonas). Os recursos para construção são provenientes da venda dos consultórios para os médicos, com valor 25% superior ao do mercado. Não está totalmente ocupado atualmente.

6. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Para efeitos didáticos e de melhor compreensão, dividimos a apresentação e interpretação dos resultados, conforme as categorias e subcategorias descritas anteriormente na metodologia. Assim, apresentamos inicialmente um resumo dos dados de identificação e saúde dos sujeitos pertencentes as duas amostras e posteriormente em tabelas, os resultados referentes a qualidade do processo e do produto (Tabelas 1 a 4), qualidade de vida (Tabela 5 a 8), e qualidade da gerência (Tabelas 9 a 12) e os resultados referentes às inovações tecnológicas de gestão (Tabelas 13 a 15). Os resultados referentes as questões abertas não foram tabulados, mas utilizados como subsídios para enriquecer as análises das Tabelas 1 a 15.

6.1. Dados de identificação e saúde

Como tópico introdutório, ao iniciar as entrevistas para as duas amostras respondentes, procurou-se levantar dados de identificação e saúde.

As amostras de funcionários e gerentes/supervisores, demonstram que a maioria são do sexo feminino, com idade entre 35 e 50 anos, predominantemente casados e com 1º grau completo. Todos tem plano de saúde e grande parte não referiu doença. Entre os que citaram agravos à saúde atualmente, encontramos 02 hipertensos, 01 diabético, 01 com problema de coluna, 02 com asma brônquica.

Com base nos depoimentos, observou-se que os funcionários apresentam boas condições de saúde, praticamente não foram citadas doenças ocupacionais.

6.2. Dados sobre à qualidade do processo e do produto (Tabelas 1 à 4)

Tabela n.º 1.a

Distribuição que representa em que medida o funcionário do Hospital Santa Catarina pode tomar decisões sobre o que fazer e como fazer o seu trabalho.

Opções:

- 1 3 - Muito pouco, o trabalho não me dá oportunidade de dizer quando e como ele deve ser feito
- 3 5 - Moderadamente: muitas coisas são padronizadas e não estão sob o meu controle, mas posso tomar algumas decisões sobre o meu trabalho
- 5 7 - Total: tenho responsabilidade quase completa para decidir como e quando o trabalho deve ser feito

Tomada Decisão		Período	Antes de 1991		Atualmente		Total	
			FA	R	FA	FR	FA	FR
1	3		10	28,6	05	14,3	15	21,4
3	5		19	54,3	20	57,1	39	55,7
5	7		08	17,1	12	28,6	16	22,9
Total			37	100	37	100	70	100

Fonte: Instrumento de coleta de dados elaborado pela pesquisadora - PEPS - UFSC e aplicado ao Hospital Santa Catarina. Blumenau - SC, 1999.

Tabela n.º 1.b

Distribuição que representa em que medida o gerente/supervisor do Hospital Santa Catarina pode tomar decisões sobre o que fazer e como fazer o seu trabalho.

Tomada Decisão		Período	Da admissão		Atualmente	
			FA	FR	FA	FR
1	3		-	-	-	-
3	5		14	86,7	04	26,7
5	7		02	13,3	12	73,3
Total			16	100	16	100

Fonte: Instrumento de coleta de dados elaborado pela pesquisadora - PEPS - UFSC e aplicado ao Hospital Santa Catarina. Blumenau - SC, 1999.

Os funcionários pesquisados do Hospital Santa Catarina optaram predominantemente, pela faixa 3 5, o que demonstrou em que podem tomar decisões de forma moderada, tanto anterior a 1991 (54,3%), como atualmente (57,1%), levando-se

em consideração que muitas atividades são padronizadas, mas permitem algumas decisões sobre o seu trabalho. No período antes de 1991, como atualmente, o número mais escolhido na faixa 3 5 pela amostra, foi o número 04, citados 14 vezes e 12 vezes respectivamente. Outros funcionários optaram no período antes de 1991, pela faixa 1 3 (28,6%), em que percebem muito poucas oportunidades para tomar decisões, ou pela faixa 5 7 (17,1%) quando entendem ter responsabilidade quase completa para decidir como e quando o trabalho deve ser feito. No período atual, parte da amostra optou pela faixa 5 7 (28,6%), ou 1 3 (14,3%).

Os gerentes e supervisores, que fizeram parte do estudo, não optaram em nenhum dos períodos em que foi oferecido a escolha, pela faixa 1 3. Percebe-se, então, que no período da admissão eram menores as oportunidades para tomada de decisão. Cabe ressaltar que muitos dos que ocupam cargos de gerentes e supervisores atualmente, no período em que foram contratados não exerciam esta mesma função. Ocupavam, no máximo, uma chefia de unidade .

Desta forma, ao compararmos as duas tabelas, funcionários e gerentes, podemos perceber que no nível operacional, tanto antes de 1991 como atualmente, a predominância foi para a faixa 3 5, com moderado poder de decisão, não havendo para esta amostra muita diferença neste sentido. Já entre os gerentes e supervisores, a maioria optou antes, pela faixa 3 5, quando provavelmente ainda não exerciam o cargo presente; e atualmente pela faixa 5 7, com maior autonomia e poder de decisão.

Segundo Stoner (1985, p.109) “as decisões descrevem o processo através do qual se escolhe um caminho, como solução de um problema específico. Desta forma, a existência e a identificação do problema é a base e condição necessária à decisão.

Já na opinião de Braga (1987), o processo decisório são os procedimentos de definição dos problemas, avaliação de alternativas e escolha de uma diretriz, de ação e/ou soluções.

Gerges (1994), citando Blau e Scott, considera que um dos elementos mais importantes para o funcionamento organizacional e a tomada de decisão é o nível hierárquico, que designa a diversificação de funções dentro da organização formal. O nível hierárquico representa basicamente a distribuição de autoridade e responsabilidade na organização. A organização hierárquica permite a delimitação de tarefas e deveres de cada membro da organização, com base nos objetivos formalmente definidos.

Chiavenato (1983) e Oliveira (1988), concordam e afirmam que a identificação dos níveis hierárquicos faz com que as decisões sejam tomadas em nível estratégico, nível tático e nível operacional, entendendo-se cada passo no sentido descendente consiste na implementação de objetivos estabelecidos no plano imediatamente anterior.

Etzioni (1984) complementa: os níveis mais altos da organização estabelecem as linhas de ação mais abrangentes, enquanto aos níveis mais baixos, cabe decompô-los em decisões menos amplas.

Parece haver concordância entre os autores, no entanto que para haver a tomada de decisão, há necessidade dos indivíduos apresentarem não apenas o conhecimento técnico específico ao setor que atua, mas também o conhecimento humano, que facilite as interações e o conhecimento conceptual, amplo, que lhe proporcione visão do micro e macro-ambientes.

No Hospital Santa Catarina, verificamos uma preocupação crescente com a capacitação e atualização dos funcionários. Em pergunta aberta, feita aos mesmos, onde solicitamos a descrição dos últimos cursos, seminários, treinamentos por eles realizados, a grande maioria, com exceção de 02 deles, por sinal, analfabetos (apenas 02 na amostra) relataram além de atualização na área de atuação específica, cursos de segurança promovidos pela CIPA, relações humanas e programa 5 S. No nível gerencial e supervisores, há vários recebendo auxílio do hospital para pós-graduação, congressos, seminários, jornadas, visitas a outros hospitais entre outros.

As informações colhidas com o administrador vão ao encontro do descrito pelos funcionários. Segundo Bachmann (1998),

“a intenção é gradativamente introduzir-se a gestão participativa, que descentraliza o poder de decisão à partir de um novo perfil do trabalhador, com um nível mais elevado de qualificação, que tenha acesso a informação e possa desenvolver formas de socialização para o trabalho em equipe. Porém, inicialmente há necessidade de preparar as pessoas (recursos humanos), através de cursos, palestras, treinamentos, pós-graduação, benchmarking... Este último considera ser muito importante, pois acredita que o funcionário deve conhecer outras realidades, especialmente em centros de excelência, para que com os recursos locais existentes e a serem adquiridos, procure melhorar continuamente a qualidade do serviço oferecido pelo seu setor, e conseqüentemente em cadeia, o da instituição. Ele afirma que o objetivo é formar uma rede de informação, através da pulverização de líderes em pontos chave, que sirvam de elo de ligação entre a alta gerência e funcionários, levando e recebendo informações que direcionem o planejamento para o atendimento das reais necessidades do cliente”.

Por outro lado, chama a atenção, os resultados da tabela n.º 1.a que demonstram que 14,3% da amostra de funcionários referiram ter maior poder de decisão antes de 1991, do que atualmente. O motivo na opinião deles (pertencentes a equipe de enfermagem) é que anteriormente existia menor número de enfermeiros, ficando sob a responsabilidade dos auxiliares e atendentes de enfermagem mais antigos e com mais experiência, a chefia de diversos setores de Enfermagem. Informam que antes existiam menos cargos administrativos e as informações eram repassadas diretamente pela gerência e médicos, para eles. Acreditam que nesta circunstância, possuíam mais autonomia e poder de decisão. Observa-se através de suas falas, que sentiam-se mais valorizados e importantes, recebendo inclusive gratificação extra por cargo de chefia (aumento de salário), bem como maior número de informações além de desfrutarem de um pouco de poder.

Em seu livro “O Desafio da Competência”, Boog (1991) caracteriza fases de crescimento e desenvolvimento das empresas, fase pioneira, fase de diferenciação e fase de integração. Assim, parece-nos que o Hospital Santa Catarina, antes de 1991, poderia apresentar-se na fase pioneira. Nesta fase, os trabalhadores costumam formar uma grande família; as comunicações são diretas, sem muitos intermediários, criando uma aproximação maior entre as pessoas e a direção ou o “dono”, facilitando a motivação e dedicação dos funcionários, mesmo sem que recebam grandes benefícios. A empresa ainda é pequena, e o controle e a qualidade dos produtos/serviços é exercida pelo pioneiro. Este por sua vez, tem suas atenções nas pessoas, que por sua vez devem atender as demandas de tarefas.

Já no período atual, poderia estar classificada na fase de “*diferenciação*”: um novo processo de crescimento baseado em novos pressupostos. É a fase de profissionalização, onde o técnico passa a ter um lugar de destaque na administração da empresa, havendo uma crescente impessoalização dela. A ênfase é nos processos empresariais e para a maximização dos lucros. A chave da *diferenciação* é a *eficiência*. Apresenta como características a busca de padronização, uniformização, previsibilidade e controle; especialização de papéis, com organograma bem definido. São criados dois grupos característicos: o *corpo técnico gerencial*, que pensa, planeja e controla e o *corpo de executores*, com menor qualificação. Na gerência, o pioneiro é substituído por múltiplos gerentes.

Segundo Stoner (1985) as decisões no nível *operacional* neste tipo de empresas ocorrem em condições de certeza, isto é, existem informações precisas (normas e rotinas padronizadas, regulamento, regimento) nas quais os mesmos podem basear-se.

Nos hospitais, cerca de 60% do nível operacional é integrante da equipe de enfermagem. Melo (1986) cita a enfermagem como sendo uma das primeiras profissões da área da saúde a nascer dividida em categorias diferenciadas. O seu evoluir tem sido demarcado por uma crescente divisão social e técnica que se revela nas distintas categorias: enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e atendente de enfermagem (este último, em extinção por resolução do Conselho Federal de Enfermagem). Esta divisão frequentemente provoca tensões, desmotivações e conflitos. Em grande parte quem decide não executa, e quem executa apresenta nível de escolaridade mais baixo e pouco acesso a informações, impedindo a visão global do seu objeto de trabalho.

Em muitos hospitais, caracterizados como instituições burocráticas, a indicação dos enfermeiros para cargos administrativos é delegada por uma autoridade superior. Estes por sua vez investem-se de autoridade legitimada por regulamentos e regimentos da instituição. Investidos dessa autoridade, e assumindo a responsabilidade inerente, os enfermeiros passam a comprometer-se com os objetivos da organização; isto é, não apenas agem em conformidade com as normas padronizadas, mas também são responsáveis por fiscalizarem e manterem estas normas em toda a equipe de enfermagem. Este profissional em muitos momentos encontra-se neste contexto em posição de conflito entre ordens administrativas e ordens médicas (Trevizan, 1987). Há ocasiões em que a competência técnica do médico e a gravidade de uma situação conferem a ele (médico) um poder de decisão acima do previsto nas normas burocráticas. Assim, mesmo a enfermeira exercendo um papel gerencial em uma unidade de saúde, depende do parecer técnico em atividades chamadas dependentes, como por exemplo a administração de medicamentos, (para esta ação a enfermagem depende da prescrição do médico). Diante de tal complexidade, o enfermeiro se coloca em posição de adotar várias possibilidades de agir e eleger aquela alternativa que viabilize a prevenção, promoção e recuperação da saúde do indivíduo, família e comunidade.

Erdmann (1987) em sua tese de Livre Docência no entanto alerta que nem sempre conseguimos eleger a melhor alternativa. Para ela a dificuldade em encontrar-se a melhor solução, acontece nas situações em que as decisões são tomadas sobre o problema e não sobre a possível causa do mesmo. Em seu estudo verificou que a delimitação dos problemas e suas possíveis causas, aparecem de maneiras encadeadas, dificultando muitas vezes a identificação das causas, devido a sua complexidade e multiplicidade. Um exemplo freqüente em alguns hospitais: a falta de roupa de cama, em uma unidade de clínica

cirúrgica. A alternativa escolhida para resolver o problema, poderia ser consultar a lavanderia sobre a possibilidade da mesma repor o estoque. Caso a lavanderia não possua roupas de cama disponíveis no momento, poder-se-ia solicitar emprestado em outra unidade. O problema estaria resolvido momentaneamente, porém não a causa que gerou o problema. Esta pode estar relacionada a deficiência de equipamentos (em números insuficientes para atender a demanda; falta de atualização tecnológica, ou mesmo falta de manutenção dos mesmos); deficiência de recursos humanos ou de matérias prima na lavanderia. Identificar a(s) causa(s) e tomar decisões, no entanto, pode ser algo complexo, porque depende em muitas instituições do cargo que a pessoa ocupa, a disposição na estrutura hierárquica e o grau de autonomia e decisão que lhe é conferido.

De acordo com Oliveira (1988), as decisões numa organização caracterizam-se por *centralizadas*, quando são tomadas pelos integrantes do nível estratégico e são fundamentalmente descentralizadas, quando tomadas no nível operacional. O grau de centralização depende do grau de participação das decisões nos diversos níveis organizacionais.

Segundo Gerges (1994), a organização hierárquica de autoridade e responsabilidade é também um indicativo de que a estrutura formal constitui-se sobre uma base de controle. A definição de objetivos, a divisão de trabalho e as relações funcionais, sugerem que os membros organizacionais não podem atuar aleatoriamente. Seu desempenho depende de normas e regulamentos institucionalmente formalizados. Uma estrutura de controle, representa a garantia de que os membros de níveis inferiores da hierarquia, irão executar suas tarefas conforme as diretrizes estabelecidas pelos níveis superiores da organização. O controle e a supervisão desenvolvem-se no sentido descendente da hierarquia, em função da distribuição de cargos e responsabilidades.

Almeida (1984), enfatiza ainda a importância da tomada de decisão sobre a qualidade do produto, principalmente porque nas instituições de saúde, as decisões envolvem risco de vida da clientela, devendo portanto ser respaldadas em área de conhecimento correspondente.

No Hospital Santa Catarina, o novo organograma, instituído à partir de 1996, retrata bem a estrutura hierárquica da instituição, definindo na descrição de cargos e funções, as competências de cada nível hierárquico. Generalizando os resultados encontrados nas amostras do presente estudo, parece claro que a participação do nível operacional, ainda é pequena nas decisões, mas também há evidências de que existem tentativas e objetivos definidos para inverter esta situação. Uma delas, é que o

planejamento estratégico, que vinha sendo elaborado desde 1996 pelo administrador, gerentes e consultor externo, à partir de 1998, contou também com a colaboração dos supervisores, que em conjunto também realizam os planos táticos. A idéia é agora iniciarem também os planos operacionais, para que em todos os níveis da empresa haja domínio dos processos, Atingir, quem sabe, a fase de *Integração* (Boog, 1991) em que a empresa se equilibra simultaneamente nas dimensões econômica, técnica e social da atuação organizacional.

Tabela n.º 2.a

Distribuição que representa como o funcionário do Hospital Santa Catarina percebe a maneira de realizar o seu trabalho.

Opções:

- 1 3 - O trabalho é realizado com **difficuldade**, devido as instalações físicas, equipamentos e materiais antigos, poucos funcionários e tempo para realizar o serviço
- 3 5 - O trabalho é realizado com **certa facilidade**, devido aos bons equipamentos e materiais, local de trabalho sendo reformado, treinamentos esporádicos
- 5 7 - O trabalho é realizado com **muita facilidade**, devido as pessoas serem qualificadas, atualizadas através de treinamentos, instalações físicas, equipamentos e materiais atualizados

Método de Trabalho (Processo)		Período		Atualmente	
		Antes de 1991		FA	FR
		FA	FR	FA	FR
1	3	26	70,3	01	2,7
3	5	09	24,3	16	43,2
5	7	02	5,4	20	54,1
Total		37	100	37	100

Fonte: Instrumento de coleta de dados elaborado pela pesquisadora - PEPS - UFSC e aplicado ao Hospital Santa Catarina. Blumenau - SC, 1999.

Tabela n.º 2.b

Distribuição que representa como o gerente/supervisor do Hospital Santa Catarina percebe a maneira de realizar o seu trabalho.

Método de Trabalho (Processo)		Período		Atualmente	
		Da Admissão		FA	FR
		FA	FR	FA	FR
1	3	26	70,3	01	2,7
3	5	09	24,3	16	43,2
5	7	02	5,4	20	54,1
Total		37	100	37	100

Fonte: Instrumento de coleta de dados elaborado pela pesquisadora - PEPS - UFSC e aplicado ao Hospital Santa Catarina. Blumenau - SC, 1999.

A tabela n.º 2.a demonstra que antes de 1991, a maioria dos funcionários pesquisados considerou que o trabalho era realizado com dificuldade (70,3%) na faixa de 1 a 3, seguido de certa facilidade em realizá-lo (24,3%) na faixa de 3 a 5. Com relação ao mesmo ser desenvolvido com muita facilidade apenas 5,4% o citaram, na faixa de 5 a 7. No período atual observa-se que a maioria dos funcionários praticamente inverteu as respostas, ou seja, 54,1% considerou que o trabalho hoje é realizado com muita facilidade, ou com certa facilidade (43,2%) e apenas 2,7% com dificuldade.

A tabela n.º 2.b, reforça a opinião dos funcionários. Os gerentes e supervisores consideram que no período em que foram admitidos, o trabalho era realizado com dificuldade (62,5%), com certa facilidade (31,2%) e com muita facilidade (6,3%). Já no período atual os mesmos respondentes apresentaram resultados iguais, tanto para o trabalho ser realizado com certa facilidade e com muita facilidade (34,4%); apenas 6,3% referiram que é desenvolvido com dificuldade.

Comparando-se os resultados das tabelas 2.a e 2.b percebe-se que tanto o nível operacional como o gerencial concordam que a maneira de realizar o trabalho melhorou de 1991 para os dias atuais.

No Hospital Santa Catarina parece ser decorrente da realização do *benchmarking* ocorrido a princípio no Hospital Moinhos de Vento (Porto Alegre - R.S.), a contratação em seguida de um consultor que realizou um diagnóstico da situação do hospital, apontando os pontos críticos. Posteriormente, desenvolveu-se um plano diretor, com metas de curto, médio e longo prazo, de acordo com as prioridades e recursos disponíveis.

À partir deste diagnóstico, ficou claro para a instituição a inadequação da estrutura física, materiais e equipamentos obsoletos e em mau estado de conservação. Uma das maneiras de reverter esta situação, de forma mais rápida, sem necessitar de recursos financeiros que o hospital não dispunha na época, foi optar pela terceirização. O hospital precisava melhorar a sua imagem, oferecer novos serviços que o diferenciasse dos demais da região. Com a terceirização e a ajuda da comunidade a instituição conseguiu incrementos financeiros para iniciar a reforma física, pois para receber novos equipamentos, com alta tecnologia precisaria rever toda a instalação elétrica, hidráulica, canalização central para utilização de gases necessários como oxigênio e ar comprimido. Surgiu a necessidade então de um planejamento, que estabelecesse objetivos bem definidos, e que permitisse o alcance das metas, o planejamento estratégico. Esta foi outra

ferramenta administrativa utilizada para mais um avanço em direção a melhoria da qualidade, bem como mais recentemente a implementação do programa 5 S.

Com a necessidade sentida pela instituição em adotar uma filosofia da qualidade, para garantir a competitividade no mercado e a sua sobrevivência é que iniciaram as mudanças que se refletiram sobre a qualidade do serviço (processo-produto), qualidade de vida no trabalho e qualidade da gerência.

Assim, no presente estudo, foi questionado de forma objetiva como o funcionário, gerente percebe a maneira de realizar o seu trabalho, para identificar as mudanças ocorridas no processo de trabalho, levando-se em consideração as instalações físicas, equipamentos e materiais, número de funcionários, tempo para realizar o serviço, treinamentos oferecidos aos funcionários, qualificação dos funcionários. Para facilitar esta análise foi também realizada uma pergunta aberta sobre as principais mudanças positivas e negativas ocorridas na opinião do entrevistado.

Uma das mudanças positivas mais citadas, refere-se a ampliação e reforma da estrutura física. Os respondentes concordam que um ambiente físico adequado favorece o processo de trabalho. Assim, os funcionários que estão lotados em áreas recém-construídas ou reformadas consideram que o seu trabalho tornou-se mais fácil. Um exemplo que pode explicitar melhor as mudanças positivas, é a “*unidade C*” do referido hospital. A mesma foi construída com um layout moderno, de modo a facilitar o trabalho. O Posto de Enfermagem, (onde encontram-se os prontuários dos pacientes, a sala de preparo de medicações, a sala de prescrições médicas), a sala de utilidades, onde são armazenados os materiais e equipamentos necessários para a assistência, a rouparia, todos estes ambientes encontram-se centralizados. Ao redor, dos dois lados estão os quartos dos pacientes. Os ambientes centrais tem portas de comunicação para ambos os lados, facilitando a movimentação dos trabalhadores. As paredes tem bordas arredondadas e são recobertas por pintura lavável e de cor agradável, facilitando a higienização e proporcionando bom aspecto. O piso é antiderrapante, evitando acidentes. O fornecimento dos gases necessários como oxigênio e ar comprimido é centralizado e distribuído através de canalização, de cores diferentes, conforme recomendado. Todos os quartos possuem banheiro, as torneiras fornecem também água quente. O sistema de iluminação permite prestar o cuidado individualizado durante à noite. Durante o dia, nos quartos a iluminação natural é favorável, bem como a ventilação. Em alguns quartos, no entanto, o visual externo não é muito bom, pois as

janelas abrem-se para um pátio interno, onde encontram-se as caldeiras, e o serviço de manutenção do hospital.

As unidades em que a estrutura física é mais antiga como é o caso da IIIª Unidade, já dificultam em parte, o processo de trabalho. Toda a área operacional não está

centralizada e é pequena para abrigar o número de funcionários, equipamentos e materiais, isto dificulta a realização das atividades, especialmente eleva o tempo gasto em cada processo. Os banheiros também não estão presentes em todos os quartos, dificultando a parte de higienização dos clientes, bem como o atendimento das necessidades fisiológicas dos mesmos. O piso é de madeira e as paredes não possuem as bordas arredondadas, dificultando a higienização e a mobilização das pessoas. O mapa de riscos instituído pela CIPA, bem como os treinamentos constantes por ela desenvolvidos, tem diminuído o risco de acidentes de trabalho.

Com relação aos equipamentos e materiais, parece haver convergência quanto a atualização e manutenção constante. A realização dos estágios supervisionados pela pesquisadora na instituição, também comprovam esta realidade.

Os equipamentos e materiais utilizados no hospital demonstram tecnologia de ponta, o que foi observado também nas unidades terceirizadas. A atualização e conservação dos mesmos é uma preocupação constante, uma vez que além de facilitar o trabalho, diminuem os riscos de acidentes tanto para funcionários como para pacientes. O uso de equipamentos de segurança também são rigorosamente observados, de acordo com o art. 166 da lei n.º 6.514 de 22/12/1977 da Consolidação das Leis de Trabalho, relativo à Segurança e Medicina do Trabalho, enfocados nas tabelas n.º 5.a e 5.b. Outro equipamento citado como melhoria para o processo de trabalho é o sistema de comunicação do paciente no quarto, com os funcionários no posto de enfermagem, atualmente existente na ala C. Pelo sistema antigo, o cliente toca a campainha e o funcionário precisa deslocar-se até o quarto para saber o que o cliente necessita, retornar ao posto e só de posse do material necessário, prestar o cuidado. Com o novo sistema de comunicação, o funcionário quando recebe o chamado, já fica sabendo o que o cliente quer, sem deslocar-se até o quarto. Os computadores também permitiram vários avanços, em relação a comunicação com o serviço de nutrição e dietética (mapas de dieta), farmácia, controles os mais diversos; passagem de plantão entre enfermeiros, dos diferentes turnos, manutenção dos registros de pessoal e dos pacientes entre outros. A utilização dos computadores vem sendo ampliada constantemente, com a aquisição e adaptação de novos programas e equipamentos.

Estes e outros avanços tecnológicos, tem contribuído também para diminuir o tempo no processo de trabalho. No entanto vale ressaltar, que se por um lado diminuiu o tempo na realização de algumas atividades, parece na opinião de um bom número de funcionários, que aumentou o número de tarefas e de funções. Explicando melhor, a multifuncionalidade, comum nas organizações atuais, em que as pessoas assumem novas e

diferentes responsabilidades, ao invés das antigas e rotineiras atividades, ainda não parece estar suficientemente compreendida. Este fato pode estar gerando incertezas e desmotivações, pois alguns funcionários não se sentem capacitados ou preparados para desenvolvê-las. Assumir múltiplas funções, exige um preparo gradativo de qualificação do profissional, especialmente quando envolve o manuseio de equipamentos ou materiais complexos, com os quais não estão habituados a trabalhar. Assumir competências que antes eram designadas a outros profissionais, podem gerar resistência, principalmente em funcionários mais antigos, que não conseguem compreender a racionalização dos recursos como uma das formas de manter a sobrevivência da empresa. Ao contrário, muitas vezes sentem-se sobrecarregados pelo número de atividades e o pouco tempo para executá-las, sem contudo, receberem aumento salarial. Os benefícios oferecidos pela empresa, tais como convênios de assistência médica, alimentação não parecem ser levados em consideração por estes funcionários.

Davis (1992) alerta que as empresas que optarem por estas mudanças, devem ter plena consciência do impacto gerado pelas mesmas na estrutura organizacional, da mesma forma que devem procurar tomar as medidas necessárias durante a implantação destas, para manter o clima organizacional o mais satisfatório possível.

A aceitação das mudanças e de novas idéias não é responsabilidade apenas da administração; é, também responsabilidade de cada trabalhador. Assim, se queremos que as mudanças funcionem eficazmente é necessário conhecer suficientemente bem os indivíduos que fazem parte da equipe a fim de selecionar os melhores argumentos e os melhores métodos de as persuadir e aceitar e experimentar uma nova idéia. Caso contrário, poderá ocorrer o inverso do desejado, ou seja, uma diminuição da produtividade e aumento dos custos operacionais. Por conseguinte é necessário que todos os membros da organização possam melhorar a eficiência do desempenho do seu trabalho. Isso não significa necessariamente fazer mais, mas sim, utilizar métodos de aprimoramento do trabalho e de administração do tempo, pois o desperdício de tempo e esforços pode ser ao mesmo tempo perigoso e dispendioso, quando se trata de serviços de saúde.

Ao analisar as tabelas 2.a e 2.b, de forma mais genérica podemos considerar que as amostras de funcionários, gerentes/supervisores pesquisados, consideram que atualmente o trabalho é realizado com mais facilidade, devido as modificações nas instalações físicas equipamentos e materiais atualizados, bem como a melhor qualificação dos profissionais conseguidas através de novas contratações, treinamentos e capacitações. Contudo uma grande parte desta amostra, ainda considera que o caminho a ser percorrido ainda é longo.

Há muito que ser melhorado na estrutura física antiga predominante no hospital. Entendem no entanto que este processo é lento e as melhorias na estrutura física e equipamentos tem sido constante e crescente.

Ressaltamos que optamos por analisar as variáveis qualificação dos funcionários e treinamento nas tabelas n.º 4.a e 4.b a fim de evitarmos repetições.

Tabela n.º 3.a

Distribuição que representa como o funcionário do Hospital Santa Catarina percebe o produto final (serviço) oferecido pelo seu setor.

Opções:

- 1 3 - Razoável. A falta de recursos materiais, humanos e financeiros faz com que as pessoas (clientes externos) reclamem do serviço prestado
- 3 5 - Bom. A instituição oferece condições para que os serviços sejam aceitos de forma satisfatória por grande parte dos clientes
- 5 7 - Muito Bom. A instituição oferece ótimas condições (equipamentos, materiais, clima organizacional) para que quase todos os clientes sintam-se satisfeitos com os serviços prestados

Período Produto final (Serviço)	Antes de 1991		Atualmente	
	FA	FR	FA	FR
1 3	20	54,1	-	-
3 5	15	40,5	16	43,3
5 7	02	5,4	21	56,7
Total	37	100	37	100

Fonte: Instrumento de coleta de dados elaborado pela pesquisadora - PEPS - UFSC e aplicado ao Hospital Santa Catarina. Blumenau - SC, 1999.

Tabela n.º 3.b

Distribuição que representa como o gerente/supervisor do Hospital Santa Catarina percebe o produto final (serviço) oferecido pelo seu setor.

Produto final (Serviço)	Período	Da Admissão		Atualmente		Total	
		FA	FR	FA	FR	FA	FR
1	3	05	31,3	-	-	05	16,3
3	5	08	50,0	05	31,3	12	40,5
5	7	03	18,7	11	68,7	13	43,2
Total		16	100	16	100	32	100

Fonte: Instrumento de coleta de dados elaborado pela pesquisadora - PEPS - UFSC e aplicado ao Hospital Santa Catarina. Blumenau - SC, 1999.

A amostra de funcionários pesquisados no Hospital Santa Catarina considera que no período de antes de 1991, o produto final (serviço) oferecido pelo seu setor era predominantemente *razoável* (54,1%) faixa 1 3, seguido de *bom* (40,5%) faixa 3 5 e *muito bom* (5,4%) faixa 5 7. Já no período atual a preferência da escolha recaiu sobre a faixa 5 7 (56,7%), sendo o número mais apontado o 06. Em seguida optaram pela faixa 3 5 (43,3%), e o número 05 como mais indicado. A faixa 1 3 não foi citada neste período.

Na amostra de gerentes, no período da admissão, a faixa mais indicada foi de 3 5 (50,0%), seguindo-se a de 1 3 (31,3%) e a de 5 7 (18,7%). Atualmente a faixa predominante foi a de 5 7 (68,7%), seguindo-se a de 3 5 (31,3%). Da mesma forma que os funcionários, não houve indicação neste período para a faixa 1 3.

Comparando-se as duas amostras de forma genérica observa-se que os gerentes no primeiro período indicaram preferentemente a faixa 3 5 na escala, enquanto os funcionários optaram em maior número pela faixa 1 3. Há que se ressaltar que estas diferenças podem estar relacionadas a diferença de período solicitado aos respondentes. Os funcionários da amostra, todos, foram contratados no período antes de 1991, quando as mudanças administrativas ainda estavam começando a ser instituídas. Ao contrário, a grande parte dos gerentes e supervisores foi contratada após este período. Assim, os gerentes e supervisores podem ter indicado uma pontuação um pouco maior, por encontrarem no período da sua admissão condições mais satisfatórias, permitindo oferecer um serviço de melhor qualidade.

Na opinião de Albrecht (1994), se a empresa espera transformar a qualidade do serviço num fenômeno autoperpetuante na organização, deve fechar o círculo com algum sistema de “feedback”. Ou seja, estabelecer um mecanismo de mensuração da qualidade do serviço, que permita tornar os resultados conhecidos não apenas pelos administradores, gerentes, mas também

pelos funcionários. Nas organizações de hoje, não basta ensinar sobre o serviço e esperar que todos façam a coisa certa. A própria organização como um todo é que deve corrigir a si mesma e buscar a qualidade.

Assim Albrecht (1994), considera que um dos pontos de partida para a mensuração do serviço é o boletim de avaliação do cliente. Os atributos do serviço da instituição mais desejáveis para seus clientes, devem se transformar nos marcos para a avaliação e a correção dos produtos do trabalho. Todos os membros da organização desde o mais alto executivo até o funcionário da linha de frente, numa organização voltada para a satisfação do cliente

devem saber quais são estes atributos e por que são importantes. Para a coleta de dados podem ser utilizados vários métodos e o escolhido deverá estar de acordo com o serviço prestado pela organização e o tipo de contato, direto ou não com o cliente. Segundo o mesmo autor, os funcionários da organização também são clientes até certo ponto, fazendo sentido, também levantar suas opiniões a respeito de como percebem a qualidade do serviço.

No Hospital Santa Catarina, os clientes encontram nos quartos de internação um instrumento contendo 09 questões fechadas e 01 questão aberta. Nas questões fechadas o cliente pode escolher entre ótimo, bom, regular ou deixa a desejar, quando avalia a qualidade do atendimento, pela recepção/internação; informações e solicitações; atendimento médico; atendimento de enfermagem diurno; atendimento de enfermagem noturno; serviços como RX, Laboratório, Fisioterapia etc.; limpeza, higiene e conforto; nutrição e alimentação; frigobar. Na questão aberta são solicitados sugestões e comentários, que possibilitam também uma avaliação qualitativa, favorecendo as reflexões/ações que satisfaçam as necessidades do cliente. Estes, são orientados para após responderem o instrumento, depositá-lo em uma urna coletora colocada em local estratégico em cada unidade de internação. A coleta dos instrumentos é feita semanalmente. Os dados são compilados mensalmente. Posteriormente são realizadas tabelas e gráficos correspondentes ao desempenho na qualidade de cada item pesquisado. Ao final de cada ano, os dados estatísticos são comparados, permitindo uma visualização gráfica da evolução dos serviços prestados. Segundo informações do gerente de capacitação e desenvolvimento, os resultados também são comentados em reunião realizada com os demais gerentes e supervisores das Unidades de Negócios. Estes por sua vez repassam as informações aos seus funcionários, que em conjunto devem procurar soluções estratégicas, quando forem identificados problemas.

Ao observarmos as tabelas e gráficos de Evoluções de Serviços segundo os Pacientes do Hospital Santa Catarina referente aos meses entre janeiro e novembro de 1998, verificamos os

conceitos em média atribuído pelos clientes que responderam ao instrumento são os seguintes: Serviço de informações/solicitações: ótimo (69%), bom (28%), regular (2%), deixa a desejar (1%). Serviço de recepção/internação: ótimo (70%), bom (27%), regular (2%), deixa a desejar (1%). Médicos: ótimo (83%), bom (15%), regular (1%), deixa a desejar (1%). Enfermagem diurna: ótimo (77%), bom (20%), regular (2%), deixa a desejar (1%). Enfermagem noturna: ótimo (73%), bom (23%), regular (3%), deixa a desejar (2%). Serviços externos: ótimo (69%), bom (28%), regular (3%), deixa a desejar (1%). Limpeza /

higiene e conforto: ótimo (65%), bom (28%), regular (5%), deixa a desejar (3%). Nutrição e alimentação: ótimo (61%), bom (3%), regular (18%), deixa a desejar (6%).

Consideramos importante, para reforçar os resultados quantitativos, descrever algumas das sugestões e comentários, que foram registrados pelos pacientes, no instrumento fornecido pelo hospital no mês de dezembro de 1998:

- “Caro Sr. Administrador e equipe, após uma semana de estada forçada ao hospital, paradigma de Santa Catarina, permito-me fazer algumas observações com o intuito de talvez contribuir com essa administração: a cama do paciente deveria ser maior, principalmente mais larga. Dava-me pesadelos pensar em cair daquela cama todo entubado. Também o acompanhante merecia uma cama, pois não é fácil dormir uma semana no sofá. O painel de controle é muito alto, impedindo o acesso do controle ao paciente desacompanhado. Isto aumenta a necessidade de pedir auxílio. O vácuo, o ar, oxigênio deveriam estar do lado da cabeceira e não em cima, diminuindo o barulho nos ouvidos dos pacientes, e as possibilidades de acidentes, ao paciente levantar-se. Não se deveria permitir o trabalho de funcionários em estado gripal. Fui exposto a um contato próximo, expondo-me a um resfriado, que para um paciente em tratamento pulmonar, poderia ter tido sérias conseqüências. Esta preocupação, com contágio hospitalar, observei quando fui acompanhante no Hospital do MIT, em Boston, USA. Antes de receber a autorização para acompanhante, fui submetido a um exame de sangue e um rápido exame clínico”.
- “Sugiro que o café chegue ‘quentinho’, pois geralmente chega ‘morninho’. Quanto ao jantar, uma salada leve seria um ótimo substituto, para o chá de mate. No mais nota 10”.
- “Quero cumprimentar toda a equipe médica, clínica e administrativa que demonstraram sempre otimismo, disposição, boa vontade e alto astral, de forma entusiasmada. Peço transmitir a todos, o meu muito obrigado, com a certeza de que não quero vê-los nunca mais, a não ser fora do hospital, que é um orgulho para Blumenau e Santa Catarina. Atendimento nota 10”.

Estas sugestões e comentários realizados pelos clientes são uma fonte riquíssima de informações, uma vez que permite explorar o contexto do serviço, as relações-chave, as situações especiais que surgem, as insatisfações, as necessidades não atendidas, ou até mesmo o “diferencial”, a agregação de valor ao seu produto e facilitando as estratégias de ação para satisfazer os clientes.

Whiteley (1995), no entanto alerta, que ouvir a opinião do cliente significa duas coisas. A primeira é escutar, temos que identificá-lo e então lhe dar ouvidos. A segunda,

mais importante, é agir após escutar. Na sua opinião muitas empresas não deixam que a opinião dos clientes, oriente as decisões que tomam. Este autor considera também que além de ouvir e aceitar sugestões dos clientes atuais, as instituições devem também ouvir o grupo dos clientes potenciais e dos clientes perdidos para a concorrência.

O Hospital Santa Catarina, vem ampliando as suas fontes de informações, de várias formas conforme visto anteriormente junto aos clientes externos. Já com os funcionários ainda não foi implantado um sistema formal e regular como a instituição gostaria. São feitas pesquisas em que o funcionário pode expressar suas idéias, logo após os três meses iniciais da sua contratação, quando dentro do processo seletivo instituído pelo hospital, este passa para a fase de reintegração, ou ainda, quando o mesmo solicita demissão ou é demitido (desligamento). Na fase de reintegração o funcionário avalia: administração do hospital, estrutura administrativa, política interna, execução da função, chefia imediata, relacionamento interpessoal, atendimento aos clientes, estrutura física, material, refeitórios, benefícios, segurança no trabalho. Na entrevista de desligamento, não obrigatória, só responde o funcionário que quer participar e é avaliado: recrutamento e seleção, integração, política salarial, benefícios, refeitório, adaptação ao cargo, condições de trabalho, chefia imediata, chefia de departamento, perspectivas de promoção, relacionamento interpessoal, funcionamento e atendimento do hospital.

Na opinião da psicóloga do departamento de desenvolvimento e capacitação de recursos humanos, apesar da avaliação da instituição por parte dos funcionários ainda ser pequena, e por vezes em momentos não muito propícios (desligamento), tem auxiliado a identificar fatores adversos como também fatores favoráveis.

Concordamos com a psicóloga e com autores como Albrecht (1994) e Whiteley (1995) que as duas fontes de dados, clientes e funcionários, pode auxiliar a empresa a mensurar a qualidade do seu produto final (serviços) pelos atributos a ele conferidos. Desta forma, a empresa

pode conseguir aumentar a sua vantagem competitiva, buscando melhorar os processos e a satisfação dos clientes tanto internos quanto externos.

Por outro lado, em questão aberta formulada aos funcionários, gerentes/supervisores durante a aplicação do instrumento, perguntamos que aspectos considera negativos na instituição. A grande maioria não apontou qualquer aspecto negativo, porque considera que o hospital está crescendo e os problemas são decorrentes

deste processo. Entre os que apontaram aspectos negativos, destacamos: a estrutura física antiga de algumas unidades de internação, com ambientes pequenos, apertados, falta de banheiros nas enfermarias, falta de canalização central de oxigênio e ar comprimido,

exigindo a utilização dos antigos torpedos. Os funcionários/gerentes alegam que com o aumento do número e diversificação dos serviços, os espaços em determinadas áreas está extremamente reduzido e as reformas são lentas, dificultando o processo de trabalho. Referem também que a alta rotatividade dos pacientes (estão ficando menor tempo internados), aumenta também o volume de serviço/por tempo reduzido (maior número de desinfecção da área física e mobiliário, por exemplo). Com relação ao serviço de nutrição, apesar de aprovarem as reformas no refeitório, consideram que o cardápio precisa ser mais variado, a comida ter mais sabor. Na lavanderia foi citado máquinas em número reduzido e desatualizadas, bem como a ausência de barreira, separando a área limpa e suja, devido a estrutura física antiga, porém prestes a entrar em reforma. Outro fator que tem dificultado o processo de trabalho é o número reduzido de funcionários no período noturno, muito embora o quadro já tenha sido ampliado com a contratação de funcionários curingas, que atuam nas diversas unidades, conforme a necessidade. Foram citados outros aspectos, que utilizaremos nas análises de tabelas posteriores.

Finalmente ao analisarmos de forma comparativa e genérica os resultados obtidos com a amostra de funcionários e gerentes/supervisores, com os resultados obtidos junto aos clientes, pelo Hospital Santa Catarina parece haver concordância que no período atual o produto final (serviço) oferecido de um modo geral, é avaliado como sendo de qualidade muito boa.

No entanto fica claro, que há opiniões divergentes, por vezes contingenciais, variando de acordo com o tipo de cliente externo e interno e experiências por ele vivenciadas. Assim, entendemos, que as avaliações realizadas pela instituição, não podem ser esporádicas, mas constantes, permitindo a melhoria contínua, a sobrevivência e a competitividade no mercado.

Tabela n.º 4.a

Distribuição que representa com que intensidade o funcionário do Hospital Santa Catarina percebe que o seu trabalho é completo, tem começo ou fim, ou trata-se de uma pequena parte do todo, que é terminado por outras pessoas ou máquinas.

Opções:

- 1 3 - O trabalho é apenas um pedaço de outros trabalhos. Os resultados do meu trabalho não podem ser vistos, como no produto final ou serviço
- 3 5 - O trabalho é uma parte moderada do total. Dá para perceber minhas contribuições no produto ou serviço final
- 5 7 - O trabalho envolve toda a tarefa do princípio ao fim. Os resultados do meu trabalho podem ser percebidos facilmente no produto final ou serviço

Período	Antes de 1991		Atualmente	
	FA	FR	FA	FR
1 3	14	37,9	03	8,1
3 5	14	37,9	14	37,9
5 7	09	24,2	20	54,0
Total	37	100	37	100

Fonte: Instrumento de coleta de dados elaborado pela pesquisadora - PEPS - UFSC e aplicado ao Hospital Santa Catarina. Blumenau - SC, 1999.

Tabela n.º 4.b

Distribuição que representa com que intensidade o gerente/supervisor do Hospital Santa Catarina percebe que o seu trabalho é completo, tem começo ou fim, ou trata-se de uma pequena parte do todo, que é terminado por outras pessoas ou máquinas.

Período	Da Admissão		Atualmente	
	FA	FR	FA	FR
Processo Fracionado/integral				

1	3	03	18,7	01	6,3
3	5	11	68,7	05	31,2
5	7	02	12,6	10	62,5
Total		16	100	16	100

Fonte: Instrumento de coleta de dados elaborado pela pesquisadora - PEPS - UFSC e aplicado ao Hospital Santa Catarina. Blumenau - SC, 1999.

A tabela n.º 4.a, demonstra que no período anterior a 1991, a amostra de funcionários pesquisados optou em percentuais iguais (37,9%) pelas faixas 1 3, em que o trabalho é apenas um pedaço de outros trabalhos...), e 3 5 (onde o trabalho é

uma parte moderada do total...). Os demais neste período, escolheram a faixa 5 7 (24,2%) em que o trabalho envolve toda a tarefa do princípio ao fim. Atualmente, houve predominância da faixa 5 7 (54,0%), seguida de 3 5 (37,9%) e de 1 3 (8,1%).

Já na amostra dos gerentes/supervisores, no período em que foram admitidos, a preferência recaiu sobre a faixa 3 5 (68,7%), seguida da faixa 1 3 (18,7%) e da faixa 5 7 (12,6%). No período atual predominou a faixa 5 7 (62,5%), e na seqüência, 3 5 (31,2%) e 1 3 (6,3%).

De acordo com Fialho e Santos (1997), desde o início da sociedade humana, aparece uma divisão evidente entre os diferentes indivíduos que participam da realização de um trabalho coletivo. A princípio, de uma maneira instável, mas na medida do progresso técnico, esta divisão se torna cada vez mais estável: certos homens tem funções de organizar e outros de executar “o trabalho”. A generalização do pensamento racionalista que acompanha essa industrialização, determina a atitude, em relação a técnica e ao saber. Entre os estudos realizados sobre o assunto, destaca-se a do engenheiro Frederick W. Taylor. Segundo Chiavenato (1983) a forma de organização de trabalho preconizada por Taylor, transformou os paradigmas da produção existentes até então. Uma das principais características da organização taylorista de trabalho é justamente a divisão de trabalho e especialização do operário.

Para ele, a organização deve caracterizar-se por uma divisão de trabalho claramente definida. Quanto mais um trabalho puder ser fragmentado em partes componentes mais simples, maior será a capacidade do operário para realizar o seu trabalho específico. O pessoal deve ser especializado em suas tarefas, as quais devem ser as mais simples possíveis. O princípio básico é que cada cargo, deve conter um número limitado de tarefas inter-relacionadas, obtendo-se o

produto final, com a junção de esforços proveniente das tarefas de cada trabalhador. Cada tarefa exige habilidades similares e em períodos de tempo que permitam controlar e comparar os resultados, com determinados padrões de produção preestabelecidos. Para cada tarefa, há um método (padrão) apropriado, pois cargos e tarefas são concebidos para uma execução automatizada por parte do operário. Ele deve fazer, e não pensar ou decidir (Fialho e Santos, 1997).

A supervisão funcional proposta por Taylor, não deixa de ser também a aplicação da divisão de trabalho e da especialização ao nível de chefes e supervisores, pois consiste na existência de vários supervisores, cada um especializado numa determinada área, com

autoridade sobre seus subordinados, porém somente em relação a sua especialidade, sendo portanto, relativa e parcial.

Os princípios da organização taylorista, no entanto, começaram a ser questionados, à partir de manifestações de rejeição por parte dos trabalhadores em todo o mundo, traduzidos através de absenteísmo, desmotivação para o trabalho, greves, entre outras.

Com o surgimento da Teoria dos Sistemas, à partir da segunda metade deste século elaborada pelo biólogo alemão Ludwig Von Bertalanffy é que se abrem novas perspectivas para o desenvolvimento das organizações. Estas passaram a ser estudadas como um sistema aberto, interagindo constantemente com o meio ambiente em que está inserida, constituindo-se em subsistemas que por sua vez interagem interna externamente. Assim, passa-se a valorizar a inter-relação e interdependência entre os vários postos de trabalho de um sistema de produção. Os gerentes, em qualquer nível hierárquico, desenvolvem um papel regulador ao longo da hierarquia (asseguram a compatibilidade entre as expectativas dos superiores e inferiores hierárquicos).

Wisner, citado por Fialho e Santos (1997) considera fundamental para as organizações estabelecer como princípio, a participação global do organismo humano no desenvolvimento das suas atividades. Wisner, estabeleceu o *Princípio da globalidade*, onde o homem em atividade de trabalho deve ser considerado simultaneamente como um *sistema de recepção* e de *tratamento de informações* (atividades mentais de trabalho) e como um *sistema de transformação de energia* (atividades motoras de trabalho). Este princípio baseia-se numa abordagem holística dos comportamentos do homem, que em atividade de trabalho, exerce ao mesmo tempo estas diferenças funções que são indissociáveis.

Por outro lado, não podem ser esquecidas as diferenças inter e intra-individuais. Em uma organização as exigências de uma determinada atividade estão relacionadas às características psicológicas e fisiológicas dos indivíduos. Uma mesma tarefa pode ser, relativamente, bem concebida para um indivíduo e totalmente inadaptada para outro, tendo em vista as suas diferenças de personalidade, conhecimento, qualificação, experiência, motivação etc. Assim, as organizações que pretendem alcançar um certo nível de produção com a garantia de um certo padrão de qualidade, devem procurar não apenas conhecer e se preocupar com o ambiente externo, mas também com o interno, principalmente com as pessoas que são responsáveis pela sua produção.

Consideramos relevante, para analisarmos estas tabelas, refletirmos sobre o exposto acima, pois percebemos durante as entrevistas que os trabalhadores que fizeram parte do estudo demonstraram sentir-se mais satisfeitos com seu trabalho, quando conseguem

identificar a sua importância no produto final (serviço) oferecido pela instituição, bem como são oferecidas as condições necessárias para desenvolver suas tarefas. O Hospital Santa Catarina, classificada na tipologia de Mintzberg, como uma organização profissional, de grande complexidade e que produz multiprodutos, é caracterizado também por uma diversidade grande de processos. Alguns tipos de serviços oferecidos envolvem um número grande de tarefas e atividades, as quais requerem um conhecimento específico, não podendo ser desenvolvido em sua totalidade por uma única pessoa. Uma situação exemplo, como é o caso de uma pessoa infartada, pode explicitar melhor. Ao chegar no hospital, esse cliente necessita de uma série de cuidados, que devem ser realizados simultaneamente e de forma rápida, sincronizada para salvar a sua vida. Cada profissional executa as suas tarefas, mas é a junção dos esforços de cada um, que pode melhorar o estado do paciente. Ele depende de um trabalho em equipe, em que todos são importantes, a falha de um dos atores, pode prejudicar o resultado final, levando o cliente até o óbito. Quando o funcionário realiza tarefas deste tipo, ou seja atividades fracionadas que fazem parte de um todo, mas que é fácil perceber a importância da sua parte no produto final, parecem sentir-se mais satisfeitos com o seu trabalho, especialmente, por estar envolvidos aspectos essenciais, como a vida das pessoas.

Por outro lado, existem serviços, que também necessitam de uma série de tarefas, executadas por diferentes atores, mas que são rotineiras, não permitem a utilização da criatividade, são muitas vezes monótonos e o funcionário não consegue perceber a importância do seu trabalho no produto ou serviço final. Um exemplo pode ser a lavanderia, há pessoa responsáveis pela

separação, lavagem, centrifugação; outras manuseiam exclusivamente as calandras, máquina utilizada na secagem e passagem das roupas; há também os responsáveis pela manutenção, conserto das roupas. São atividades e tarefas que a princípio parecem simples, mas quando não executadas corretamente, podem trazer graves conseqüências a qualidade do produto.

Desta forma, entendemos através do presente estudo que a percepção do funcionário, gerente/supervisores em relação a divisão de trabalho, envolve uma série de fatores. Entre os mais citados encontram-se o reconhecimento público por parte das chefias, o ambiente físico agradável; os equipamentos adequados em número e atualização; a chance de participar de treinamentos e atualizações; conhecer a missão e objetivos do hospital; receber elogios também foi bastante enfatizado. Relacionando os dados coletados com a amostra pesquisada, percebe-se que a produtividade do trabalhador não envolve apenas o

estabelecimento de padrões de desempenho, ou técnicas para o uso de forma econômica do tempo, equipamento, material e recursos humanos. Mas sim, o conceito de relações humanas da organização em que todo o seu pessoal, deve poder participar do processo de aperfeiçoamento do método de trabalho, cada um dentro da sua habilidade, e num clima de trabalho em grupo. É importante que todos tenham acesso a treinamentos e informações que os possibilite reconhecer oportunidades de melhoria e satisfação no trabalho.

6.3. Dados sobre a qualidade de vida no trabalho (Tabelas 5 à 8)

Tabela n.º 5.a

Distribuição que representa como o funcionário do Hospital Santa Catarina percebe o grau de segurança na realização do seu trabalho.

Opções:

- 1 3 - Sem muita segurança. Não existe CIPA, equipamentos de segurança e treinamentos específicos
- 3 5 - Boa segurança. A CIPA realiza campanhas esporádicas (de vez em quando), para atividades de maior risco, existem equipamentos de segurança e treinamentos específicos
- 5 7 - Total segurança. A CIPA é bastante atuante, cada setor possui mapa de riscos, são realizados treinamentos e colocados a disposição os equipamentos de proteção necessários a cada serviço

Período	Antes de 1991		Atualmente	
	FA	FR	FA	FR
Segurança no				

Trabalho					
1	3	21	56,7	01	2,8
3	5	15	40,5	08	21,6
5	7	01	2,8	28	75,6
Total		37	100	37	100

Fonte: Instrumento de coleta de dados elaborado pela pesquisadora - PEPS - UFSC e aplicado ao Hospital Santa Catarina. Blumenau - SC, 1999.

Tabela n.º 5.b

Distribuição que representa como o gerente/supervisor do Hospital Santa Catarina percebe o grau de segurança na realização do seu trabalho.

Segurança no Trabalho	Período	Da Admissão		Atualmente	
		FA	FR	FA	FR
1	3	05	31,2	-	-
3	5	05	31,2	-	-
5	7	06	37,6	16	100,0
Total		16	100	16	100

Fonte: Instrumento de coleta de dados elaborado pela pesquisadora - PEPS - UFSC e aplicado ao Hospital Santa Catarina. Blumenau - SC, 1999.

A tabela n.º 5.a, demonstra que a amostra de funcionários do Hospital Santa Catarina pesquisada, considera no período antes de 1991 que o seu trabalho era realizado sem muita segurança, faixa 1 3 (56,7%) ou com boa segurança, faixa 3 5 (40,5%); apenas 2,8% neste período percebiam total segurança, faixa 5 7. No período atual a situação parece se inverter, ou seja, 75,6% referiram total segurança (faixa 5 7), ou boa segurança (21,6%); apenas 2,8% neste período consideraram sem muita segurança.

A tabela n.º 5.b, apresenta resultados diferentes da tabela 06 a, com relação ao primeiro período pesquisado, provavelmente devido a maioria da amostra ter sido contratada mais recentemente. Assim no período de admissão, os valores estão distribuídos de forma quase homogênea, de acordo com maior ou menor tempo de serviço. Na faixa de 1 3 e 3 5 os percentuais foram iguais, 31,2% e na faixa 5 7 de 37,6%. No período atual, houve unanimidade nas respostas da amostra de gerentes/supervisores pesquisada. Todos, 100% optaram pela faixa 5 7, sendo predominante o número 07, o que parece demonstrar que estão bastante satisfeitos com o grau de segurança oferecido pelo Hospital Santa Catarina.

Confirmam estes resultados, as mudanças positivas apontadas pelos funcionários, gerentes/supervisores, entre elas destacamos aqui a preocupação com equipamentos de segurança específicos para cada setor; SCIH (serviço de controle de infecção hospitalar) e CIPA (comissão interna de prevenção de acidentes) bastante atuante; colocação e divulgação do mapa de riscos em cada setor, pela CIPA; formação de uma brigada de incêndio, para preveni-los, e não apagá-los (segundo o funcionário, para apagar incêndio existem os bombeiros); serviços de apoio oferecido à noite (limpeza, farmácia, nutrição,

serviços gerais); plantão administrativo nos finais de semana e feriados; comissão de curativos; treinamentos freqüentes realizados pela CIPA; manutenção preventiva de materiais e equipamentos; troca de equipamentos obsoletos por outros mais modernos e seguros, entre outros.

Gonçalves (1987, p.111) considera que é a partir da qualidade do produto, que se chega ao exame de qualidade de vida no trabalho; com o objetivo de melhorar o desempenho das pessoas que trabalham e vivem na organização. O ambiente em que o produto é obtido, é aquele em que o trabalhador opera. A qualidade de vida é o reflexo do ambiente de trabalho. Qualidade de vida é um conjunto que envolve aspectos físicos, sociais, psicológicos e afetivos; os quais incorporam-se ao processo de produção. Isto se torna ainda mais evidente, quando o produto está fortemente sujeito a variações, como é o caso dos serviços. Assim, o exame da qualidade de vida no trabalho, também pode servir como um dos indicadores da qualidade do produto.

Walton (1973) vê estas questões como centrais para a pesquisa da qualidade de vida no trabalho, e estabelece oito “categorias conceituais”, no intuito de fornecer uma estrutura para analisar as suas características: compensação justa e adequada, condições de Segurança e Saúde no Trabalho, uso e desenvolvimento de capacidades, oportunidade futura de crescimento contínuo e segurança, integração social na organização de trabalho, constitucionalismo nas organizações de trabalho, o trabalho e o espaço total da vida, relevância social da vida no trabalho.

As empresas que não levam estes aspectos em consideração, podem levar a insatisfação dos trabalhadores, operando custos mais altos, na medida em que os mesmos podem causar danos à equipamentos, perdas deliberadas de material, acidentes de trabalho. No caso das instituições de saúde, anda pode implicar em atendimento precário aos clientes, com prejuízos para o desempenho da organização e o sacrifício da sua imagem.

As tabelas n.º 5.a e 5.b, revelam como as amostra pesquisadas percebem o grau de segurança na realização do seu trabalho. De modo genérico as respostas parecem indicar que a grande maioria considera, que as mudanças positivas citadas anteriormente, melhoraram muito as condições de segurança no trabalho em relação ao período anterior a 1991.

Estes resultados parecem corroborar, com o diagnóstico da situação feito em 1990 no Hospital Santa Catarina. Segundo o relato do Administrador: “o hospital encontrava-se em situação calamitosa, especialmente a estrutura física, rede elétrica, hidráulica, equipamentos sucateados”. À partir do plano diretor delinear-se 03 metas prioritárias:

estrutura física, tecnologia e recursos humanos, já demonstrando, segundo ele a preocupação com a qualidade dos serviços. Desta forma, assim como descrito pela amostra pesquisada e o administrador, as mudanças foram acontecendo simultaneamente na parte administrativa (novo organograma, descrição de funções) e na estrutura física, visando mudar o conceito de precariedade. Tudo isto no entanto de forma gradativa (incremental), de acordo com os recursos disponíveis.

De início, os recursos provinham também da comunidade, pois em agosto de 1990, quando assumiu o novo administrador, o hospital faturava 250.000 dólares, e em maio de 1998 (data em que falou a este respeito) faturou 1.200.000 mil dólares. Desde 1993, o hospital é autosustentável, conforme descrito na sua missão: “Ser um centro de excelência, promovendo a melhor medicina, e a satisfação dos clientes, através de uma estrutura auto-sustentável”.

O administrador faz questão de ressaltar que quando é citado, na missão, a satisfação do cliente, inclui-se também os clientes internos. Na opinião da enfermeira gerente de enfermagem, as pessoas não trabalham sozinhas, especialmente na área da saúde: “não adianta uma pessoa tocando órgão, tem que ter uma orquestra, em que todos tocam em harmonia”. Para ela, o hospital se preocupa em oferecer as condições mínimas de segurança ao trabalhador e a clientela externa. Para isto existe o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e a CIPA, que obedecem rigorosamente as determinações da lei n.º 6.514, de 22 de dezembro de 1977, que altera o capítulo V, do Título II da Consolidação das Leis de Trabalho, relativo à Segurança e Medicina do Trabalho. Dentre as normas estabelecidas destacamos a obrigatoriedade: na Seção III, art. 163, a Constituição da CIPA; Seção IV, art. 166, fornecimento gratuito aos funcionários de equipamento de proteção individual adequado ao risco de acidentes e danos à sua saúde; Seção V, art. 168, exame médico por conta do empregador na admissão, na demissão e periodicamente; Seção VI, art. 170, as edificações deverão obedecer aos requisitos técnicos que garantam perfeita segurança aos que nela trabalham relativas a: iluminação, conforto térmico, compatíveis com a natureza do trabalho, os pisos devem ser antiderrapantes, sem saliências ou depressões, que prejudiquem a circulação das pessoas ou a movimentação de materiais; Seção IX, art. 179, as instalações elétricas devem apresentar segurança em qualquer das fases de produção, transmissão, distribuição ou consumo de energia; Seção X, art. 182, precaução de segurança na movimentação e armazenamento de materiais no local de trabalho; Seção XI, as máquinas e equipamentos, deverão ser manuseadas com equipamentos de proteção e segurança, bem como sofrer manutenção constante; Seção XII, art. 187, as caldeiras, equipamentos e

recipientes em geral que operam sob pressão, deverão dispor de válvulas e outros dispositivos de segurança, compatível com a sua resistência; Seção XIII, art. 192, o exercício de trabalho em condições insalubres, acima dos limites de tolerância estabelecidos pelo Ministério do Trabalho, assegura a percepção de adicional respectivamente de 40%, 20% e 10% do salário mínimo da região, segundo se classifiquem nos graus máximo, médio e mínimo. Citamos aqui apenas alguns dos artigos desta lei, que consideramos pertinente ao caso de empresas hospitalares.

No Hospital Santa Catarina, segundo informações da amostra pesquisada, a CIPA já existia antes de 1991, porém somente após as mudanças ocorridas na administração e a melhoria dos recursos econômicos, físicos, materiais e humanos advindos com a alta tecnologia dos recursos humanos e materiais das unidades terceirizadas, do *benchmarking* realizado em outras instituições de referência e o planejamento estratégico direcionando o alcance das metas é que esta vem realmente desempenhando o seu papel, através de um programa formalizado de prevenção de riscos ambientais.

Outro fator que também parece ter contribuído, para a melhoria das condições de segurança no Hospital Santa Catarina, foi a instituição em outubro de 1996 da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, composta pela enfermeira do SCIH, representantes das gerências, representante do laboratório (terceirizado), administrador, sob a direção do médico coordenador do SCIH. Este órgão deliberativo subordinado ao administrador tem por finalidade definir as diretrizes para ação de controle de infecções hospitalares, manter o programa de Controle de Infecções Hospitalares, divulgar a situação do controle das infecções hospitalares para a comunidade hospitalar.

Em conversa com a enfermeira da SCIH, obtivemos informações à respeito da atuação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. Resumindo, as atividades são o estabelecimento de rotinas de controle de infecção hospitalar em rede on line, com acesso a todos os setores do hospital (rotinas de trocas de curativo; rotinas dos serviços terceirizados como Centromed - limpeza e desinfecção de traquéias, máscaras de nebulização, fibroscópio, rotinas do centro cirúrgico, realizadas em conjunto com a enfermeira supervisora do setor, rotinas de cirurgias cardíacas, higienização, rotinas central de material, entre outras); padronizações: (germicidas, desinfetantes, antissépticos, alguns tipos de medicamentos, curativos de cirurgias cardíacas com hidrocolóide); colocação de resumo das rotinas de higienização em todos os expurgos; colocação de mapa de riscos em todos os setores; comissão de curativos; isolamento protetor; reforma no

centro cirúrgico em andamento, com central de material, autoclave de barreira, divisão de área suja e limpa;

descoberta através das pesquisas de controle e dados estatísticos de um surto de *estafilococcus* multiresistente em funcionários do centro cirúrgico, que estavam provocando infecção hospitalar, (resolvido após o uso de antibióticoterapia); está em implementação um programa de busca de casos de infecção hospitalar após a alta do cliente, por telefone (03 pesquisas). Os dados estatísticos resultantes do controle sistemático realizado pela comissão, são analisados mensalmente, através de boletim que fornece os indicadores necessários a esta avaliação, sendo posteriormente divulgadas a todos os setores, inclusive às unidades terceirizadas que atuam em conjunto com a SCIH. Estes indicadores estão descritos no capítulo 5, quando citamos os indicadores de qualidade do Hospital em estudo.

Os indicadores tem-se constituído num mecanismo que permite mostrar onde está o problema e a sua dimensão, à partir da qual é possível se buscar a solução dos problemas. Além disso pode servir como um instrumento de verificação do que as pessoas estão fazendo, tornando-se essenciais para um bom gerenciamento, pois quem não mede, não conhece, também não consegue gerenciar.

Acreditamos portanto ser de suma importância para o hospital o controle desses fatores que podem provocar variações no processo e conseqüentemente no produto/serviço, pois é responsabilidade do hospital, proteger seus funcionários do contágio por infecções de pacientes, assim como também é de responsabilidade prevenir que os pacientes sejam contaminados pelos funcionários (Davis, 1994). A mensuração desses dados pode ser considerada ao mesmo tempo como um sistema de prevenção, bem como um instrumento de avaliação e retroalimentação, com informações preciosas tanto para um benchmarking como para o planejamento estratégico subsequente.

Possuir fatos e dados relativos a segurança dos trabalhadores facilita no momento de se obter melhores condições de trabalho, de produzir efeitos de motivação e mobilização em torno de ações de melhorias dos processos/produtos.

Tabela n.º 6.a

Distribuição que representa em que medida o funcionário do Hospital Santa Catarina considera o pagamento (salário) e benefícios recebidos. Opções:

- 1 3 - Insatisfatório: está abaixo da média de mercado
 3 5 - Satisfatório: está na média de mercado
 5 7 - Bastante satisfatória, acima da média de mercado com introdução de participação nos lucros

Período		Antes de 1991		Atualmente	
		FA	FR	FA	FR
1	3	15	40,5	07	18,9
3	5	21	56,7	21	56,7
5	7	01	2,8	09	24,4
Total		37	100	37	100

Fonte: Instrumento de coleta de dados elaborado pela pesquisadora - PEPS - UFSC e aplicado ao Hospital Santa Catarina. Blumenau - SC, 1999.

Tabela n.º 6.b

Distribuição que representa em que medida o gerente/supervisor do Hospital Santa Catarina considera o pagamento (salário) e benefícios recebidos.

Período		Da Admissão		Atualmente	
		FA	FR	FA	FR
1	3	02	12,5	01	6,2
3	5	14	87,5	09	56,3
5	7	-	-	06	37,5
Total		16	100	16	100

Fonte: Instrumento de coleta de dados elaborado pela pesquisadora - PEPS - UFSC e aplicado ao Hospital Santa Catarina. Blumenau - SC, 1999.

A tabela n.º 6.a, demonstra que no período anterior a 1991 a amostra de funcionários pesquisados optou preferentemente pela faixa 3 5 em que considera o salário e benefícios recebidos como satisfatório (56,7%), seguido da faixa 1 3; salário e benefícios insatisfatórios (40,5%); escolheram a faixa 5 7 apenas 2,8% da amostra. No período atual ainda continuou predominando a faixa 3 5, com percentual igual ao período anterior a 1991 (56,7%), seguido da faixa 5 7 (24,4%) e da faixa 1 3 (18,9%).

A tabela n.º 6.b, demonstra que a amostra de gerentes/supervisores também escolheu a faixa 3 5 (87,5%) no período em que foi admitido, seguido da faixa 1 3 (12,5%); não houve escolha da faixa 5 7 neste período. Atualmente, a preferência também foi sobre a faixa 3 5 (56,3%), seguida de 5 7 (37,5%) e da faixa 1 3 (6,2%).

Comparando os resultados das duas tabelas, podemos inferir que com relação aos salários e benefícios, na opinião da amostra, não houve grandes mudanças; a maioria considera que os benefícios e salários continuam satisfatórios, ou seja estão na média de mercado.

Quanto a compensação financeira, embora grande parte da amostra desejaria que pudesse estar melhor, não responsabiliza unicamente o hospital, mas a dificuldade econômica pela qual passa o país. Muitos demonstram dúvidas, não sabem se preferem o período de inflação, em que tudo subia de preço, mas os salários também eram aumentados constantemente; ou o período atual, em que parece não haver inflação, e os salários continuam os mesmos. Alguns afirmam que hoje trabalham mais, são cada vez mais exigidos, e cobrados e ganham menos. Outros, apesar de não estarem totalmente satisfeitos com o salário, reconhecem que foram acrescidos alguns benefícios tais como oportunidade de capacitação, convênio médico, refeitório, participação nos lucros entre outros. Os relatos transcritos abaixo, deixam transparecer o exposto acima:

- “O hospital se preocupa em pagar um salário de acordo com o mercado, mas não consegue atender as necessidades de todo mundo. Os salários não são só responsabilidade do hospital, mas da comunidade, do estado...”, não dá mais para ser paternalista... tem que pensar na sobrevivência dele”.
- “Antes a agente tinha inflação, mas o salário também subia, e parece que podíamos comprar mais coisas..., ter uma vida melhor”, o mercado oferece hoje mais coisas para consumir”.
- “Hoje o hospital exige muito, porque os pacientes também são diferentes (particulares e convênios), o paciente sempre tem razão, mesmo que a gente tenha razão o hospital não reconhece... As coisas mudaram, mas o salário não”.
- “O salário não é dos piores, se compararmos com outros lugares, e temos também convênio médico e oportunidade de fazer cursos de atualização...”.
- “Antes a gente recebia gratificações, chances de subir de salário; agora só se fizer um curso superior e mudar de cargo...” senão tem que se contentar com os quinquênios... Os

argumentos apresentados pela amostra corroboram com a idéia de Walton (1973, p.12), quando afirma que a compensação recebida pelo trabalho realizado “é um conceito relativo, não um simples consenso sobre os padrões objetivos e subjetivos para julgar a adequação da compensação”.

O último argumento, parece deixar claro a desmotivação, que pode se refletir na qualidade dos serviços prestados. O fato de não ter mais degraus a galgar financeiramente, a não ser os aumentos repassados pelo governo federal, pode gerar um comodismo por parte do funcionário.

Neste sentido, Davis (1992) recomenda que a empresa estabeleça hierarquia de cargos e critérios para ascensão vertical, horizontal e oblíqua (alteração de carreira). Considera fundamental para a motivação do funcionário, a criação de uma carreira “Y”, possibilitando uma ascensão salarial, sem que o mesmo assuma obrigatoriamente um cargo de chefia. Para tanto indica como sendo imprescindível a “avaliação de desempenho por resultados a intervalos regulares”, acompanhado do perfil profissiográfico. Para ele, esta avaliação fornece o potencial de crescimento de cada funcionário e possibilita o diálogo de forma franca, sincera e registrado, além de favorecer outras formas de crescimento salarial, que motivam satisfação do cliente interno.

Segundo o gerente de capacitação e desenvolvimento do Hospital Santa Catarina, “não existe uma avaliação sistemática formal de desempenho do funcionário. No entanto temos o controle estatístico de desempenho: sabemos quanto é gasto em horas extras/mês; o tanto que a folha de pagamento representa sobre o faturamento. Não podemos gastar 50 ou 60% com isso, porque não sobra para investir nas melhorias. Tudo é controlado, quanto gastamos com salários, horas extras, o índice de absenteísmo. Temos uma assessoria jurídica. Os registros em carteira são rigorosos, assim como as férias. Existe o compromisso ético de trabalhar de forma transparente, cumprindo rigorosamente a lei, não queremos no entanto afirmar que fizemos tudo certo, mas buscamos o que é certo na medida do possível. A jornada de trabalho segue a convenção coletiva. Procuramos informar aos nossos colaboradores os direitos e deveres de cada um. Buscamos uma relação adequada com o sindicato da classe, respeitamos as suas reivindicações, mas também o criticamos quando necessário”.

O administrador do hospital, concorda que existem diferentes elementos comportamentais, que não podem ser ignorados, mas o hospital realiza comparações (*benchmarking*) com outras instituições e considera que de forma geral, os salários estão

compatíveis com o mercado de trabalho, estando em algumas situações acima da média. Para ele, muitas vezes os funcionários não consideram os benefícios oferecidos pela instituição. O hospital, de acordo com o seu Planejamento Estratégico tem investido muito na capacitação dos colaboradores, planos de assistência médica, alimentação; em dezembro de 1998, foram distribuídos cestas básicas a cada funcionário, bem como uma participação nos lucros do hospital. Estranhamente, este último durante as entrevistas não foi muito citado, como seria de se esperar.

Analisando o contexto que se apresenta, parece-nos que a falta de uma política clara no hospital, que possibilite ao trabalhador entender que a sua compensação advém não apenas do salário, mas de outros benefícios como ambiente de trabalho favorável, que evite doenças ocupacionais; exames médicos periódicos que facilitam a prevenção de agravos à saúde; plano de saúde que o proteja de gastos imprevisíveis com consultas médicas, exames laboratoriais e internações; treinamentos e capacitações que promovam mais segurança e qualidade no seu trabalho, entre outros; tem gerado nos trabalhadores dúvida quanto a uma remuneração justa pelo seu trabalho sendo freqüente o questionamento: - o que a gente ganha com isso?

Nesse sentido, Fernandes e Gutierrez (1988) afirmam que a empresa entendendo que o empregado deve ser visto como ser humano, com necessidades econômicas, e também de ordem social e psicológica, demonstra antes de tudo uma inteligente atitude empresarial. As organizações hoje devido ao contexto sócio-político-econômico, precisam conviver com uma classe trabalhadora em evolução, que da mesma forma que os clientes externos, apresenta novas características, incluindo nível de informação mais elevado, maior consciência social de sua importância, desejos de participação mais elevados nas decisões que afetam, apoiada por um sindicalismo mais atuante, sem deixar de destacar os efeitos da nova Constituição em termos de avanços sociais.

Tabela n.º 7.a

Distribuição que representa como o funcionário do Hospital Santa Catarina percebe as possibilidades de crescimento pessoal e de desenvolvimento na realização do seu trabalho.

Opções:

- 1 3 - Praticamente inexistentes. Não existe plano de cargos e salários, não ocorrem treinamentos ou capacitações. A instituição apresenta problemas financeiros
- 3 5 - Há possibilidades de crescimento porque se percebe boas perspectivas no futuro da instituição. Estão iniciando cursos de capacitação e treinamentos
- 5 7 - Há ótimas chances de crescimento. A empresa vem desenvolvendo um programa gradativo de melhoria contínua e estão investindo na qualificação dos trabalhadores através de cursos e treinamentos. Nos mais diversos setores. Há plano de cargos e salários instituído

Período		Antes de 1991		Atualmente	
		FA	FR	FA	FR
Crescimento pessoal e desenvolvimento	1 3	14	37,8	06	16,2
	3 5	21	56,7	11	29,7
	5 7	02	5,4	20	54,1
	Total	37	100	37	100

Fonte: Instrumento de coleta de dados elaborado pela pesquisadora - PEPS - UFSC e aplicado ao Hospital Santa Catarina. Blumenau - SC, 1999.

Tabela n.º 7.b

Distribuição que representa como o gerente/supervisor do Hospital Santa Catarina percebe as possibilidades de crescimento pessoal e de desenvolvimento na realização do seu trabalho.

Período		Da Admissão		Atualmente	
		FA	FR	FA	FR
Crescimento pessoal e desenvolvimento	1 3	03	18,8	-	-
	3 5	09	56,2	01	6,2
	5 7	04	25,0	15	93,8
	Total	16	100	16	100

Fonte: Instrumento de coleta de dados elaborado pela pesquisadora - PEPS - UFSC e aplicado ao Hospital Santa Catarina. Blumenau - SC, 1999.

A tabela n.º 7.a, revela que a amostra de funcionários considera preferencialmente no período anterior a 1991, que há possibilidade de crescimento pessoal e desenvolvimento na empresa, faixa 3-5 (56,7%), seguida de que as possibilidades de crescimento são praticamente inexistentes (37,8%) na faixa 1-3. Neste período apenas 5,4% consideraram a faixa 5-7, em que há ótimas chances de crescimento e desenvolvimento. Já atualmente há predominância na faixa 5-7 (54,1%), seguida da faixa 3-5 (29,7%) e da faixa 1-3 (16,2%).

A tabela n.º 7.b, demonstra que no período da admissão, os gerentes/supervisores concordam com a amostra dos funcionários, escolhendo em maior número, a faixa 3-5 (56,2%), seguido da faixa 5-7 (25,0%) e da faixa 1-3 (18,8%). Já no período atual, esta amostra apresenta quase que uma unanimidade para a faixa 5-7 (93,8%), seguida da faixa 3-5 (6,2%). A faixa 1-3, não foi citada neste período.

Comparando-se os resultados obtidos nas duas tabelas, percebe-se que as possibilidades de crescimento e desenvolvimento aumentaram na opinião das amostras. No entanto há que se ressaltar que concordam que há um programa de melhoria contínua e investimentos na qualificação dos trabalhadores através de cursos e treinamentos nos mais diferentes setores, porém discordam no que se refere ao plano de cargos e salários, conforme enfocado na análise da tabela anterior.

Quanto a melhora na qualificação dos trabalhadores através de investimentos em cursos e treinamentos oferecidos pela instituição, há praticamente uma unanimidade na amostra. Apenas 02 funcionários informaram não lembrar a respeito deste benefício oferecido pelo hospital. Por outro lado foram bastante enfatizados os cursos e palestras realizados sobre: implantação dos 5 S, relações humanas; prevenção de acidentes pela CIPA, informática, curativos, limpeza e higiene entre outros. No nível gerencial/supervisores foi também citado o auxílio de 50% nos cursos de pós-graduação nas áreas de interesse, bem como a atualização através de congressos, jornadas, *benchmarking* entre outros.

Möller (1995) em artigo da Folha Management, publicação da Folha de São Paulo (18/09/95) critica as empresas em que a atenção é sempre dedicada ao desempenho gerencial: como se comportam, qual o estilo que adotam, o que devem fazer para motivar o seu pessoal, como podem delegar poder aos seus funcionários, entre outros. Nestas organizações, a visão geral é de que a gerência é responsável por tudo, sucessos ou fracassos. Assim, o autor

questiona como fazer os funcionários a se comprometer com a empresa, quando a responsabilidade pelos resultados é atribuída única e exclusivamente

ao gerente. Enfatiza que pode valer a pena ver os problemas e oportunidades na empresa através dos olhos de cada empregado individualmente, pois atualmente os especialistas concordam que as pessoas representam o bem mais importante de uma empresa e acreditam que os funcionários tem um melhor desempenho quando dispõem de poder para agir.

Möller (1995) considera por outro lado que o *empowerment* (delegação de poder ao empregado) se tornou um jargão consagrado, no entanto não parece ser tão fácil esta prática. Talvez porque não seja suficiente “transmitir” responsabilidade aos empregados. É preciso ter uma resposta positiva por parte dele: que ousem, desejem e tornem a iniciativa de assumir responsabilidades. Recomenda então, as empresas, que adotem o “*employeeeship*”, que significa em outras palavras, ajudar o empregado a se desenvolver por sua própria iniciativa. O desenvolvimento desta prática, é um pré-requisito para o desenvolvimento das organizações como um todo. Quando a empresa oferece esta oportunidade para o desenvolvimento pessoal, pode atrair e reter empregados capazes e competentes, e criar um ambiente em que todos estejam motivados a dar o melhor de si, por iniciativa própria.

Segundo relato do gerente de capacitação e desenvolvimento, “o Hospital Santa Catarina vem trabalhando neste sentido, já à partir dos princípios estabelecidos no Planejamento Estratégico. No hospital encontramos pessoas que cuidam, trabalham para outras pessoas”. Para ele o Hospital Santa Catarina tem noção da importância dos seus recursos humanos, para atingir a meta da qualidade total. Assim, “cada gerente, cada supervisor, cada funcionário tem que ser um agente de recursos humanos, tem que ser um multiplicador, tentando passar e receber tecnologia e informação; a empresa deve ter uma estrutura cada vez mais enxuta. Todos na empresa de prestação de serviço tem como propósito, o atendimento diferenciado. Nosso colaborador tem que ser informado e preparado para exercer esse papel. Quando o contratamos deixamos bem claro a nossa proposta de trabalho, se concordar, fica. Ao mesmo tempo a gente verifica o potencial e dá condições para ele crescer e se preparar através de treinamento. Cada supervisor, é responsável por identificar as necessidades individuais, mas ainda não temos um programa de capacitação de Recursos Humanos formal e contínuo, estamos pretendendo chegar lá”.

Outro fator importante, segundo opinião do administrador, “é a escola de auxiliar de enfermagem. O hospital arca com boa parte desse custo, um aluno hoje custa na base de R\$ 150,00 por mês e cobramos dele apenas R\$ 50,00, mas o hospital acha que ganha com isso, pois preserva a história e a cultura (toalhinhas de crochê, bordados, flores, jardins, a

higiene e a limpeza), procura-se manter aquela coisa a mais, que nós temos com princípio; quando vimos alguém perdido no corredor, conversamos e tentamos orientá-los, bem como a seus familiares. A escola, orienta os alunos, para manter estas coisas simples, que às vezes não encontramos quando contratamos pessoal de outros lugares”.

Vale ressaltar que para a grande maioria da amostra, as mudanças ocorridas tem melhorado as possibilidades de crescimento pessoal e desenvolvimento. No entanto uma parte da amostra de funcionários (17,2%), ainda considera estas possibilidades são praticamente inexistentes, ou mesmo, que no período anterior a 1991, as oportunidades eram bem maiores. Os motivos para esta forma de pensar, parecem estar relacionados com a falta de possibilidade de avanços na carreira, a não ser por tempo de serviço, ou formação específica a nível de 3º grau; assunto já discutido anteriormente, na análise de outras tabelas.

Consideramos relevante, enfatizar aos funcionários a importância do conhecimento sobre o processo total de trabalho, que é vital também para que identifique o “porquê” e o “para que” da necessidade de capacitação; desvinculando desta forma o entendimento unilateral de que a capacitação serve apenas para possibilitar aumento salarial.

Tabela n.º 8.a

Distribuição que representa em que medida o funcionário do Hospital Santa Catarina considera a satisfação pelo seu trabalho na instituição.

Opções:

- 1 3 - Insatisfeito, porque as condições físicas e estruturais não são boas. Não existe respeito e justiça por parte das chefias e colegas
- 3 5 - Satisfeito, porque a instituição está melhorando as condições físicas e estruturais. Existe boa relação e reconhecimento pela chefia e colegas
- 5 7 - Muito Satisfeito. A instituição apresenta ótimas condições físicas e estruturais. Existe uma ótima relação entre chefia e empregados

Período	Antes de 1991	Atualmente

Satisfação no trabalho		FA	FR	FA	FR
		1 3	10	27,1	-
3 5	26	70,1	17	45,9	
5 7	01	2,8	20	54,1	
Total		37	100	37	100

Fonte: Instrumento de coleta de dados elaborado pela pesquisadora - PEPS - UFSC e aplicado ao Hospital Santa Catarina. Blumenau - SC, 1999.

Tabela n.º 8.b

Distribuição que representa em que medida o gerente/supervisor do Hospital Santa Catarina considera a satisfação pelo seu trabalho na instituição.

Satisfação no trabalho		Período		Da Admissão		Atualmente	
		FA	FR	FA	FR	FA	FR
1 3	03	18,7	-	-	-	-	
3 5	13	81,2	06	37,5			
5 7	-	-	10	62,5			
Total		16	100	16	100		

Fonte: Instrumento de coleta de dados elaborado pela pesquisadora - PEPS - UFSC e aplicado ao Hospital Santa Catarina. Blumenau - SC, 1999.

A tabela n.º 8.a, demonstra que no período anterior a 1991, a maioria da amostra de funcionários optou pela faixa 3 5 (70,1%) que corresponde a estar satisfeito com seu trabalho, porque a instituição está melhorando as condições físicas e estruturais e existe boa relação e reconhecimento pela chefia e colegas; seguindo-se a faixa 1 3 (27,1%) em que se encontra insatisfeito porque as condições físicas e estruturais não são boas; não existe respeito e justiça por parte das chefias e colegas. Por último neste período, apenas 2,8% consideraram a faixa 5 7 em que se encontram muito satisfeitos, pois a instituição apresenta ótimas condições físicas e estruturais e existe uma ótima relação entre chefia e empregados. No período atual, a preferência foi para a faixa 5 7 (54,1%), seguida da faixa 3 5 (45,9%). Não houve indicação neste período para a faixa 1 3.

A tabela n.º 8.b, indica que no período admissional, a amostra de gerentes/supervisores escolheu predominantemente a faixa 3 5 (81,3%), seguido da faixa 1 3 (18,7%). Não houve escolha neste período para a faixa 5 7. Já no período atual, a maioria escolheu a

faixa 5 7 (62,5%), seguida da faixa 3 5 (37,5%). Não houve indicação neste período para a faixa 1 3.

Analisando de modo genérico o resultado das duas tabelas, observa-se que as duas amostras concordam que as mudanças ocorridas contribuíram para aumentar a satisfação pelo trabalho na instituição, haja visto que no período atual não houve indicação por nenhum representante da amostra pela faixa 1 3, que corresponde ao estado de insatisfação.

Ressaltamos no entanto que algumas pessoas consideraram as opções de resposta ambíguas, ou seja, dariam pontuações diferentes nas subcategorias, condições físicas/estruturais (já enfocadas) e respeito e justiça por parte das chefias e colegas. Esta ambigüidade fica mais evidente, com os seguintes relatos:

- “a estrutura melhorou, mas o relacionamento entre chefias e funcionários piorou...”;
- “hoje temos muito individualismo, competição...” ;
- “hoje temos excesso de atividades que não nos competem”;
- “trabalho também em outro hospital, que mantém convênio com o SUS, e não tem as condições estruturais, limpeza e beleza que este tem, mas o relacionamento e o reconhecimento lá, são bem melhores. Não adianta termos um bom ambiente físico, se não há bom relacionamento...”;
- “parece que hoje as pessoas não tem aquele comprometimento, amor, trabalham pelo salário, para pode sobreviver. Deu o horário de ir embora, saem correndo, sem se importar com o que ficou...”;
- “hoje são contratadas pessoas mais jovens, que são excelentes técnicos, mas não se preocupam muito com o lado humano, com o que as pessoas pensam...”;
- “as tarefas são muitas, quase não temos tempo de nos dedicarmos aos clientes, conversar, ou trocar idéias com os colegas...”.

Estes relatos são importantes, embora não representem a maioria. É fato que as mudanças sempre trazem resistência, e as instituições devem estar preparadas para lidar com elas.

Möller (1995) considera que algumas pessoas tem suas raízes no mundo dos fatos, e outras, no mundo das emoções. As primeiras podem ser geralmente tratadas de forma racional, através da experiência e da abordagem profissional. Mas os emocionais são via de regra, difíceis, freqüentemente sentem frustrações ou se machucam. Em geral são essas frustrações e feridas não tratadas destas pessoas, que se interpõem no caminho do seu desenvolvimento pessoal e do

aperfeiçoamento da organização. O autor recomenda como estratégia para a empresa, conhecer os caminhos da mente humana, para implementar uma verdadeira parceria dentro da organização, criando um negócio rentável, com clientes internos e externos satisfeitos, produtos e serviços de valor reconhecido, e funcionários realizados e unidos.

Para Fernandes e Gutierrez (1988), “o desempenho eficaz depende, o mais das vezes, não do que as pessoas precisam saber fazer, mas acima de tudo, do querer fazer. A tecnologia da qualidade de vida no trabalho, através do redesenho dos cargos, pode ser

utilizada para que as pessoas *queiram* fazer mais, em decorrência de um maior envolvimento com o próprio trabalho, por compartilharem mais das coisas que lhe dizem respeito”. Segundo estes autores esta é em síntese, a base estratégica da tecnologia da qualidade de vida no trabalho, que fundamenta a reflexão de melhores procedimentos, para projetar e reformular os cargos, para aumentar o nível de satisfação das pessoas em situação de trabalho e, em consequência, a eficácia do desempenho e a produtividade.

Nadler e Lawer, citado por Fernandes e Gutierrez (1988) identificaram outros tipo de atividades além da melhoria do ambiente de trabalho, para reforçar a Qualidade de Vida no Trabalho são elas: resolução participativa dos problemas, reestruturação do trabalho e inovação do sistema de recompensas.

Por sua vez Ginzberg, também citado por Fernandez e Gutierrez (1988) afirma que a expressão “Qualidade de Vida no Trabalho, pode ser usada para reunir todas as experiências de humanização do trabalho, sob dois aspectos diferentes, cada um por sua vez compreendendo muitas facetas: a reestruturação do emprego ou a reformulação dos postos individuais do trabalho; a estruturação de grupos de trabalho semi-autogerenciados, ou semi-autônomos, onde a reformulação dos cargos do grupo de trabalho implica em dar às pessoas um certo grau de participação (informação, consulta, co-decisão).

No Hospital Santa Catarina, segundo relato do administrador, “o cliente é considerado como centro das atenções, e as suas necessidades devem ser atendidas, para isso valorizamos o desenvolvimento e capacitação das pessoas que aqui trabalham”.

Esta preocupação ocorre desde a admissão do funcionário, conforme informações do gerente de capacitação e desenvolvimento. “O funcionário contratado, tem que ter no mínimo o 1º grau completo, quando o funcionário entra é avaliado a questão da escolaridade, currículo, carteira de trabalho, inclusive a apresentação (cita o exemplo de uma capoeira, para servir uma dieta, deve estar bem apresentável, com boas condições de higiene e deve saber usar termos

adequados, ter uma boa comunicação)”. “Quando contratamos alguém para a lavanderia, essa pessoa deve passar um tempo lá, porque uma coisa é lavar roupa em casa, outra, e lavar roupas do isolamento ou do centro cirúrgico; a pessoa tem que conhecer o serviço, ver se vai se adaptar. Temos um processo de integração, no primeiro dia de trabalho informamos tudo, os direitos e deveres do funcionário, a cultura do hospital, procurando deixar a pessoa o mais ciente possível. Depois de 3 meses, temos novamente um processo de reintegração para ver como o funcionário está, se o chefe dele o orientou, se está realmente integrado, conhece realmente o hospital. Caso ainda não esteja apto, é encaminhado ao psicólogo. Outra coisa, orientamos o nosso funcionário

a deixar os problemas lá fora, o nosso cliente não tem culpa dos problemas que estamos vivendo, todos tem direitos. Se um funcionário, não administra a medicação com cuidado, o cliente não vai falar que fulana de tal, foi grossa e não aplicou bem a injeção; vai falar que o Hospital Santa Catarina administrou uma injeção toda errada. O funcionário pode comprometer toda a imagem do hospital, por isso consideramos importante investir nele”. Segundo a opinião deste gerente, estão buscando uma estrutura mais enxuta, não é mais cada um em sua sala, não tem mais o chefe disso, chefe daquilo, as estruturas são menores e os funcionários cada vez mais polivalentes.

A autonomia, para tomada de decisão, segundo o administrador é relativa. As coisas pequenas, que precisam acontecer, acontecem no tempo, dentro da supervisão e da gerência, as coisas maiores são trazidas ao administrador. Segundo ele, são realizadas reuniões uma vez por semana com cada gerente, onde são decididos assuntos de maior relevância e específicos a cada área de atuação. Assuntos de interesse do hospital, mais amplos, são discutidos na reunião semanal com o grupo de gerentes. Cada gerente também se reúne com seus supervisores uma vez por semana. “Fazemos questão que os supervisores levem todas as informações aos seus subordinados, nas mais diversas áreas onde atuam até o funcionário mais elementar, permitindo a eles as informações necessárias para a realização do seu trabalho”.

Por outro lado, o administrador reconhece que existem problemas de relacionamento, constatados inclusive como um dos pontos fracos no planejamento estratégico de 1998: que aponta para deficiências no relacionamento do corpo clínico com a instituição, em virtude da cultura desfocada do médico com o cliente. Na opinião do administrador “existe uma questão não visível, de disputa pelo poder”. Em outros países a enfermagem tem mais direitos e mais participação, porque tem mais contato com o cliente do que o médico e isto lá é reconhecido.

No entanto, esta questão parece estar melhorando, segundo o gerente médico, à partir da instituição da gerência médica, em 1998. Para ele, um contato mais próximo com a problemática das outras gerências, tem criado um clima mais adequado às interações. A participação de um representante no planejamento estratégico, tem criado um clima mais ameno nas relações entre as equipes de trabalho. Por outro lado, o hospital tem lutado por esta integração, pois segundo o administrador, é o corpo clínico que traz o cliente para o hospital.

Analisando o contexto apresentado, percebe-se que o hospital vem buscando satisfazer os seus clientes externos. E entende que para isto precisa satisfazer os seus

clientes internos. O problema parece estar na gerência média, que apesar de qualificada tecnicamente, deixa a desejar em algumas situações, no que se refere as interações, tanto com seus subordinados como com a equipe multidisciplinar. “Muitas chefias na opinião do administrador não se posicionam, perante a equipe multidisciplinar mesmo quando estão certas, parece que muitas tem medo”. O grau de autonomia é relativo, também, dependendo do gerente, do grau de centralização e do tipo de liderança que exerce; assunto a ser abordado em mais detalhes posteriormente.

Ainda gostaríamos de citar aqui, o conceito que funcionários, gerentes/ supervisores tem sobre Qualidade de Vida no Trabalho, conforme alguns relatos abaixo:

- “local seguro, que responde as necessidades humanas...”;
- “bom ambiente, alimentação, bem estar, lazer, condições de trabalho”;
- “trabalho realizado com prazer, gosto, pouco extressante”;
- “boas condições de trabalho e não apenas ambiente físico, mas relacionamento”;
- “sair satisfeito do trabalho”;
- “ter ambiente com integração entre funcionários, CIPA atuante, relacionamento com boa qualidade e autonomia”;
- “estar fazendo o que gosta, com condições satisfatórias para realizar o trabalho. Ambiente, relacionamento humano e comprometimento humano com o trabalho”;
- “satisfação com o trabalho. A empresa oferecer condições para fazer o melhor possível. Bom relacionamento com todo mundo, desde o que tem cargo mais alto até os menores...”.

Como se pode perceber nos depoimentos, a Qualidade de Vida no Trabalho, apresenta ampla conceituação, dependendo da visão e experiência de cada pessoa, confirmando opinião a respeito da grande parte dos autores nesta área.

6.4. Dados sobre a qualidade da gerência/supervisão (Tabelas n.º 9 à 12)

Tabela n.º 9.a

Distribuição que representa como os funcionários do Hospital Santa Catarina percebem a frequência com que a chefia fala sobre o modo como realizam o seu trabalho.

Opções:

- 1 3 - Raramente, as pessoas quase nunca me deixam saber como vou indo em meu trabalho
 3 5 - As vezes as pessoas me dizem se estou realizando bem ou mau o meu trabalho, outras vezes não
 5 7 - Sempre; gerentes e chefias me dizem constantemente sobre como vou indo no meu trabalho

Período		Antes de 1991		Atualmente	
		FA	FR	FA	FR
Comunicação sobre o processo de trabalho dos funcionários	1 3	14	40,0	06	17,1
	3 5	17	45,7	18	48,6
	5 7	06	14,3	13	34,3
	Total	37	100	37	100

Fonte: Instrumento de coleta de dados elaborado pela pesquisadora - PEPS - UFSC e aplicado ao Hospital Santa Catarina. Blumenau - SC, 1999.

Tabela n.º 9.b

Distribuição que representa como os gerentes/supervisores do Hospital Santa Catarina percebem a frequência com que a chefia imediata fala sobre o modo como realizam o seu trabalho.

Período		Da Admissão		Atualmente	
		FA	FR	FA	FR
Comunicação sobre o processo de trabalho dos funcionários	1 3	01	6,7	-	-
	3 5	11	66,7	06	40,0
	5 7	04	26,6	10	30,0
	Total	16	100	16	100

Fonte: Instrumento de coleta de dados elaborado pela pesquisadora - PEPS - UFSC e aplicado ao Hospital Santa Catarina. Blumenau - SC, 1999.

A tabela n.º 9.a, demonstra que no período anterior a 1991, a amostra dos funcionários pesquisados optou preferencialmente (45,7%) pela faixa 3 5, em que algumas vezes a chefia fala sobre o modo como realizam o seu trabalho; seguido da faixa 1 3 (40,0%) que considera que raramente a chefia comenta sobre o modo como realizam o trabalho e apenas 14,3% afirmam que a chefia sempre fala sobre o modo como realizam o trabalho. No período atual, a faixa mais citada, continuou sendo a 3 5 (48,6%), seguida da faixa 5 7 (34,3%) e da faixa 1 3 (17,1%).

Na amostra de gerentes/supervisores (tabela 9.b), encontramos a mesma preferência pela faixa 3 5 (66,7%), no período correspondente a sua admissão, seguida da faixa 5 7 (26,6%) e da faixa 1 3 (6,7%). No período atual, a faixa 3 5 continuou sendo a mais citada (40,0%); seguida da faixa 5 7 (30,0%); a faixa 1 3, não foi citada neste período.

Ao compararmos genericamente os resultados das duas tabelas, podemos perceber que ambas as amostras, nos dois períodos, optaram em sua maioria pela faixa 3 5, em que a chefia comenta algumas vezes sobre o modo como realizam o trabalho. Observa-se no entanto, que no período atual houve um aumento de respostas na faixa 5 7, e diminuição das respostas 1 3; dando a entender que houve uma discreta melhoria no sentido de conhecerem como estão realizando o seu trabalho na instituição.

Um dos fortes fatores motivacionais que levam ao trabalhador a melhorar a qualidade do seu serviço, é saber que o seu empenho no trabalho é reconhecido pela sua chefia. As pessoas gostam do reconhecimento, da admiração e de saber que possuem credibilidade, nas atividades que realizam. Infelizmente parece que na nossa cultura organizacional, ainda são raros os gerentes/supervisores que cultivam o hábito de elogiar os seus colaboradores. É mais comum o contrário, o trabalhador ficar ciente dos erros e deslizes que cometeu, ocasionando não raro, desmotivações e frustrações no trabalho, afetando conseqüentemente a qualidade do serviço e qualidade de vida do trabalhador. O que se observa mais freqüentemente diante das críticas, tem sido a radicalização e a formação de subgrupos de “contra” e a “favor”, favorecendo muitas vezes um clima de tensão e agressividade, estresse e insatisfação.

Segundo Bom Sucesso (1998) os gerentes, agentes efetivos de mudanças precisam incluir em seu perfil a disposição para o diálogo, prestar informações, esclarecimentos e cerca do desempenho do funcionário, buscar aliados responsáveis, competentes, revertendo a tendência a competição e a exclusão dos que não correspondem a sua expectativa. Este autor considera que quando as informações começam a circular de forma democratizada, as

fantasias e desconfianças diminuem, melhorando o clima de trabalho. Para ele a prática do diálogo aberto e franco, desmistifica o profissional leal ou servil, destacando ao contrário o profissional competente e crítico, melhorando o clima de trabalho e conseqüentemente os resultados da instituição.

Neste sentido, percebe-se que no Hospital Santa Catarina, a gerência ainda enfrenta dificuldades para democratizar as informações. Não parece ser questionadas as habilidades técnicas dos gerentes/supervisores, mas a habilidade humana, em lidar com os seus colaboradores. Sem envolvimento ou convencimento as pessoas-chave podem se negar a contribuir, dificultando o cumprimento das metas da instituição. Explicitar ao funcionário se está satisfeito com a metodologia, com os meios que ele emprega para realizar o seu trabalho, não é tarefa fácil. Implica em realizar uma supervisão contínua e sistemática, que conduzirá a avaliação e a constatação das reais necessidades de melhorias no seu processo de trabalho. Por outro lado, para realizar a avaliação sistemática e contínua há que se estipular critérios que servirão de parâmetros para comparação não apenas quantitativa, mas também qualitativa entre funcionários de um mesmo setor, de setores diferentes e até de outras instituições. Os resultados das avaliações servirão de subsídios para o estabelecimento de planos estratégicos que possibilitem o alcance dos objetivos institucionais.

Tabela n.º 10.a

Distribuição que representa como o funcionário do Hospital Santa Catarina percebe o grau de conhecimento do seu supervisor ou chefia imediata.

Opções:

- 1 3 - Pouco conhecimento a respeito do seu setor
- 3 5 - Bom conhecimento a respeito do seu setor e atividades específicas
- 5 7 - Amplo conhecimento sobre questões específicas do seu setor, da instituição e do mercado de trabalho como um todo

Período		Antes de 1991		Atualmente	
		FA	FR	FA	FR
Grau de Conhecimento Chefia	1 3	08	22,8	02	5,7
	3 5	18	48,6	13	34,3
	5 7	11	28,6	22	60,0
Total		37	100	37	100

Fonte: Instrumento de coleta de dados elaborado pela pesquisadora - PEPS - UFSC e aplicado ao Hospital Santa Catarina. Blumenau - SC, 1999.

Tabela n.º 10.b

Distribuição que representa como o gerente/supervisor do Hospital Santa Catarina percebe o grau de conhecimento da chefia imediata.

Período		Da Admissão		Atualmente	
		FA	FR	FA	FR
Grau de Conhecimento Chefia	1 3	03	20,0	-	-
	3 5	07	40,0	06	40,0
	5 7	06	40,0	10	60,0
Total		16	100	16	100

Fonte: Instrumento de coleta de dados elaborado pela pesquisadora - PEPS - UFSC e aplicado ao Hospital Santa Catarina. Blumenau - SC, 1999.

A tabela n.º 10.a demonstra que no período anterior a 1991, a amostra de funcionários considerou preferencialmente (48,6%) a faixa 3 5, em que o seu supervisor ou chefia imediata apresenta um bom conhecimento a respeito do seu setor e atividades específicas; seguida da faixa 5 7 (28,6%), em que seu supervisor ou chefia imediata apresentam um amplo conhecimento sobre questões específicas do seu setor, da instituição e do mercado de trabalho; por último a faixa 1 3 (22,8%) em que o supervisor ou chefia imediata apresentam pouco conhecimento a respeito do seu setor. No período atual, a mesma amostra optou pela faixa 5 7 (60,0%), seguidas da faixa 3 5 (34,3%) e da faixa 1 3 (5,7%).

Na tabela n.º 10.b observa-se que no período de admissão a amostra de gerentes/supervisores optou igualmente pelas faixas 3 5 e 5 7 (40,0% respectivamente), seguida da faixa 1 3 (20,0%). Já no período atual optaram preferencialmente pela faixa 5 7 (60,0%), seguida da faixa 3 5 (40,0%), não havendo indicação para faixa 1 3 neste período.

Comparando-se genericamente as duas tabelas observa-se que no período atual, houve convergência de opiniões, pois a maioria das duas amostras (60,0% respectivamente), optou pela faixa 5 7, em que o gerente/supervisor demonstra amplo conhecimento sobre questões específicas do seu setor, da instituição e do mercado de trabalho como um todo.

Estes resultados vem de encontro, as políticas de seleção e capacitação de recursos humanos que segundo o administrador, vem sendo desenvolvidas no Hospital Santa Catarina registradas também nos princípios da instituição estabelecidos no planejamento

estratégico. Segundo o gerente de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos, é uma das prioridades capacitar gradualmente e de forma sistemática todos os funcionários e não apenas os gerentes. O hospital já oferece recursos que vão desde o benchmarking em outras instituições até cursos de pós-graduação. Observa-se que o mesmo vem acontecendo nas unidades terceirizadas que aceitaram participar do estudo, na complementação dos dados (UNICÁRDIO - Hemocárdio, Laboratório e Cirurgia Cardíaca). Além disso o hospital abre campo de estágio para formação de novos profissionais da área da saúde, especialmente graduandos das faculdades de Enfermagem da UNIVALI e UNISUL, visando a atualização e troca de informações, conhecimento e tecnologias interinstitucionais.

Gostaríamos de ressaltar aqui, que embora a maioria de sujeitos da amostra tenha optado pela faixa 5 a 7 em que o gerente/supervisor demonstra amplo conhecimento sobre questões específicas do seu setor, da instituição e do mercado de trabalho, muitos consideram no entanto, que algumas chefias tem um conhecimento pequeno em relação as atividades de determinadas áreas específicas.

Drücker (1999, p.43) considera que essa diferença não é superficial. Para ele, “depois de ultrapassar a etapa do aprendizado, o “trabalhador de conhecimento” precisa saber mais sobre seu trabalho do que seu chefe sabe, pois caso contrário, qual seria a sua utilidade? A sua definição para trabalhador do conhecimento é a de alguém que sabe mais sobre o seu trabalho do que qualquer outro integrante da organização.

Seguindo essa linha de pensamento, Maslow citado por Drücker (1999) afirma que diferentes pessoas precisam ser administradas de diferentes maneiras, não existindo apenas uma única maneira correta de administrar pessoas. O trabalhador do conhecimento não pode ser administrado como subordinado, mas como um sócio, não necessitando de ordens, mas de serem desafiados, persuadidos, envolvidos, com a missão da organização, à partir do conhecimento dos valores e metas pessoais. Para Drücker (1999, p.43) “relacionamento entre chefia e subordinado, se assemelha mais aquele existente entre o regente da orquestra e os músicos que tocam os diferentes instrumentos. O regente pode nem saber tocar violino, mas o êxito da qualidade do seu trabalho depende da qualidade dos seus sócios, os músicos”. Assim um administrador hospitalar,

pode não entender muito de medicina ou enfermagem, assim como um gerente médico ou de enfermagem, podem não ter conhecimentos muito específicos à Unidade de Terapia Intensiva ou Pediatria.

Ainda é comum nas organizações, a prática da escolha das chefias por reconhecimento ao esforço, ou por sua habilidade e conhecimento técnico, sem considerar as habilidades e atitudes que compõem o perfil de um líder, pessoas capazes de mobilizar as equipes rumo aos objetivos. Pessoas que demonstram capacidades de organizar esforços conjuntos integrando e liderando equipes com justiça, simplicidade, humildade e respeito, de forma a manter um ambiente interno saudável e propício ao comprometimento e envolvimento do funcionário e conseqüentemente a melhoria da qualidade dos serviços e da qualidade de vida no trabalho.

Durante a entrevista realizada aos sujeitos da amostra, perguntamos quais as características principais de um supervisor/gerente que você admira, e as mais citadas foram em ordem de preferência: boa comunicação, de forma geral, não apenas com os funcionários; *conhecimento específico; conhecimento geral*; aceitar sugestões e ser acessível; liderança; saber trabalhar em equipe; ser honesto, coerente; ser corajoso, saber se impor.

Pelo exposto acima, percebe-se uma distorção do pensamento de Drücker (1999), pois aos olhos dos funcionários parece ser primordial para o reconhecimento da chefia, que o mesmo demonstre conhecimentos específicos e aprofundados. Durante a entrevista, em alguns momentos, tem-se a impressão que os mesmos chegam a testar as chefias com relação a estes conhecimentos, especialmente se forem mais novos e menos experientes que eles. Desta forma parece que diante deste quadro e quando o mesmo não desenvolver ainda a liderança, apresenta maior dificuldade em ser aceito pelo grupo, gerando distanciamento e frustrações que podem comprometer os objetivos da organização.

Acreditamos que tal fato possa ocorrer em função de alguns gerentes/supervisores assumirem o cargo, sem ter recebido na sua graduação os conhecimentos e habilidades necessários, exercendo-o portanto de forma empírica. Alguns estão presos as definições de autoridade que aprenderam nas escolas primária e secundária e pensam que um líder precisa saber tudo. Sua concepção de líder é aquele que diz aos outros o que fazer, verifica se fazem ou não o que se espera deles e atua geralmente como monitor e supervisor do trabalho. As reuniões

de equipe são sempre uma oportunidade para distribuir tarefas, perdendo-se a oportunidade de discutir, trocar idéias e proporcionar crescimento ao grupo, bem como um ambiente de trabalho produtivo e favorável. Assim consideramos relevante levantar estes aspectos para que se possa refletir se as universidades estão preparando os seus acadêmicos para atender ao perfil multiprofissional que vem sendo exigido pelas instituições.

Segundo Peters (1993, p.176), “apesar da experiência e especialização serem mais importantes do que nunca, há que se desenvolver uma “visão periférica”; uma noção de tarefa como um todo é essencial. Embora o trabalhador passe a investigar sistematicamente em sua própria área de especialização, deve estar preparado para realizar inúmeras tarefas e compreender toda a função da equipe e a sua relação com a organização e o ambiente externo”.

Neste sentido Drücker (1999) alerta para o fato de muitos gerentes preocuparem-se em conhecer e estar informados sobre os aspectos internos da organização, esquecendo-se que as grandes mudanças nas organizações são provocadas por fatores ambientais externos. Nas organizações, tecnologia, tarefas, recursos, administração, não podem ser considerados isoladamente, pois são interdependentes, inclusive com o ambiente, ou seja, com a realidade que cerca a organização, sua clientela, outras organizações, interesses e articulações presentes em seu cotidiano. Essa concepção na administração é a que chamamos contingencial, ou situacional, que significa uma maneira de compreender que a organização só pode ser entendida adequadamente quando o que nela ocorre não se explica por uma única causa, mas por uma rede de causas. Assim a função gerencial é determinante, uma vez que deve procurar realizar o trabalho de combinar e integrar pessoas, tecnologia e recursos para atingir os objetivos organizacionais de satisfazer o cliente, seja ele interno ou externo.

Tabela n.º 11.a

Distribuição que representa como o funcionário do Hospital Santa Catarina considera a comunicação entre o seu supervisor ou chefia imediata com os funcionários.

Opções:

- 1 3 - Razoável. Raramente permite aos funcionários que emitam opiniões ou questionamentos. Frequentemente é ríspido e faz críticas perante outras pessoas. Não informa as decisões e objetivos recebidos da gerência ou chefia imediata
- 3 5 - Satisfatória. Procura ouvir os funcionários, para tomar decisões. Faz críticas individualmente, evitando expor o funcionários. Relaciona-se bem com outros setores e chefias. Informa sobre as decisões e objetivos da gerência ou chefia imediata
- 5 7 - Ótima. Realiza reuniões regularmente. Solicita sugestões para tomar decisões. Repassa conhecimentos e decisões e objetivos formal e informalmente. Relaciona-se bem com outros setores, chefias. Conversa com clientes e familiares sobre a qualidade do atendimento recebido

Período		Antes de 1991		Atualmente	
		FA	FR	FA	FR
Comunicação chefia com funcionário	1 3	11	31,4	01	2,8
	3 5	19	48,6	17	48,6
	5 7	07	20,0	18	48,6
	Total	37	100	37	100

Fonte: Instrumento de coleta de dados elaborado pela pesquisadora - PEPS - UFSC e aplicado ao Hospital Santa Catarina. Blumenau - SC, 1999.

Tabela n.º 11.b

Distribuição que representa como o gerente/supervisor do Hospital Santa Catarina considera a comunicação entre o seu supervisor ou chefia imediata com os colegas de trabalho.

Período		Da Admissão		Atualmente	
		FA	FR	FA	FR
Comunicação chefia com funcionário					

1	3	04	26,6	01	6,7
3	5	07	40,0	06	40,0
5	7	05	33,4	09	53,3
Total		16	100	16	100

Fonte: Instrumento de coleta de dados elaborado pela pesquisadora - PEPS - UFSC e aplicado ao Hospital Santa Catarina. Blumenau - SC, 1999.

A tabela n.º 11.a demonstra que no período anterior a 1991, a amostra de funcionários optou preferencialmente (48,6%) pela faixa 3 5 que corresponde a uma satisfatória comunicação com os seus supervisores ou chefia imediata; seguindo-se a faixa 1 3 (31,4%) correspondente a razoável comunicação e a faixa 5 7 (20,0%) indica uma ótima comunicação com gerentes/supervisores. No período atual houve igualdade de respostas para as faixas 3 5 e 5 7, 48,6% respectivamente e apenas a indicação de 2,8% na faixa 1 3.

Na tabela n.º 11.b, pudemos observar, que no período de admissão, os gerentes/supervisores em sua maioria consideraram a faixa 3 5 (40,0%), seguida da faixa 5 7 (33,4%) e 1 3 (26,6%). No período atual, a opção mais citada foi a faixa 5 7 (53,3%), seguida da faixa 3 5 (40,0%) e da faixa 1 3 (6,7%).

Comparando-se genericamente as duas tabelas podemos inferir que mesmo com a introdução de novas tecnologias de gestão, a comunicação ainda pode ser melhorada, segundo a opinião de grande parte das duas amostras, (54% da amostra dos funcionários e 46,7% da amostra de gerentes/supervisores).

Acredita-se que tal fato possa estar relacionado com as diferentes habilidades de liderança exercidos pelos gerentes/supervisores ou pessoas encarregadas pelos diversos serviços prestados pelo hospital. Na visão dos estudiosos das teorias de liderança, existe um conjunto de comportamentos circunscritos como habilidade de liderança, que orientam a conduta do líder em relação aos seus subordinados como refere-se Chiavenato (1997). Liderança autocrática, em que o líder normatiza para os seguidores o que e como devem fazer com interesse centrado na tarefa; o líder é o centro das decisões. A *liderança democrática*, proporciona o compartilhamento das responsabilidades de liderança centrando portanto o interesse nas relações humanas; o líder procura ser um membro do grupo e não aspira destaque pessoal. Liderança liberal (*laissez-faire*) em que o líder estabelece processos que permitem aos membros do grupo, fazerem o que

desejam, com influência mínima do mesmo; não há por parte do líder liberal a preocupação com o controle e a avaliação dos acontecimentos. Segundo Chiavenato (1997), o líder pode utilizar os três estilos de liderança, dependendo das pessoas, das circunstâncias e do trabalho a ser desenvolvido, o que caracteriza a flexibilidade nas atitudes de liderança, embora ainda assim não tenham demonstrado eficácia em todas as situações. Desta forma surgem a teoria contingencial de Hersey e Blanchard (1986), os estilos e as características de liderança passam a ceder espaço ao comportamento do líder e dos membros de suas equipes, conforme as diferentes situações em um contexto ambiental variado.

Durante as entrevistas, solicitamos em pergunta aberta aos sujeitos da amostra, quais as mudanças ocorridas de 1991 para cá, que considera negativas. Grande parte dos respondentes informaram que o hospital vem melhorando gradativamente, e as dificuldades encontradas são transitórias, ocasionadas por vezes pelo fluxo interno alterado em função das reformas e ampliações da planta física constantes. Há uma empresa de construção civil terceirizada que mantém funcionários permanentes no Hospital Santa Catarina para serviços de manutenção. Por outro lado uma parte menor da amostra entende que houve uma piora no relacionamento humano (chefias/funcionários, funcionário/funcionário, interação entre os diferentes setores), alegam falta de espírito de equipe, falta de elogios, reconhecimento e valorização, número reduzido de reuniões para informar melhor os funcionários, e que o funcionário nunca tem razão, só o cliente. Dentre as falas destacamos as seguintes: -“temos mais dificuldades para conversas com a supervisora, agora temos que falar apenas com a enfermeira assistencial. Antes a gente falava direto com a supervisora”.

Neste primeiro depoimento a impressão é que a chefia direta assumiu o cargo recentemente e antes o funcionário tinha acesso direto ao supervisor, agora existe mais uma escala hierárquica que pode ter sido entendido pelo funcionário como perda de autonomia. Algumas mudanças, quando introduzidas sem uma preparação prévia podem gerar conflitos que prejudicam as interações e o processo de trabalho.

Follet (1997, p.96) considera que “o *processo* de conflito tem que ser compreendido, a fim de lidar com o fenômeno construtivamente. Para ela existem três maneiras para lidar com conflitos, a *dominação*, a *conciliação* e a *integração*. A *dominação*, obviamente leva a uma vitória, de um lado sobre o outro, embora pareça a maneira mais fácil de lidar com o conflito, no final geralmente se mostra mal sucedida, porque os conflitos acabam se ampliando. Através da *conciliação* resolvemos a maioria das nossas controvérsias, cada lado cede um pouco, a fim de

obter-se paz ou mais precisamente a continuidade da atividade que foi interrompida pelo conflito; alerta no entanto para o fato de que na verdade ninguém quer realmente conciliar-se, pois isso significa a renúncia a algum desejo. Já a *integração*, parece ser a solução encontrada para ambas as partes encontrarem um espaço, sem que nenhum lado tenha que sacrificar coisa alguma; assim o primeiro passo é explicitar as diferenças existentes. “O líder deve compreender a situação, vê-la como um todo, ver as inter-relações de todas as partes; mais que isso deve ver a situação em evolução, em desenvolvimento” (Follet, 1997, p.179).

Poletto (1998) considera que através da liderança integrativa deve-se procurar horizontalizar as relações pelo diálogo, pelo respeito mútuo, pela integração de objetivos e funções, contribuindo para o crescimento grupal e individual dos membros da equipe. Para ela as avançadas estruturas tecnológicas facilitam hoje o acesso a informação e a comunicação entre os indivíduos, no entanto mesmo dentro deste contexto ainda se encontram barreiras de comunicação que limitam o senso de equipe e o espírito de colaboração, essenciais a integração do trabalho.

Neste sentido, é importante lembrar, que a comunicação não se constitui apenas na palavra verbalizada, precisamos descobrir também a linguagem não-verbal e aprender a fazer uso dela; aprender a captar as mensagens, interpretá-las adequadamente e potencializá-las criativamente, melhorando a nossa qualidade de vida e também a nossa satisfação no trabalho. Desta forma devemos aliar a nossa competência técnico-científica, também a sensibilidade humana, pois como afirma Chanlat (1991), “o homem é um ser biopsicossocial, que possui multidimensões, devendo ser reconhecido não só enquanto agentes de produção e consumo, mas também como seres humanos (Mitrofe, 1994).

O segundo depoimento: -“antes o administrador vinha direto aqui, parava prá conversar e até perguntar como estava indo o trabalho, ou o que nós achávamos das reformas que estão acontecendo. Agora o hospital cresceu muito e ele está muito ocupado, quase não tem tempo”.

Nesta fala, podemos perceber como é importante para o funcionário sentir que faz parte, que o administrador se preocupa com ele, que considera relevante a sua opinião, embora exerça suas atividades no nível operacional.

Para Follet (1997, p.179) “os administradores mais competentes não apenas tiram conclusões lógicas da série de fatos passados que seus assistentes especialistas lhe trazem, eles se

baseiam em fatos verificados *in loco*, pois compete ao gerente geral ver que os seus executores estão correndo tão rápido como podem”.

O fato do administrador procurar conhecer os trabalhadores e também fazer-se conhecer abre um canal de comunicação e permite a troca de informações em um nível informal, em que os subordinados se sentem parceiros, podendo levar inclusive a um grau de envolvimento maior, com os objetivos institucionais. No entanto quando a empresa cresce muito, torna-se difícil para o administrador geral englobar mais esta função, havendo necessidade de redistribuir as funções. Antes porém de redistribuí-las deve assegurar-se de que as pessoas que irão substituí-lo em determinadas atividades estejam realmente

preparadas para tal. Consideramos válido ressaltar aqui a importância do administrador, Sr. Haroldo Bachmann no processo de mudanças, relatado por 73,5% da amostra de funcionários/gerentes/ supervisores, em pergunta aberta sobre: quem, pessoa, pessoas ou fatos contribuíram para as mudanças que estão ocorrendo na instituição. Os demais atribuíram as mudanças a equipe de gerência junto com o administrador; do comprometimento dos funcionários com a profissão; mudanças no mundo; aumento da competitividade; mudança pela falta de mão-de-obra qualificada; troca de diretoria; profissionalização que ocorreu no hospital; contratação de especialistas; a instituição como um todo, gerentes e pessoal de uma forma geral. Foram também citados nomes de pessoas: Sr. Klaus, Sr. Maurício Andrade, Farmacêutica Irana Troglio, Enf^a Geisa Sommerfield, o consultor Sr. Genésio Korbes, o presidente da empresa, Sr. Klaus Odebrecht.

No depoimento: “falta fazer mais reuniões, inclusive entre as enfermeiras”. Parece que se referem as enfermeiras responsáveis por cada unidade de internação, e as diferenças ocasionadas pelas diferentes lideranças e a falta de comunicação entre elas.

Neste sentido Follet (1997) alerta para a segmentação nas empresas, em que cada parceiro administra certas atividades do empreendimento de acordo com a sua abordagem preferida, enquanto o outro faz o mesmo em outras áreas. A falta de oportunidade para reuniões pode prejudicar o sinergismo e a integração, favorecendo conflitos e dificultando a troca de informações, o *benchmarking* e a aprendizagem entre as diferentes equipes.

No depoimento “precisava dizer qual a função de cada um, às vezes eu não entendo, acho que faço coisas que não é meu serviço”, percebe-se que muitos funcionários ainda não estão preparados para as organizações de aprendizagem e a multifuncionalidade necessária para a

sobrevivência das mesmas. Por outro lado, muitos trabalhadores acham que a sua função é apenas obedecer ordens, por desconhecer as suas responsabilidades de controlar as situações pelas quais são especificamente responsáveis. Estão habituados a obedecer as ordens necessárias para resolver determinadas situações explicitamente definidas. Estão habituados a que o líder pense por elas, e não no líder que as treine para pensarem por si mesmas (Follet, 1997). Segundo esta autora, o líder não deve tomar decisões por seus subordinados, mas ensiná-los a lidar com seus problemas, tomar suas próprias decisões, pois correm o risco de na sua ausência, ficarem completamente perdidos, prejudicando a qualidade dos serviços prestados.

Em outro depoimento, o funcionário considera que “tem muito chefe que por ser novinho, valoriza muito a técnica, mas esquece do funcionário, só exige, mas não elogia,

falta ser mais humano, nós temos sentimento”. Nesse sentido Follet (1997, p.187) entende que “a liderança pode ser aprendida e para que os líderes tenham sucesso em seus contatos diretos com as pessoas precisam conhecer como e quando elogiar, como e quando apontar erros, que atitudes tomar perante as falhas”. Grande parte dos profissionais, ao se graduarem, possuem amplos conhecimentos teóricos, no entanto tem dificuldade em aplicá-los na prática devido a uma série de fatores internos e externos. Muitas vezes enquanto estudantes, não tiveram oportunidade de tomar decisões, limitaram-se a seguir a determinação de seus professores e posteriormente quando profissionais, perpetuam essa prática com seus subordinados, considerando que os mesmos não tem capacidade para resolver determinadas situações. Outro fator que contribui bastante para dificultar a comunicação, tem sido o fato de que o líder não repassa o feedback das atividades desenvolvidas pelo funcionário. Se o mesmo realiza o seu trabalho com eficiência, competência, criatividade deveria ser elogiado, motivado para o processo de melhoria contínua; no entanto é mais comum observarmos que o líder limita-se a apenas apontar falhas ou erros que eventualmente tenham sido cometidos, sem no entanto oferecer uma avaliação sistematicamente, com intuito de capacitar e desenvolver o funcionário através de uma educação em serviço planejada de acordo com as necessidades identificadas.

Neste sentido Poletto (1998) enfatiza as vantagens da liderança integrativa, que ao contrário da liderança verticalizada, favorece a integração dos saberes e contribui com o crescimento grupal e individual dos membros da equipe. “Proporciona ao mesmo tempo um processo mútuo e constante de ensinar e aprender uns com os outros, formando nesse

movimento, uma teia de relações interdependentes a um todo indivisível, que impele para os desafios da superação das relações piramidais” (Poletto, 1998, p.3).

Assim, um dos maiores desafios do administrador é o de conseguir conhecer, alocar e coordenar um conjunto de pessoas, cujas necessidades, características, qualificações, conhecimentos e experiências são bem diferentes, para executar uma enorme quantidade de atividades diversificada; pois não é possível garantir qualidade para os clientes, sem que se proporcione qualidade no ambiente de trabalho.

Tabela n.º 12.a

Distribuição que representa como o funcionário do Hospital Santa Catarina considera a qualidade da supervisão que recebe no seu trabalho.

Opções:

- 1 3 - Pouca qualidade. Demonstra pouco conhecimento, fiscaliza e impõe regras. Não permite criatividade, crescimento pessoal. É extremamente crítico. Não possui autonomia e poder de decidir. Não se atualiza porque a empresa não oferece condições
- 3 5 - Boa qualidade. Demonstra conhecimento específico do setor. Apresenta certa autonomia e poder de decisão. Repassa informações recebidas. Permite o desenvolvimento de habilidades pessoais. Faz críticas e aceita críticas e sugestões de acordo com o momento. Quando a empresa oferece condições, procura se atualizar (congressos, jornada)
- 5 7 - Ótima qualidade. Demonstra conhecimento específico do setor e geral da organização e mercado. Tem autonomia e poder de decisão. Motiva os funcionários a desenvolver habilidades e criatividade. Faz e aceita sugestões, de forma que o funcionário se sinta participante da instituição. Está constantemente se atualizando

		Período		Antes de 1991		Atualmente	
		FA	FR	FA	FR		
Qualidade Chefia	1 3	06	17,1	01	2,9		
	3 5	25	65,8	13	37,1		
	5 7	06	17,1	23	60,0		
	Total	37	100	37	100		

Fonte: Instrumento de coleta de dados elaborado pela pesquisadora - PEPS - UFSC e aplicado ao Hospital Santa Catarina. Blumenau - SC, 1999.

Tabela n.º 12.b

Distribuição que representa como o gerente/supervisão do Hospital Santa Catarina considera a qualidade da gerência que recebe no seu trabalho.

Qualidade Chefia	Período		Da Admissão		Atualmente	
			FA	FR	FA	FR
1	3		03	20,0	01	6,7
3	5		10	60,0	05	33,3
5	7		03	20,0	10	60,0
Total			16	100	16	100

Fonte: Instrumento de coleta de dados elaborado pela pesquisadora - PEPS - UFSC e aplicado ao Hospital Santa Catarina. Blumenau - SC, 1999.

A tabela n.º 12.a demonstra que no período anterior a 1991, a grande maioria da amostra de funcionários (65,8%) optou pela faixa 3 5, que corresponde a uma boa qualidade de supervisão, seguida das faixas 5 7 e 1 3 (17,1%), que considera como ótima a supervisão recebida e pouca qualidade na supervisão respectivamente. No período atual, a preferência foi para a faixa 5 7 (60,0%), seguida da faixa 3 5 (37,1%) e da faixa 1 3 (2,9%).

Na tabela 12.b os gerentes/supervisores no período da admissão também optaram preferentemente pela faixa 3 5 (60,0%), seguida das faixas 1 3 e 5 7 (20,0%, respectivamente). No período atual, houve a inversão, sendo mais escolhida a faixa 5 7 (60,0%), seguida da faixa 3 5 (33,3%) e da faixa 1 3 (6,7%).

Comparando-se as duas tabelas, pode-se concluir que a maioria dos representantes das duas amostras (60,0%, respectivamente) considera que atualmente a supervisão é de ótima qualidade. Apenas 2,9% da amostra de funcionários e 6,7% da amostra de gerente/supervisor consideraram pouca a qualidade da gerência.

A tarefa de desempenhar com qualidade cargos de gerência, tendo em vista as transformações que estão ocorrendo no sistema produtivo, no mercado e na organização do trabalho é árdua. A utilização de novas estratégias de gestão que visam a melhoria contínua e a

avaliação constante exigem também a aprendizagem constante em diferentes áreas do conhecimento, além da rapidez na análise dos problemas, nas tomadas de decisão, na proposição de soluções, no direcionamento dos caminhos para atingir os objetivos da organização que por sua vez é composta de equipamentos e pessoas. Demonstrar competência diante de tal complexidade, envolve não apenas processos de formação estruturados nos modelos tradicionais, mas sim uma mistura de habilidades técnicas e conhecimentos de natureza geral, de capacidade de especificação, de experiências diversificadas em diferentes contextos sociais e psicológicos.

Este não é um problema simples uma vez que seus reflexos podem afetar a qualidade de vida das pessoas e a qualidade do processo/produto (serviço). O desempenho profissional requer mais do que o conhecimento adquirido em um processo cumulativo e mecânico, requer ultrapassar percursos complexos, diferentes, heterogêneos que proporcionem a capacidade de tomar decisões responsáveis, na presença de eventos imprevistos e a facilidade de estabelecer relações entre pessoas no âmbito interno e externo das organizações a que pertencem (Meghnagi, 1998, p.74).

Assim Lúcio e Sochaeczwski (1998, p.104) consideram necessário não apenas o conhecimento específico, mas a inclusão de elementos comportamentais como iniciativa, participação, discernimento, envolvimento e compromisso, adquiridos no processo de educação básica e familiar. Desta forma, de acordo com as experiências vivenciadas quantitativamente e qualitativamente, o trabalhador pode apresentar melhor capacidade de enfrentamento, adaptação a novas situações, compreensão global de um conjunto de tarefas, bem como abertura para novas aprendizagens e o desenvolvimento da criatividade para tomar decisões sobre os imprevistos.

Diante deste quadro cabe as organizações desenvolver um processo seletivo que possibilite a escolha de profissionais através de critérios não essencialmente técnicos, portanto mais difíceis de ser avaliados. Como então identificar o profissional com o perfil adequado para o cargo?

Neste sentido, Albrecht e Bradford (1992) e Bom Sucesso (1998) aconselham as organizações para fazerem uso das pesquisas de opinião que realizam com os seus clientes. Para eles, saber o que é importante para os seus clientes é fundamental para escolher a pessoa certa para o trabalho certo, pois não tem sentido contratar pessoas que não tem boa vontade ou disposição para lidar com as outras, independente do conhecimento técnico que possuam.

Por outro lado, as organizações deverão continuamente realizar pesquisas de opiniões além dos clientes, também com os seus trabalhadores, para identificar necessidades e oferecer condições de aprendizagem não apenas formais e específicas, mas abrangentes. Quando o indivíduo se sente preparado, auto-confiante e motivado, satisfeito com seu trabalho, apresenta melhores condições de proporcionar serviços, que também satisfaçam o cliente.

Relacionando o exposto acima e os resultados apresentados no estudo com relação a satisfação das amostras em relação a qualidade do gerente/supervisor, podemos inferir que o Hospital Santa Catarina vem desenvolvendo políticas e estratégias que visam a qualificação dos recursos humanos.

Segundo o administrador, o hospital tem clareza da importância dos recursos humanos e do retorno que pode ser conseguido através do investimento na sua qualificação.

O gerente de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos reforça a idéia, afirmando que cada gerente/supervisor deve ser um multiplicador, tentando passar e

receber tecnologia a todos os funcionários visando o atendimento diferenciado aos clientes. Enfatiza os princípios estabelecidos no planejamento estratégico: cliente como centro das atenções, desenvolvimento e valorização dos funcionários, qualidade e competitividade nos serviços, conscientização e valorização do corpo clínico, investimento no desenvolvimento tecnológico, comportamento ético, honestidade, respeito e comprometimento, além da preservação da história e cultura da organização.

Para o administrador, “estabelecer uma política de qualidade, é um processo longo, incremental, que se consegue com paciência, honestidade, determinação e valorização de toda a equipe. É preciso investir nas pessoas, oferecer condições para desempenharem as suas funções com satisfação e segurança.

“Com este propósito estamos melhorando o ambiente físico, equipamentos e materiais; a segurança no trabalho (SCIIH, CIPA); realizamos visitas a outras instituições regionais, nacionais e internacionais, proporcionamos oportunidades para cursos de especializações e de aprimoramento; oferecemos curso de auxiliar de enfermagem, visando a preservação da cultura e os princípios do hospital; desenvolvemos anualmente o planejamento estratégico e tático e logo iniciaremos o operacional, buscando uma maior participação dos funcionários nas decisões; terceirizamos serviços, buscando o pioneirismo e a referência em determinadas áreas de

atuação; implantamos os 5 S; oferecemos participação nos lucros e outros benefícios aos funcionários, entre outros. Sabemos das dificuldades, mas procuramos cercar-nos de pessoas sérias, comprometidas com a nossa missão”.

Diante do exposto e dos resultados das tabelas 12.a e 12.b, podemos concluir que a maioria da amostra pesquisada considera ótima a qualidade dos gerentes/supervisores do Hospital Santa Catarina atualmente, indicando uma melhora em relação ao período anterior pesquisado. Acreditamos desta forma, que as inovações na tecnologia de gestão tenham contribuído sobremaneira para o alcance desses resultados.

6.5. Dados referentes às inovações tecnológicas (Tabelas 13 à 15)

Tabela n.º 13.a

Distribuição que representa como o funcionário do Hospital Santa Catarina percebe a comparação (*benchmarking*) do seu trabalho com de outros colegas, de outros setores da instituição, ou de outras instituições que prestam o mesmo tipo de serviço.

Opções:

- 1 3 - Nunca percebi a comparação entre o meu modo de trabalhar com de outros colegas, da mesma instituição ou de outra empresa
- 3 5 - Uma vez ou outra percebo que existe comparação entre a maneira de efetuar as atividades, e somos estimulados, em algumas ocasiões, a modificar a prática, para melhorar o serviço prestado
- 5 7 - Existe uma comparação constante, inclusive com instituições de outras localidades. Quando um supervisor ou gerente participa de congresso, curso ou visita outros hospitais, sempre propõem novas maneiras de prestar um melhor serviço

Período	Antes de 1991		Atualmente	
	FA	FR	FA	FR
Comparação de Processos				

(Benchmarking)					
1	3	20	54,0	05	13,5
3	5	15	40,5	11	29,7
5	7	02	5,5	11	56,8
Total		37	100	37	100

Fonte: Instrumento de coleta de dados elaborado pela pesquisadora - PEPS - UFSC e aplicado ao Hospital Santa Catarina. Blumenau - SC, 1999.

Tabela n.º 13.b

Distribuição que representa como o gerente/supervisor do Hospital Santa Catarina percebe a comparação (*benchmarking*) do seu trabalho com de outros colegas, de outros setores da instituição, ou de outras instituições que prestam o mesmo tipo de serviço.

Comparação de Processos (Benchmarking)	Período	Da Admissão		Atualmente	
		FA	R	FA	FR
1	3	03	18,7	-	-
3	5	07	43,7	02	12,5
5	7	06	37,6	14	87,5
Total		16	100	16	100

Fonte: Instrumento de coleta de dados elaborado pela pesquisadora - PEPS - UFSC e aplicado ao Hospital Santa Catarina. Blumenau - SC, 1999.

A tabela n.º 13.a demonstra que, no período anterior a 1991, a amostra pesquisada considera predominante a faixa 1 3, que corresponde a não perceber a comparação do seu trabalho com o de outras pessoas (54,0%), seguida da faixa 3 5 em que percebe a comparação uma vez ou outra, e por último a faixa 5 7, em que percebe uma comparação constante do seu trabalho. No período atual há uma inversão, sobressaindo-se a faixa 5 7 (56,8%), seguindo-se a de 3 5 (29,7%), e a de 1 3 (13,5%).

Na tabela n.º 13.b, encontramos no período de admissão a faixa 3 5 como a mais citada (43,7%), vindo a seguir a faixa 5 7 (37,6%) e por último a faixa 1 3 (18,7%). No período atual também encontramos uma inversão, preferindo a amostra de gerentes/supervisores a faixa 5 7 (87,5%) e 3 5 (12,5%).

Comparando-se os resultados genericamente das duas tabelas percebe-se que ambas as amostras concordam que atualmente o grau de comparação aumentou, em relação ao primeiro período pesquisado. Apenas na amostra de funcionários encontramos 13,5% que consideram que

anteriormente a comparação era maior ou então, que o grau de comparação não mudou, ou nunca percebeu comparação alguma.

Através da transcrição das falas de alguns funcionários, encontramos dados qualitativos que nos auxiliaram na análise:

- “sempre que os supervisores ou enfermeiras saem para fazer um curso, trazem novidades e passam para os funcionários. Às vezes é um material novo que facilita o trabalho”;
- “estamos sempre sendo controlados”;
- “melhorou bastante, tem bastante gente saindo para fazer cursos fora”;
- “não mudou nada, nunca percebi comparação”;
- “ah! Sim, o hospital está investindo nisso, na próxima semana eu e um colega, iremos visitar alguns hospitais para ver como funciona...” .

Como pode-se perceber algumas pessoas consideram a comparação como algo positivo, que pode melhorar o seu processo de trabalho, outros, a encaram como um aspecto negativo, e outros nem a percebem.

Tal fato pode estar relacionado com a forma empírica que o *benchmarking* é praticado no Hospital Santa Catarina. Não é sistemático, ou estruturado, não segue uma metodologia, assim não existe uma equipe ou responsáveis por este papel específico. As coletas e informações para o *benchmarking* no Hospital Santa Catarina ocorrem esporadicamente, através de Congressos, jornadas, cursos em que os atores participam, ou, quando sentem a necessidade de conhecer processos e modelos para reforma ou implantação/ampliação de novos serviços.

Quanto aos tipos de *benchmarking* descritos na literatura: interno, competitivo e funcional; o Hospital Santa Catarina demonstrou através da coleta de dados, que realiza os três, empiricamente como enfatizado anteriormente. O *benchmarking* interno, vem sendo bastante enfatizado, até porque está sendo instituído o “custo por unidades”, pretendendo identificar os pontos críticos e os pontos-chaves de sucesso. O *benchmarking* competitivo também é realizado com concorrentes da própria cidade ou região como forma de manter a vantagem competitiva em alguns nichos do mercado. O *benchmarking* funcional é realizado, segundo o administrador durante as viagens esporádicas do mesmo a feiras internacionais de produtos hospitalares, bem como através de visitas a hospitais americanos, alemães, entre outros, especialmente com o intuito de conhecer inovações que possam promover a melhoria organizacional.

Paladini (1997, p.78) considera que

“cada análise feita dos serviços prestados por nossos concorrentes traz vários desafios: conhecer os mecanismos adotados, entender seu funcionamento, verificar seus pontos fortes e fracos para a seguir, tentar adaptá-lo a nossa realidade, ou então, gerar mecanismos alternativos de desempenho melhor. Isso estimula a criatividade, a ação inovadora, em busca de novas idéias, modificando a mentalidade da empresa, sempre atenta ao mercado e ao consumidor, voltada para a produção do melhor, sendo portanto uma ótima cultura da qualidade”.

Tabela n.º 14.a

Distribuição que representa como o funcionário do Hospital Santa Catarina percebe a comunicação com funcionários de outras empresas (terceirizadas) que atuam dentro do hospital.

Opções:

- 1 3 - Não existem outras empresas. Todos somos funcionários do Hospital, apenas trabalhamos em setores diferentes
- 3 5 - A comunicação é boa. Em alguns momentos porém, dificultam o nosso trabalho, pois precisamos parar o que estamos fazendo para que possam prestar o seu serviço, atrasando o nosso
- 5 7 - A comunicação é ótima. Facilitam o nosso trabalho. Existe uma colaboração mútua, são muito prestativos. Os clientes ficam satisfeitos com o atendimento

Comunicação	Período	Antes de 1991		Atualmente	
		FA	FR	FA	FR

com terceiros					
1	3	22	60,0	02	5,4
3	5	10	27,0	12	32,4
5	7	05	13,0	23	62,2
Total		37	100	37	100

Fonte: Instrumento de coleta de dados elaborado pela pesquisadora - PEPS - UFSC e aplicado ao Hospital Santa Catarina. Blumenau - SC, 1999.

Tabela n.º 14.b

Distribuição que representa como o gerente/supervisor do Hospital Santa Catarina percebe a comunicação com funcionários de outras empresas (terceirizadas) que atuam dentro do hospital.

		Período	Da Admissão		Atualmente	
			FA	FR	FA	FR
Comunicação com terceiros	1	3	04	25,0	-	-
	3	5	11	68,7	11	68,7
	5	7	01	6,3	05	31,3
	Total		16	100	16	100

Fonte: Instrumento de coleta de dados elaborado pela pesquisadora - PEPS - UFSC e aplicado ao Hospital Santa Catarina. Blumenau - SC, 1999.

A tabela n.º 14.a demonstra que no período antes de 1991 a amostra dos funcionários pesquisados, considerou preferentemente a faixa 1 3 (60,0%), correspondente ao desconhecimento da existência de outras empresas na organização. Outros optaram pela faixa 3 5 (27,0%), porque consideram que a comunicação entre funcionários do hospital e das empresas terceirizadas é boa. Apenas 13,0%, neste período a consideraram ótima. No período atual, a grande maioria da faixa 5 7 (62,2%), seguida da faixa 3 5 (32,4%) e da faixa 1 3 (5,4%).

Na tabela n.º 14.b, no período da admissão, os gerentes/supervisores escolheram em maior número, a faixa 3 5 (68,7%), seguida da faixa 1 3 (25,0%) e da faixa 5 7 (6,3%). Atualmente optaram apenas pelas faixas 3 5 (68,7%) e 5 7 (31,3%). A faixa 1 3 não foi citada.

Ao compararmos os resultados das duas tabelas, verifica-se que alguns funcionários da amostra, não relacionaram a data de início das terceirizações, em 1993; e, optaram pelas faixas 3 e 5 e 5 e 7, em um período em que os “terceiros” ainda não existiam no hospital, fato que pode ser explicado em função da tendência das pessoas a esquecerem fatos passados, ou alterarem a sua interpretação à medida que o tempo passa seletivamente esquecendo ou adicionando informações e significados. Por outro lado, parece haver uma diferença na escolha das duas amostras, no período atual. Os funcionários consideram preferentemente que a comunicação é ótima (62,2%) e os gerentes/supervisores, que é boa (68,7%). Acreditamos que tal fato possa estar relacionado a comunicação entre pessoas de cargos e funções semelhantes. Assim os funcionários do hospital, tem mais contato com os funcionários das áreas terceirizadas, no nível operacional, e consideram que se ajudam mutuamente. Muitos funcionários relataram, que não os vêem como pertencendo a outra empresa, pois estão totalmente integrados. Na opinião desta amostra, dificilmente atrapalham o serviço, pelo contrário, ajudam, diminuindo o número de tarefas que antes eram da responsabilidade deles como por exemplo a nebulização, exercícios respiratórios, que hoje são atividades desenvolvidas por funcionários da terceirizadas Centromed.

Os funcionários das unidades terceirizadas em seus relatos, também confirmam a opinião do pessoal do hospital. Com raras exceções são bem aceitos, e recebem colaboração. Vale ressaltar que muitos deles são antigos funcionários do hospital e por esta razão não são diferenciados como pertencentes a outra organização.

Os gerentes responsáveis pelas unidades terceirizadas, consideram ter uma boa relação com a direção e administração do hospital. Afirmam que a terceirização trouxe ao hospital ganhos favoráveis com a aquisição de equipamentos de ponta, profissionais

especializados e de renome; por outro lado, a empresa terceirizada, beneficia-se de uma maior autonomia que agiliza as tomadas de decisão, facilitando a aquisição de tecnologia, e tornando-se uma opção estratégica para reduzir custo e melhorar a produtividade, e a qualidade dos serviços oferecidos. Os relatos do administrador corroboram com estas afirmações.

Observamos durante a coleta de dados, que grande parte das unidades terceirizadas, apesar de encontrarem-se em local pouco espaçoso, possuem um ambiente extremamente agradável no que se refere a climatização do ambiente; mobiliário; confortos oferecidos aos clientes como água gelada, cafézinho, biscoitos; bem como instalações confortáveis e modernas para os funcionários. Como o número de funcionários é reduzido e o contato com o gerente

responsável é muito próximo parece haver um clima de cooperação e participação bastante satisfatório, percebido nas conversas com funcionários e gerência.

Na pergunta aberta feito às amostras, com relação as principais mudanças positivas, foi bastante enfatizado os benefícios oferecidos à partir da terceirização, entre eles destacamos a tecnologia de materiais e recursos humanos, diversificação de profissionais da saúde, e dos serviços oferecidos, alguns deles, pioneiros na região como o Centro de Fertilização Humana, a Litotripsia, Cirurgia Cardíaca entre outros que acabaram por agregar valor ao produto final oferecido (serviço).

Na amostra de gerentes/supervisores pesquisada do Hospital Santa Catarina, verificou-se como citado anteriormente que a maioria (68,7%), tanto no período da admissão como atualmente, consideram que a comunicação com os serviços terceirizados é boa (faixa 3 a 5). Não ter alcançado o escore mais alto pode estar relacionado ao fato de que a maior parte dos gerentes responsáveis pelas unidades terceirizadas são médicos e alguns representantes da amostra consideram ainda difícil o relacionamento com este profissional.

Um dos motivos que pode estar dificultando o relacionamento entre os profissionais da equipes de saúde é justamente a falta de comunicação, que pode ser ocasionada por diferentes fatores. Entre eles, a falta de um local adequado, sala de reuniões ou sala de estudos, que permita que os profissionais da equipe se encontrem para trocar informações e discutir aspectos relativos às necessidades dos clientes. Outro fator que contribui é a dificuldade em fazer com que os médicos compareçam as reuniões, mesmo com interesse em participar, estes afirmam não poder, devido ao grande número de ocupações que não lhes permite dispor deste tempo.

Epstein (1977, p.121), no entanto questiona esta falta de tempo e considera que

“em uma equipe todos tem uma contribuição importante a fazer para a cura do paciente. Acredita que alguns médicos agem desta forma com receio de que sua conduta venha a sofrer alterações, de que não possa mais exigir que as suas ordens sejam cumpridas à risca e sem discussão, ou ainda que seja compelido a submeter seu comportamento e suas opiniões ao julgamento crítico do restante da equipe na qual sempre assumiu uma posição de alta reverência”.

Por outro lado, o mesmo autor afirma que os demais profissionais parecem temer encarar o fato de que como membros da equipe, também devem insistir na liberdade de fazer sugestões e julgamentos profissionais e de assumir a responsabilidade por tais sugestões, responsabilidade esta, que vai além do cumprimento de ordens médicas.

Em análises anteriores ressaltamos a importância da valorização e motivação de todos os trabalhadores na melhoria do desempenho das organizações. Tal como é útil investir no aperfeiçoamento de técnicas de produção, também é útil identificar como o setor produtivo pode atingir níveis melhores de desempenho, pelo envolvimento dos trabalhadores responsáveis pela produção. Assim cabe aos gerentes conhecer cada vez melhor os problemas que caracterizam os recursos humanos, para em seguida propor soluções para eles.

Nas instituições de saúde, há evidências de que as velhas idéias e normas de condutas diferenciadas estão para se extinguir, uma vez que geram muitas vezes hostilidade, falta de confiança e de respeito que prejudicam o processo produtivo e a qualidade da assistência ao cliente.

Observa-se que as inovações introduzidas no sistema produtivo e no sistema de gestão (novas tecnologias de gestão), tem provocado não apenas mudanças em alguns padrões culturais, mas também nas relações de poder, no espaço que a mão de obra direta, começa a ocupar nas estratégias da empresa, garantindo maior participação nas decisões.

No Hospital Santa Catarina verificam-se iniciativas neste sentido, introduzidas de forma gradual à partir da formulação do planejamento estratégico de 1998 como exposto anteriormente. A ocupação do cargo de gerência médica, que até então estava vago no organograma da instituição parece ter aberto um canal de comunicação importante, de reivindicação e entendimento entre os componentes da equipe de saúde e equipe administrativa. O fato de ter um representante nas reuniões que discutem assuntos relativos

ao papel de cada um no trabalho e desempenho do conjunto tem facilitado a identificação de problemas e a proposição de alguns caminhos na tentativa de solucioná-los. Desta forma abre-se um estreito caminho que poderá ser ampliado, contribuindo para o aperfeiçoamento da qualidade do produto, como também da qualidade de vida do trabalhador, com a melhoria do clima interno e a participação e o comprometimento dos trabalhadores em geral.

Tabela n.º 15.a

Distribuição que representa como o funcionário do Hospital Santa Catarina percebe a missão, filosofia e objetivos da instituição repassada pela chefia.

Opções:

- 1 3 - Desconhece. Os supervisores ou chefia imediata nunca falaram nada a respeito. Não sabe se existem na instituição
- 3 5 - Considera que é importante conhecê-los. Os supervisores ou chefia imediata já falaram a respeito, mas não explicaram muito bem. Não está muito claro para que servem
- 5 7 - Considera que sejam ótimos para instituição. Os supervisores ou chefia imediata conversam com frequência a respeito, pedindo inclusive sugestões e opiniões sobre como melhorar o serviço para o cliente

Período		Antes de 1991		Atualmente	
		FA	FR	FA	FR
Conhecimento sobre missão, filosofia e objetivos	1 3	20	54,3	04	11,5
	3 5	12	31,4	08	22,8
	5 7	05	14,3	25	65,7
	Total	37	100	37	100

Fonte: Instrumento de coleta de dados elaborado pela pesquisadora - PEPS - UFSC e aplicado ao Hospital Santa Catarina. Blumenau - SC, 1999.

Tabela n.º 15.b

Distribuição que representa como o gerente/supervisor do Hospital Santa Catarina percebe a missão, filosofia e objetivos da instituição.

Período		Da Admissão		Atualmente	
		FA	FR	FA	FR
Conhecimento sobre missão, filosofia					

e objetivos					
1	3	06	40,0	-	-
3	5	04	20,0	01	6,7
5	7	06	40,0	15	93,3
Total		16	100	16	100

Fonte: Instrumento de coleta de dados elaborado pela pesquisadora - PEPS - UFSC e aplicado ao Hospital Santa Catarina. Blumenau - SC, 1999.

A tabela 15.a demonstra que, no período anterior a 1991, a maioria da amostra de funcionários desconhecia a missão, filosofia e objetivos da instituição (54,3%), faixa 1 3, seguida da faixa 3 5 (31,4%) que considera importante conhecê-las e da faixa 5 7 que considera ótimo conhecê-las. No período atual, houve uma inversão, sendo mais citada (65,7%) a faixa 5 7, seguida da faixa 3 5 (22,8%) e da faixa 1 3 (11,5%).

Na tabela 15.b, a amostra de gerentes/supervisores optou igualmente no período de admissão pela faixa 1 3 e 5 7 (40,0%), respectivamente, seguida da faixa 3 5 (20,0%). No período atual, a grande maioria (93,3%) optou pela faixa 5 7, apenas 6,7% pela faixa 3 5; a faixa 1 3 não recebeu indicação neste período.

Comparando-se os resultados das duas tabelas podemos inferir que a grande maioria dos sujeitos da amostra considera ótimo conhecer a missão, filosofia e objetivos da instituição e que os supervisores ou chefia imediata conversam com frequência a respeito, pedindo inclusive sugestões e opiniões sobre como melhorar o serviço para o cliente. No entanto fica claro que este percentual é bem maior na amostra de gerentes/supervisores (93,3%) em relação a amostra de funcionários (65,7%). Vale ressaltar que 11,5% da amostra de funcionários refere desconhecer a missão, filosofia e objetivos do hospital.

De acordo com o marco conceitual descrito no capítulo 4, estabelecer a missão, objetivos e a filosofia da instituição, são etapas do planejamento estratégico tradicional proposto por Glueck e Jauch, apud Zacarelli (1995). Segundo esses autores na segunda etapa do fluxograma que esquematiza a lógica do planejamento estratégico, devem ser

definidas a missão e/ou filosofia e objetivos da empresa, considerados como indispensáveis ao processo de planejamento.

Ackoff (1982) entende que a responsabilidade pela definição na missão/filosofia e objetivos estratégicos corresponde aos cargos localizados no nível mais elevado da organização. No Hospital Santa Catarina, segundo o administrador, participaram desse processo no primeiro

momento o consultor, o administrador e os quatro gerentes, sendo implantado em 1996 o primeiro planejamento estratégico. À partir do ano seguinte já fizeram parte da sua elaboração também os supervisores, com o planejamento tático. Está previsto para breve, o planejamento operacional, com a participação dos demais funcionários.

Os sujeitos que participaram da amostra demonstraram em pergunta aberta sobre o planejamento estratégico, feita durante as entrevistas com os mesmos e que apresentamos nos depoimentos a seguir, o grau de entendimento, de acordo com a sua participação no processo:

- “anualmente é desenvolvido com os supervisores, onde é realizado uma análise dos pontos fortes e fracos, ameaças e oportunidades, definindo a missão, projeção de indicadores; definindo também as equipes que desenvolvem trabalhos em cima das prioridades, através do planejamento de ações estratégicas e táticas. Dá norte para a instituição, o que fazer para chegar aonde quer”;
- “são ações definidas pela empresa, por longo prazo, que são viáveis. Define metas e traça caminhos, meios para atingí-las”;
- “planejar o que vai ser feito, com avaliação constante”;
- “plano de ação para alcançar objetivos pré-determinados. Desenvolver ações para atingir metas. Prever com antecipação”;
- “programar o que deve acontecer no ano seguinte”;
- “objetivos definidos dentro da realidade de trabalho”;
- “traçar planos para um período pré-fixado. Está sendo feito, mas não participo diretamente”;
- “não sei”;
- “sei que o hospital faz, planejando os gastos, o que vai comprar de acordo com a prioridade”;
- “previsão à partir do momento atual, auxilia na tomada de decisão”;
- “colocar no papel o que se quer realizar, dentro do que se apresenta para sobreviver; estabelecer a missão da empresa”;

- “envolvimento”;
- “algo muito bom, atualizado, pensado”;
- “instrumento necessário para fazer um bom trabalho”.

Observou-se que dos trinta e sete sujeitos que pertencem a amostra dos funcionários, quatorze (37,8%) não souberam informar nada à respeito do planejamento estratégico, mesmo que na pergunta fechada tenham considerado ótimo conhecer a missão/filosofia e objetivos do

hospital. No entanto, os demais demonstraram que mesmo não tendo uma idéia muito clara a respeito, consideram como algo positivo e bom para a instituição; relacionam com objetivos, planos para o futuro, metas para o melhoramento, organização entre outros.

Na amostra de gerentes/supervisores, sujeitos que participam na elaboração do planejamento estratégico e tático verifica-se uma melhor compreensão, embora não na amplitude de um processo coordenado e integrado. Segundo Ansoff et al. (1990, p.103) “um processo de planejamento efetivo requer clareza da parte dos grupos participantes e de seus membros individuais, em todas as matérias”.

O processo de esclarecimento no planejamento pode levar a falta de motivação, ou pela frustração ou pelo conflito. Se tais conflitos ou frustrações não forem tratados de maneira correta, podem levar a uma eventual dissolução do grupo (Ansoff et al., 1990).

No caso do Hospital Santa Catarina, no entanto, parece que este fato não vem ocorrendo, pelo contrário, as pessoas demonstram motivação e interesse em participar cada vez mais, provavelmente relacionadas a forma como o processo vem sendo desenvolvido na instituição, de forma gradativa. Segundo o administrador, “os objetivos e metas são traçados de acordo com a situação financeira, política e econômica, pois a empresa que quiser sobreviver, tem que ser administrada com a mente aberta e caminhar de acordo com as circunstâncias”.

Assim, entendemos por tudo o que foi descrito em análises anteriores, que a instituição pesquisada vem procurando desenvolver o planejamento estratégico não formal, baseado no modelo *means-way-ends* (meios-modos-fins) proposto por Hayes (1993). Segundo este modelo, a empresa deve começar investindo no desenvolvimento de suas capacidades, com uma visão ampla (meios). Depois deve treinar trabalhadores e gerentes numa diversidade (variedade) de trabalhos, educá-los sobre a situação competitiva geral e as ações de competição específicas, ensiná-los como identificar problemas, como desenvolver soluções para eles, e como persuadir outros a seguirem suas recomendações. Isto deve

ocorrer de forma que os trabalhadores e gerentes ganhem experiência ao experimentar novas tecnologias e técnicas, vindo a entender gradativamente suas capacitações e obrigações. Os gerentes devem ter tarefas variadas, desenvolvendo um entendimento amplo dos mercados, tecnologias e setores da empresa. Em segundo lugar, a medida em que as capacidades desenvolvem-se e as oportunidades tecnológicas e de mercado aparecem, a empresa deve encorajar os gerentes da organização para explorar as relações onde elas ocorrem (modos),

buscando atividades corporativas. Desta forma não se desenvolvem planos e buscam-se capacidades, mas “constroem-se” capacidades e encoraja-se o desenvolvimento de planos para explorá-las, oportuniza-se a melhoria contínua num ambiente dinâmico. Por último, as atividades diferentes não virão de um *set* de direção ou controles. Pelo contrário, virão de um balanço entre a integração, numa organização camarada e instintiva, de valores enraizados numa visão de longo prazo, onde todos querem tornar-se um grupo coeso e compassado. Hayes (1990) lembra no entanto, que um compasso não é um *fim*, mas fornece um senso de direção, um meio para uma variedade de possíveis fins.

De outra forma Mintzberg (1979) entende que existem três modos de formular estratégias, conforme descrito no marco conceitual, o modo empreendedor, modo adaptativo e o modo planejamento. Classificaríamos o modo planejamento, como sendo empregado no Hospital Santa Catarina, onde a empresa preocupa-se com as inovações, porém seus passos são cautelosos e formalizados. Busca prevenir-se de possíveis entraves que venham a ocorrer durante o percurso de implantação de uma estratégia. Procura concentrar-se na análise sistemática, particularmente na avaliação de custo-benefício de propostas correntes, formulando estratégias de forma detalhada, para tentar maximizar os resultados da empresa.

Corroboram com a nossa classificação, uma rápida avaliação feita pelo administrador em uma das nossas últimas conversas. Para ele as políticas administrativas estão claras para todo o hospital, desde o funcionário mais humilde; tem sido efetuado treinamentos constantes com os funcionários nas áreas específicas e global, porque a meta é chegar a qualidade total, embora reconheça que é um processo gradativo e lento. A estrutura física está constantemente sendo reformada e ampliada, porém estamos em débito com os nossos colaboradores, uma vez que não temos um vestiário condizente, ou ambientes de trabalho mais amplos, mas acreditamos que o centro clínico anexo ficando pronto, instalaremos para eles um espaço bem melhor, inclusive com área de lazer. Realizamos pesquisa de opinião com os pacientes internados, e temos recebido muitos elogios, as críticas são em relação a área física, que não contempla muitos banheiros e outras situações

específicas que outros hospitais também os tem. Estamos implantando um sistema de informatização que é de primeiro mundo e outros hospitais já estão nos procurando para ver como funciona, embora ainda haja um pouco de resistência pelo pessoal de enfermagem, mas estamos oferecendo oportunidade de conhecer através de cursos. Já estamos ligados na *Internet*, por

opção dos gerentes/supervisores, não minha particularmente. Implantamos o centro de custos em cada departamento tem o seu orçamento, depois é realizado uma comparação entre o previsto e o que foi gasto, comparamos também entre setores; isto poucas empresas em Santa Catarina tem. Estamos padronizando medicamentos e fornecedores, usamos código de barra e medicação unitária, sendo separada na farmácia em saquinhos individuais de acordo com o horário prescrito. A escolha de materiais e equipamentos depende da área de serviço, cada gerente escolhe de acordo com o que tem de atual e seguro, para isso tem que estar atualizado, visitar feiras de produtos, participar de congressos e visitar outras instituições que empregam estes produtos. Implantamos o programa 5 S e praticamente todos os funcionários foram treinados, o nosso vigia hoje é o nosso recepcionista, queremos um controle de atendimento que satisfaça o cliente. Com relação a segurança, temos a CIPA, brigada de incêndio e CCIH, que são muito atuantes, inclusive com treinamentos frequentes para todos os funcionários. Estamos instituindo a comissão de avaliação, com 34 avaliadores, o cronograma já está pronto e é mais uma etapa para o programa de qualidade total. Estão sendo padronizadas as normas e rotinas em todas as unidades. Procuramos manter a cultura do hospital, desde o uso de toalhas bordadas, de crochê, feitas pelas senhoras da comunidade; jardins bem cuidados e arborizados; a limpeza; higiene; o pastor que passa nos quartos, oferecendo conforto e ouvindo as pessoas, independente do credo (é uma pessoa muito preparada com uma difícil missão, mas desenvolve com amor). Enfim, a qualidade do nosso produto é boa, mas podemos melhorar mais, as condições de trabalho, procuramos o melhor possível, estamos realizando as coisas de acordo com as condições. Estamos investindo muito na qualidade dos gerentes/supervisores e de todos os nossos colaboradores, desde a seleção, quando são contratados”.

Gostaríamos de finalizar a análise das tabelas com alguns depoimentos de funcionários/gerentes/supervisores sobre o que pensam a respeito do futuro do Hospital Santa Catarina, antes porém ressaltamos que 60% das duas amostras consideram que o mesmo irá “crescer”, entre os demais selecionamos:

- “no mercado competitivo ocorrem mudanças, caso as medidas sejam adequadas dentro das incertezas, pode-se caminhar para a missão de ser um centro de excelência”;
- “oferecer cada vez mais medicina especializada, atender as necessidades reais do cliente, atender a missão de ser o melhor hospital”;

- “concretizando os seus planos, através dos projetos de crescimento e ampliação”;
- “futuro de excelência, mas com dificuldades devido a problemas de relacionamento ocasionados pelas mudanças e crescimento”;
- “depende de se adequar a necessidade do mercado: *home care* e *day hospital* e saber entender o momento da concorrência, a Unimed já tem *day hospital*”;
- “atualmente autosustentável, no futuro com o centro clínico deverá ser um centro de referência regional e estadual”;
- “vai atingir os objetivos, qualidade no atendimento e técnica dos profissionais e equipamentos”.

6.6. Reflexos das inovações tecnológicas no Hospital Santa Catarina – uma síntese

A sobrevivência e a competitividade das organizações dependem cada vez mais das estratégias que orientam e direcionam suas opções, uma vez que estratégias inadequadas podem levar a resultados organizacionais inadequados, comprometendo a excelência dos resultados.

No estudo que realizamos pretendemos conhecer em uma organização hospitalar, os reflexos decorrentes da escolha e utilização de novas tecnologias de gestão sobre a qualidade do processo e do produto (serviço), qualidade de vida no trabalho e qualidade da gestão, à luz de um referencial teórico amplo. Assim é que apresentamos a seguir uma síntese desses resultados, representadas inicialmente por uma figura e posteriormente pela sua descrição.

a) Sobre a Qualidade do Processo e do Produto (Serviço) o nível de autonomia é inferior ao aspirado pelo nível operacional, entretanto satisfatório para os gerentes/supervisores. Os níveis mais altos da organização estabelecem as linhas de ação mais abrangentes (participam do planejamento estratégico e tático), e o nível operacional deve basear-se no controle e padronização, para as decisões mais simples. Dentro da classificação das fases de crescimento e desenvolvimento da empresa proposta por Boog (1991) pioneirismo, diferenciação e integração, acreditamos pelas características estar na fase de diferenciação em que são criados dois grupos, o corpo técnico gerencial que pensa, planeja e controla (múltiplos gerentes); e o corpo de executores com menor qualificação que toma decisões em condições de certeza, baseadas em normas e rotinas padronizadas, regulamentos e regimento. Nas instituições de saúde a autonomia e a tomada de decisão podem afetar sobremaneira a qualidade do serviço, uma vez que as decisões podem envolver risco de vida da clientela, devendo portanto ser respaldadas principalmente em área de conhecimento correspondente.

Com relação à estrutura física, equipamentos e materiais, as melhorias são contínuas, no entanto as reformas não beneficiaram todas as unidades; as mudanças seguem as prioridades estabelecidas no planejamento estratégico. As parcerias e terceirização ampliaram o número de serviços oferecidos e a tecnologia, porém o espaço físico restrito (crescimento interno) em algumas áreas ainda prejudica o fluxo das operações, elevam o tempo gasto em determinados processos. Por outro lado há consenso de que atualmente o trabalho é realizado com mais facilidade, devido também à melhor qualificação dos profissionais, conseguidas através de contratação de pessoas especializadas, treinamentos e capacitações. O caminho percorrido, no entanto, ainda parece ser longo; há muito que ser melhorado na estrutura física antiga predominante no hospital.

O Hospital Santa Catarina goza de uma ótima imagem não apenas local, mas regionalmente. Os funcionários acreditam que a instituição está se desenvolvendo continuamente, alcançando em breve seus objetivos e a missão de tornar-se um centro de referência para o Mercosul. O hospital tem demonstrado preocupação em atender às necessidades do cliente externo, para isso vem ampliando as suas fontes de informação, através de pesquisa de opinião de seus pacientes. Os resultados, após processados, são discutidos, avaliados em reuniões semanais dos gerentes/supervisores, possibilitando desenvolver ações prioritárias que satisfaçam melhor as necessidades do cliente. Nas pesquisas de opinião, a conceituação geral tem sido de ótima aceitação com relação aos serviços oferecidos. Com os clientes internos ainda não foi implantado um sistema formal e

regular como a instituição gostaria.

Os trabalhadores demonstram sentir-se mais satisfeitos com o seu trabalho, quando conseguem identificar a importância do mesmo no produto final (ou serviço prestado). Alguns tipos de serviços, prestados pelo Hospital Santa Catarina, requerem um número muito grande de tarefas e atividades, as quais implicam em conhecimento específico, não podendo ser desenvolvidos em sua totalidade por uma única pessoa, mas sim por uma equipe. Em relação à divisão de trabalho estão envolvidos uma série de fatores, entre eles a necessidade de um reconhecimento público por parte dos supervisores sobre a relevância do papel de cada um no serviço final oferecido.

Existe uma comparação constante dos processos e produtos, inclusive com instituições nacionais e internacionais. Sempre que um supervisor/gerente participa de congressos, cursos, jornadas ou visitas, propõe novas maneiras de prestar um melhor serviço. O *benchmarking* tem oferecido o conhecimento de outros processos e produtos, viabilizando as estratégias escolhidas e adotadas no sentido de melhorar ainda mais o serviço e satisfazer o cliente.

b) Sobre à Qualidade de Vida no Trabalho há uma grande preocupação com a segurança no trabalho. É reconhecida a ótima atuação da CIPA (Comissão Interna de Proteção de Acidentes) e do SCIH (Serviço de Controle de Infecção Hospitalar) através de utilização de equipamentos de proteção de acordo com as especificidades do trabalho. Responsabilizam-se também por treinamentos; mapa de riscos em todos os setores, inclusive os terceirizados, controle dos indicadores de infecção hospitalar, formação de brigada de incêndio, normas e rotinas em curativos, procedimentos de higienização, desinfecção e esterilização hospitalar. Todos esses fatores têm contribuído para a segurança tanto dos trabalhadores (clientes internos), como dos clientes externos, melhorando a qualidade de vida de ambos.

A remuneração do trabalho encontra-se na faixa intermediária, sugerindo que os benefícios oferecidos ainda não satisfazem plenamente a maioria dos funcionários e parte dos gerentes/supervisores. Quanto aos benefícios, é destaque o plano de saúde (100% dos trabalhadores). No entanto, curiosamente a participação nos lucros, praticada pela instituição, não foi enaltecida como era de se esperar, provavelmente relacionada a não ser um processo sistemático implantado na empresa, mas um benefício oferecido em relação aos excelentes resultados apresentados pela empresa (além da expectativa), nos dois anos em que foi oferecida.

Há necessidade de um plano de cargos e salários melhor definido, que possibilite outras formas de ascensão profissional e aumento salarial. Uma avaliação de desempenho

sistemático e não apenas a realizada durante o processo admissional ou demissional, pode facilitar o processo, compensando a ausência de maiores oportunidades em nível de cargos.

As possibilidades de crescimento e desenvolvimento pessoal no nível operacional estão relacionadas aos treinamentos oferecidos como implantação do programa 5 S, medidas de segurança da CIPA e de relações pessoais. Nas áreas específicas não existe um programa de educação continuado instituído (há previsão para breve). No nível gerencial/supervisores/chefia há estímulo e ajuda financeira para pós-graduação, congressos, jornadas, *benchmarking* em outras instituições.

O relacionamento interpessoal poderia ser mais harmonioso, integrado no nível vertical e horizontal. Há diferenças de percepção, sendo relevante o número de profissionais que demonstraram insatisfação com relação às interrelações. O reconhecimento da organização, no entanto de que ocorre falta de comprometimento, falta de espírito de equipe, competitividade crescente, bem como casos de pouca integração de médicos com a equipe de saúde identificado no planejamento estratégico, tem provocado esforços para minimizar esses fatores causadores de conflitos e baixo desempenho. Há indícios de aumento da frequência das reuniões, absorvendo e pulverizando informações que atualmente ainda são considerados incipientes pelo nível operacional.

A formação da comissão de facilitadores e avaliadores instituída no programa 5 S, tem demonstrado resultados satisfatórios, desde a sua implantação há um ano. O processo de sensibilização e as avaliações e reforços constantes apontam para sensíveis melhoras no senso de seleção, arrumação, limpeza. O senso de conservação obteve resultados mais modestos em função de algumas áreas físicas críticas, ainda não contempladas com reformas. O senso de disciplina que já era alto, na primeira avaliação aumentou ainda mais, alcançando a maior pontuação. Tais evidências parecem demonstrar que o fato das pessoas participarem ativamente em atividades diárias de limpeza, organização e inspeção faz com que o senso de responsabilidade pelo trabalho também aumente, desde que cada pessoa saiba sobre quais atividades é responsável. Quando o processo leva a resultados positivos e o funcionário consegue entender que ele também é responsável pelo processo, eleva a sua satisfação e motivação para o aperfeiçoamento contínuo.

As unidades terceirizadas são reconhecidas por terem proporcionado a instituição a introdução de novas tecnologias e por conseguinte novos produtos, alguns deles pioneiros na região como a litotripsia, cirurgia cardíaca e fertilização, possibilitando também aumento de

competitividade. A comunicação entre funcionários do hospital e terceirizados é considerado boa, especialmente porque muitos dos antigos empregados do hospital foram

aproveitados pelos terceiros e circulam pela instituição devidamente uniformizados e identificados sem qualquer problema.

O nível operacional do Hospital Santa Catarina reconhece que, muitas das atividades que eram por eles desenvolvidas antes das parcerias, saíram da sua responsabilidade. No entanto, a alta tecnologia trouxe a necessidade da multifuncionalidade, comum nas organizações atuais. O fato de assumirem novas e diferentes responsabilidades parece não estar suficientemente compreendido, talvez pelo fato de não se sentirem preparados o suficiente para desenvolvê-las. Assumir competências que antes eram designadas a outros profissionais comumente gera resistência; sentem-se sobrecarregados pelo número de atividades e o pouco tempo para realizá-las principalmente os funcionários mais antigos, que não conseguem compreender a racionalização dos recursos como uma das formas de manter a sobrevivência da empresa.

c) Sobre à Qualidade da Gerência o grau de conhecimento do supervisor/gerente demonstra ter sido ampliado, tanto nas questões específicas do seu setor (habilidades técnicas), como da instituição e do mercado de trabalho (habilidade conceitual). Este fato está relacionado à importância que o hospital tem dado à atualização desses profissionais. A preocupação ocorre desde o processo seletivo, quando procuram contratar pessoas com experiência e qualificação para a área de atuação. Esta qualificação proporciona aos líderes uma vantagem razoável para realização de técnicas administrativas utilizadas no hospital como o *benchmarking*, pois o seu conhecimento amplo permite distinguir quais as informações úteis (oportunidades de aperfeiçoamento e as inúteis, facilitando também o planejamento de ações que podem mudar a forma como a organização conduz os seus negócios diferenciando-as das demais (Spendolini, 1993).

Em nível gerencial, a informatização, a descentralização e a desburocratização gradativa, têm oportunizado maior autonomia e poder de decisão a estes profissionais. No entanto, alguns gerentes ainda parecem centralizadores, dificultando a comunicação com os liderados e a agilização na resolução de problemas. Ainda são comuns nas organizações os líderes autocráticos, escolhidos para chefias por reconhecimento ao esforço, ou por sua habilidade e conhecimento técnico, sem considerar as habilidades e atitudes pessoais capazes de mobilizar as equipes, com comprometimento, envolvimento para o alcance dos objetivos. Tal fato pode estar em função de

alguns supervisores/gerentes assumirem o cargo sem ter recebido na sua graduação os conhecimentos administrativos necessários, exercendo-o portanto de forma empírica; muitas vezes com receio, insegurança. Alguns estão presos as definições de autoridade que aprenderam nas escolas primária e secundária e

pensam que um líder precisa saber tudo. Sua concepção de líder é aquele que diz aos outros o que fazer, verifica se fazem ou não o que se espera deles e atua geralmente como monitor e supervisor do trabalho. As reuniões de equipe são sempre uma oportunidade para distribuir tarefas, perdendo-se a oportunidade de discutir, trocar idéias e proporcionar crescimento ao grupo, bem como um ambiente de trabalho produtivo e favorável.

As características básicas de um gerente/supervisor apontadas preferencialmente foram a capacidade de comunicação, seguida do conhecimento específico e geral, a honestidade nas relações, a segurança e autonomia na tomada de decisão. Entendem que o gerente/supervisor não deve ter capacidade apenas de absorver, mas de repassar informações e motivar os funcionários a desenvolver suas habilidades e criatividade, melhorando o clima organizacional, a qualidade de vida dos trabalhadores, fazendo com que o mesmo se sinta participante na instituição.

No que se refere ao *feedback* do desempenho do funcionário, observou-se que ainda é pouco praticado. Apenas alguns gerentes/supervisores o fazem informalmente. Explicitar ao funcionário se está satisfeito com a metodologia, com os meios que ele emprega para realizar o seu trabalho, não é tarefa fácil. Implica em realizar uma supervisão contínua e sistemática, que conduzirá a avaliação e a constatação das reais necessidades de melhorias no seu processo de trabalho. Por outro lado, para realizar a avaliação sistemática e contínua há que se estipular critérios que servirão de parâmetros para comparação não apenas quantitativa, mas também qualitativa entre funcionários de um mesmo setor, de setores diferentes e até de outras instituições. Os resultados das avaliações servirão de subsídios para o estabelecimento de planos estratégicos que possibilitem o alcance dos objetivos institucionais.

A qualidade da supervisão/gerência, de modo geral, foi considerada ótima, desempenhar com qualidade cargos de gerência, tendo em vista as transformações que estão ocorrendo no sistema produtivo, no mercado e na organização do trabalho é tarefa árdua. A utilização de novas estratégias de gestão que visam a melhoria contínua e a avaliação constante exigem também a aprendizagem constante em diferentes áreas do conhecimento, além da rapidez na análise dos problemas, nas tomadas de decisão, na proposição de soluções, no direcionamento dos caminhos para atingir os objetivos da organização que por sua vez é composta de equipamento e pessoas.

Demonstrar competência diante de tal complexidade, envolve não apenas processos de formação estruturados nos modelos tradicionais, mas sim uma mistura de habilidades técnicas e conhecimentos de natureza geral, de capacidade de especificação, de experiências diversificadas em diferentes contextos sociais e psicológicos.

O planejamento estratégico parece ter sido um ponto alto na avaliação de gerente/supervisores e funcionários, embora em nível operacional um grande número de pessoas ainda desconhece a missão, e objetivos do hospital os considera como algo positivo e bom para a instituição. O processo de esclarecimento no planejamento pode levar à falta de motivação, ou pela frustração ou pelo conflito. Se tais conflitos ou frustrações não forem tratados de maneira correta, podem levar a uma eventual dissolução do grupo (Ansoff et al., 1990).

No caso do Hospital Santa Catarina, no entanto, parece que este fato não vem ocorrendo, pelo contrário, as pessoas demonstram motivação e interesse em participar cada vez mais, provavelmente relacionadas à forma como o processo vem sendo desenvolvido na instituição, de forma gradativa. Os objetivos e metas estão sendo traçados de acordo com a situação financeira, política e econômica, pois entendem que a empresa que quiser sobreviver, tem que ser administrada com a mente aberta e caminhar de acordo com as circunstâncias.

6.7. Aspectos positivos das inovações tecnológicas de gestão no Hospital Santa Catarina

Apresentamos a seguir três quadros resumo onde são comparados os pressupostos teóricos, com as transformações decorrentes do benchmarking, planejamento estratégico e terceirização sobre a qualidade do processo/produto, qualidade de vida no trabalho e qualidade da gestão observados no Hospital Santa Catarina.

Ressaltamos, no entanto que não podemos afirmar que as modificações relatadas foram ocasionadas exclusivamente por esta ou aquela abordagem. Como podemos observar, o que ocorre é uma interrelação entre as mesmas, que complementam-se tornando-se juntas um eficiente recurso para a obtenção de melhorias nas empresas em termos de competitividade frente aos concorrentes:

Quadro n.º 04
Os reflexos do *Benchmarking* no Hospital Santa Catarina

Pressupostos Teóricos e Reflexos Observados	BENCHMARKING	
	Pressupostos Teóricos WATSON (1994) BOXWELL (1996)	Reflexos no Hospital Santa Catarina
Qualidade		
QUALIDADE DO PROCESSO E DO PRODUTO	<ul style="list-style-type: none"> - Focalização externa - Seleção dos melhores processos, de acordo com recursos disponíveis - Fixação de metas e objetivos específicos - Padronização e normatização - Aumento de competitividade - Desenvolvimento de pesquisas constantes - Melhora dos indicadores de qualidade, produtividade e custos - Definição das necessidades dos clientes 	<ul style="list-style-type: none"> - Comparação dos insumos, processos, produtos com outras instituições - Recursos humanos (em alguns turnos insuficiente) Recursos materiais – boa qualidade e quantidade Recursos financeiros – orçamento setorial - Através do planejamento estratégico apoiado no <i>benchmarking</i>. - Medicamentos, materiais e fornecedores Normas e rotinas definidas pela CCIH. - Através do oferecimento de novos serviços: litotripsia, fertilização humana e cirurgia cardíaca. Uso de novas tecnologias de gestão. - Pesquisas ainda insipientes. - Pesquisa de opinião com clientes externos Avaliação constante da CCIH Avaliação dos centros de custo Avaliação da comissão dos 5S. - Sistemáticamente: clientes externos (pesquisa de opinião) Esporadicamente: funcionários (clientes internos).
QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO	<ul style="list-style-type: none"> - Treinamento e desenvolvimento do empregado - Relacionamento interpessoal-comunicação - Ambiente psicológico com motivação e humanização - Ambiente físico agradável e 	<ul style="list-style-type: none"> - Treinamento de forma sistemática. Intenção de implementar educação continuada em Maio/99. - Opiniões divergentes quanto à falta de espírito de equipe, de comprometimento com a instituição e de integração do médico com a equipe de saúde. - Apenas alguns gerentes realizam <i>feedback</i> com os seus funcionários, comunicando-os sobre o resultado do seu desempenho.. - Uso de EPIs, mapa de riscos, brigada de

	<p>seguro</p> <p>- Materiais e equipamentos em quantidade e qualidade</p>	<p>incêndio e treinamentos</p> <p>Ambiente físico – pequeno em algumas unidades, prejudicando o fluxo de trabalho.</p> <p>- Comparação com outras instituições. Escolha e aquisição de acordo com gerentes das áreas específicas. Suficientes em quantidade e qualidade.</p>
--	---	--

	<p>- Reconhecimento do empregado</p>	<p>- Alguns funcionários gostariam de receber mais elogios e serem mais valorizados.</p>
<p>QUALIDADE DA GERÊNCIA</p>	<p>- Macro-visão da gerência</p> <p>- Abordagem proativa</p> <p>- Decisões baseadas em fatos e disseminação das informações</p> <p>- Cooperação entre gerentes e gerenciados</p> <p>- Solução de problemas reais</p> <p>- Descentralização e flexibilização</p>	<p>- O grau de conhecimento técnico e conceitual foi ampliado.</p> <p>- As mudanças ocorridas no mercado local (<i>Day Hospital</i> e <i>Home Care</i>) exigem uma ação reativa emergencial.</p> <p>- Necessidade de aprimorar fluxos de informação internos e externos.</p> <p>- Administrador reconhece a necessidade do planejamento operacional (gerência participativa).</p> <p>- Não são resolvidas as causas determinantes de alguns problemas, dificultando a resolução de problemas reais.</p> <p>- Diminuição dos níveis hierárquicos Tentativa de descentralização e flexibilização nas decisões do nível gerencial.</p>

Quadro n.º 05

Os reflexos do Planejamento Estratégico no Hospital Santa Catarina

Pressupostos Teóricos e Reflexos no H.S.C.	PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO	
	Pressupostos Teóricos ANSOFF (1990) OLIVEIRA (1997)	Reflexos no Hospital Santa Catarina
Qualidade		
QUALIDADE DO PROCESSO DO PRODUTO	<ul style="list-style-type: none"> - Maior interação com o ambiente - Incentiva modelos organizacionais adequados aos recursos - Facilita a alocação de recursos da empresa - Possibilita o comportamento sinérgico das unidades organizacionais - Possibilita a obtenção de melhores resultados operacionais - Agiliza o processo orçamentário - Orienta o desenvolvimento de outros planejamentos, no nível tático ou operacional - Identifica os problemas e áreas prioritários 	<ul style="list-style-type: none"> - Buscando compreender a dinâmica do ambiente externo e interno, comparar seus processos e produtos, antecipar e interagir com as mudanças ambientais para tentar satisfazer seus clientes. - As inovações estão sendo introduzidas gradativamente, de acordo com as prioridades e recursos. - Os recursos provém de pacientes particulares, convênios, parcerias, terceirizações. - Os fluxos de informações internos ainda deficientes prejudicam o sinergismo das unidades. - Melhores resultados operacionais com treinamento, recrutamento, seleção e padronização de processos. - Reconhecimento da importância de realizar em breve também o planejamento operacional. - Identificação dos pontos fortes e fracos, ameaças e oportunidades, selecionando os problemas prioritários.
QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO	<ul style="list-style-type: none"> - Favorece o envolvimento dos vários elementos para os objetivos e metas - Possibilita maior consumo e compromisso - Comunicação aprimorada e adequada - Ambiente físico agradável e seguro - Materiais e equipamentos apropriados de acordo com o grau de complexidade 	<ul style="list-style-type: none"> - Os gerentes demonstram maior envolvimento com os objetivos e metas em relação ao nível operacional. - Algumas políticas não estão devidamente explicitadas, dificultando o envolvimento dos funcionários. - Áreas de conflito geradas pela comunicação vertical e formal, em detrimento do relacionamento mais humano. - Melhorias contínuas no ambiente físico e segurança do trabalho (CIPA e CCIH). - O uso de materiais e equipamentos de alta tecnologia é considerado um dos pontos fortes.

	- Recompensa salarial justa e adequada	- A remuneração do trabalho está na média do mercado. Benefícios oferecidos não satisfazem parte dos funcionários.
--	--	---

	- Treinamento e desenvolvimento do empregado	- No nível operacional: cursos de capacitação como medidas de segurança, implantação do programa 5 S, relações pessoais. No nível gerencial: ajuda financeira para pós-graduação e cursos de atualização.
QUALIDADE DA GERÊNCIA	<ul style="list-style-type: none"> - Horizonte amplo da gerência - Abordagem proativa - Fluxo mais rígido de informações, adequados ao processo - Descentralização e flexibilização - Facilita e agiliza as tomadas de decisões - Cria alternativas gerenciais - Cooperação entre gerentes e gerenciados - Facilita a função de direção da empresa 	<ul style="list-style-type: none"> - O conceito dos gerentes foi ampliado do nível técnico para o conceptual. - Sensibilidade às mudanças do ambiente externo ainda podem ser melhoradas. - Fluxo de informações por vezes inadequado nos níveis ascendente, descendente e horizontal. - A centralização em algumas gerências dificulta a comunicação e a resolução de problemas. - A informatização, descentralização e desburocratização gradativa oportunizaram maior autonomia e poder de decisão. - A cooperação é, por vezes, dificultada pela falta de um <i>feedback</i> do desempenho do funcionário, levando à desmotivação e à falta de compromisso. - Conhecer o ambiente interno e externo facilita o direcionamento da ação para o alcance gradativo dos objetivos e da missão.

Quadro n.º 06

Os reflexos da Terceirização no Hospital Santa Catarina

Pressupostos Teóricos e Reflexos no H.S.C. Qualidade	TERCEIRIZAÇÃO	
	Pressupostos Teóricos QUEIROZ (1992) GIOSA (1995)	Reflexos no Hospital Santa Catarina
QUALIDADE DO PROCESSO DO PRODUTO	<ul style="list-style-type: none"> - Incrementa a produtividade - Reduz os controles e perdas - Gera melhoria na administração do tempo - Melhora da tecnologia disponível - Otimização dos custos - Reduz a ociosidade da mão-de-obra - Melhora a competitividade do produto - Fixação de metas e objetivos específicos - Racionaliza as compras - Concentra esforços na criação de novos produtos 	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliação do número de serviços, aumento da taxa de ocupação, maior lucratividade e crescimento. - Os controles aplicados para o hospital são os mesmos utilizados nos serviços terceirizados (CCIH e Programa 5 S). - Pessoas especializadas realizam atividades específicas, diminuindo o número de tarefas para o hospital. - Propiciou a aquisição de materiais e equipamentos de última geração; recursos humanos altamente especializados. - Centros de custos permitem comparação com os custos de serviços terceirizados e diminuição do desperdício. - Redução do número de funcionários exige a realização de atividades multifuncionais no hospital. - Pioneirismo no oferecimento de serviços especializados. - As metas e objetivos específicos devem ser condizentes com os princípios e missão do hospital. - Evita compra de insumos muito diferenciados pelo hospital. - Oportunizou um aumento e diversificação dos serviços oferecidos.
QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO	<ul style="list-style-type: none"> - Equipe motivada e treinada - Ambiente e instalações conservados, atualizados e bem aproveitados - Materiais e equipamentos apropriados, de acordo com o grau de complexidade 	<ul style="list-style-type: none"> - Processo de transferência de tecnologia através de treinamentos, envolvendo hospital e serviços terceirizados. - Aquisição, manutenção e troca de equipamentos e materiais de última geração, conforme o grau de complexidade. - Ampla reforma estrutural dos ambientes utilizados pelos terceiros para abrigar alta tecnologia e oferecer conforto ao cliente interno e externo, diferenciação do

	<ul style="list-style-type: none"> - Proporciona um novo relacionamento sindical (ramo de prestação de serviços) 	<p>produto (serviço).</p> <ul style="list-style-type: none"> - As relações sindicais se mantêm boas, mesmo com as terceirizações..
--	---	---

	<ul style="list-style-type: none"> - Mão-de-obra capacitada e qualificada 	<ul style="list-style-type: none"> - Mão-de-obra sendo qualificada pela instituição contratante e também a contratada.
<p>QUALIDADE DA GERÊNCIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Simplifica a estrutura empresarial - Diminui os níveis hierárquicos - Especialização da gerência - Agilidade nas decisões - Soma as qualidades do prestador e tomador de serviços 	<ul style="list-style-type: none"> - Organograma funcional: diminuição dos níveis hierárquicos com descentralização administrativa gradativa. - Alta especialização da gerência/supervisão de acordo com a sua categoria funcional. - A agilidade nas decisões ocorre mais freqüentemente nas unidades terceirizadas, com menor número de níveis hierárquicos. - A soma das qualidades do tomador e prestador de serviços tem aumentado a competitividade, melhorando o aproveitamento dos pontos positivos e a busca da melhoria contínua.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Depois de dois anos estudando a instituição podemos inferir que o Hospital Santa Catarina, estabeleceu um importante elo entre as inovações tecnológicas de gestão implementadas cuidadosamente e gradativamente, com os princípios básicos da gestão de qualidade pretendido. Pode-se observar também que os diferentes pressupostos teóricos de cada novo paradigma foram em grande parte contemplados como pode ser constatado através dos projetos de melhoria, da avaliação da satisfação dos clientes, do reconhecimento da comunidade, indicando que existe a disposição concreta de atender às necessidades do cliente. Entretanto, é preciso destacar que as inovações não estão completamente difundidas em todo o hospital. Generalizá-las é um dos objetivos do período de transição pelo qual passa a Instituição.

Os fatos e dados levam-nos a acreditar que as perspectivas da implantação de estratégias para uma maior qualidade na organização em diferentes dimensões dependem da motivação e continuidade em ampliar cada vez mais o foco no cliente. Essencial também são ações contínuas para reduzir custos, padronizar e otimizar processos críticos, aumentar a produtividade, incentivar o *benchmarking*, parcerias e terceirizações que promovam a diferenciação e agregam valor ao produto final, bem como aumentar a participação de convênios particulares e a difusão de convênios especiais na arrecadação, buscando garantir a sobrevivência e a competitividade do hospital, melhorar a qualidade dos serviços, qualidade de vida do trabalhador e qualidade da gerência continuamente.

Assim, consideramos fundamental, a partir da pesquisa realizada dos resultados obtidos, ressaltar que para atingir o sucesso empresarial, deve-se investir cada vez mais nas pessoas, pois as organizações dependem do envolvimento, do compromisso e do comportamento das mesmas para alcançá-lo. Desta forma, mudar a prática nos serviços hospitalares, não implica apenas adotar inovações gerenciais, tais como o *benchmarking*, planejamento estratégico e terceirização. As transformações não são da responsabilidade única da administração, mas também de cada trabalhador. Para que as mudanças funcionem eficazmente, a organização deve conhecer suficientemente os recursos humanos disponíveis, a fim de selecionar os melhores argumentos, as melhores condições e os melhores métodos de persuadi-los a aceitar e experimentar estas inovações. Segundo Albrecht (1994), não

basta apenas ensinar como o serviço deve ser realizado, e esperar que todos façam a coisa certa; a própria organização como um todo deve ser capaz de avaliar e corrigir a si mesma na busca da qualidade.

Desta forma não podem ser esquecidas as diferenças inter e intra-grupais. Embora as pessoas possam ser consideradas como um recurso organizacional, são diferentes dos demais recursos, porque tem capacidade de pensar, criar e de comprometer-se. É importante portanto lembrar que são elas que constroem a excelência das organizações, devendo ser objeto de permanente desenvolvimento. Entendemos então que as empresas, ao implementar mudanças, devem investir tempo suficiente para prepará-las e planejá-las de forma que possibilitem atingir seus objetivos. Esta preparação permeia o conceito de organizações aprendizes e do conhecimento dotadas da organicidade necessária às instabilidades e transformações que lhe são impostas. O modelo mais eficaz de organização é aquele amoldado às contingências, pois não há abordagens melhores nem piores. O que há é a adequação desse conjunto de idéias, conceitos, técnicas disponíveis, que sendo bem aplicados no momento, lugar e formas adequados, poderão solucionar problemas e trazer o sucesso almejado.

Os hospitais precisam então, manter uma política condizente, pois no mundo atual a inovação é um fato. Os clientes envolvidos nas mudanças estruturais, sociais e econômicas tornam-se cada vez mais exigentes no atendimento das suas necessidades. Estas organizações que se caracterizam pelas relações diretas com o cliente (a mão-de-obra da empresa tem relação direta com o cliente e este participa do processo, estando até fisicamente presente) devem priorizar soluções criativas, inovadoras e flexibilidade no processo produtivo. Desta forma requerem treinamento básico em larga escala, constante aperfeiçoamento, motivação e o emprego de novas técnicas que proporcionem satisfação ao consumidor.

Na opinião de Drucker (1997, p.177),

“daqui a vinte anos, é provável que a maioria das empresas serão semelhantes as organizações hospitalares, as universidades, as orquestras sinfônicas – fundamentadas no conhecimento, formadas basicamente por especialistas que dirigem e disciplinam o seu próprio desempenho, mediante um feedback organizado de seus colegas e clientes. Será em suma, uma organização fundamentada na informação e no conhecimento”.

Assim sendo, nada é definitivo; as mudanças sempre ocorrerão, seja em novas tecnologias de produtos e processos, na qualidade de vida das pessoas, gerenciamento das organizações ou necessidades da sociedade. E a ciência da administração buscará estabelecer referenciais novos a cada tempo, incorporando as experiências cotidianas, proporcionando um constante reconstruir de interações complexas, levando à formulação de novas estratégias organizacionais.

Esperamos que este estudo estimule outras pesquisas operacionais tão carentes nesta área e que possa servir de parâmetro para outros hospitais que queiram mudar a sua prática administrativa.

7.1. Limitações

- O estudo apresenta o caso de uma organização, permitindo apenas generalizações naturalísticas, de modo que o leitor é quem faz as suas próprias generalizações, à partir da verificação do que pode ou não aplicar na sua situação específica.
- Nas organizações ocorrem uma multiplicidade de influências de/entre diferentes abordagens sobre/entre diferentes efeitos, não permitindo afirmar que as transformações são ocasionadas exclusivamente por esta ou por aquela. O que se observa é uma interrelação entre as mesmas que complementam-se, tornando-se juntas eficiente estratégica para a melhoria contínua.
- As ações organizacionais dependem de aspectos conjunturais, e que são próprio de uma época, assim sendo, para sobreviver aumentar a competitividade as empresas estarão sempre buscando a inovação.

7.2. Sugestões

- Realizar avaliação de desempenho sistemático de todos os trabalhadores por uma comissão de avaliação com membros designados para examinar as contribuições objetivas dos avaliados, desvinculando o processo de avaliação das relações hierárquicas e beneficiando o clima organizacional e a satisfação dos colaboradores.

- Viabilizar um plano de carreira, que possibilite ascensão aos diferentes níveis hierárquicos, aumentando o status e a remuneração financeira e evitando desmotivações e sentimentos de perda, associados à falta de possibilidade de crescimento profissional.

- Estabelecer uma política de cargos e salários mais clara, possibilitando ao trabalhador entender que a sua compensação, advém, não apenas do seu salário, mas de outros benefícios como plano de saúde que o proteja de gastos imprevisíveis com consultas médicas, exames laboratoriais e internações; exames médicos periódicos que facilitam a prevenção de agravos à saúde; treinamentos e capacitações que promovam mais segurança e qualidade no seu trabalho.

- Estimular reuniões periódicas para discussão de casos clínicos, melhorando o relacionamento equipe de saúde/médico, bem como a atualização e a aprendizagem constantes.

- Incentivar a participação do corpo funcional, através de um programa institucionalizado de geração de idéias para aumento da produtividade.

- Aumentar os recursos humanos no período noturno, quando são muito solicitados, devido ao estado de maior ansiedade comumente apresentado pelas pessoas que encontram-se fora do seu ambiente domiciliar, debilitados fisicamente e emocionalmente.

- Identificar e remover as barreiras que impedem os funcionários de melhorarem e desafiá-los a conseguirem-no.

- Investir na realização do plano operacional, além do tático e estratégico já realizados, buscando maior participação e envolvimento do nível operacional.

- Incentivar e apoiar ainda maior o *benchmarking*, oportunizando uma noção clara da concorrência e das mudanças ambientais externas e internas.

- Promover seminários da divulgação de trabalhos científicos realizados na instituição, incluindo as unidades terceirizadas, estimulando desta forma a pesquisa ainda incipiente.

- Repensar o papel das universidades na preparação de profissionais capazes de enfrentar as mudanças contínuas e atender ao perfil multifuncional, evidenciado atualmente nas instituições de saúde.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACKOFF, Russell Lincoln. Planejamento Empresarial. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1975 e 1982.
- ADORNO, Rubens de C. F. e CASTRO, Ana Lúcia de. O Exercício da Sensibilidade: Pesquisa Qualitativa e a Saúde como Qualidade. Revista Saúde e Sociedade, São Paulo, 3(2); 172-185, 1994.
- ALBRECHT, Karl e BRADFORD, Lawrence J. Serviços com Qualidade: A vantagem competitiva. São Paulo: McGraw Hill Ltda, 1992. 216p.
- ALBRECHT, Karl. Revolução nos Serviços. Tradução de Antônio Zoratto Sanvicenti. 4.ed. São Paulo: Pioneira, 1994.
- ALMEIDA, Maria Hélia. Tomadas de Decisão do Enfermeiro. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1984.
- ANSOFF, Igor H. Strategic Management. New York: Mac Millan, 1979.
- _____. Do Planejamento Estratégico à Administração Estratégica. São Paulo: Atlas, 1981.
- AZEVEDO, Creuza da Silva. Gestão Hospitalar: a visão dos diretores de hospitais públicos do município do Rio de Janeiro. Revista RAP. Rio de Janeiro, 29(3): 33-58, jul./set. 1995.
- BENNIS, Warren. Beyond bureaucracy. Transaction Review, July-Aug. 1965.
- BERGAMINI, C. W. Avaliação de Desempenho Humano na Empresa. São Paulo: Sarvier, 1997.
- _____. Desenvolvimento de recursos humanos: uma estratégia de desenvolvimento organizacional. São Paulo: Atlas, 1986.
- BERWICK, Donald M. et al. Melhorando a Qualidade dos Serviços Médicos, Hospitalares e da Saúde. São Paulo: Mc Graw Hills, 1995.
- BITTAR, Olímpio J. Nogueira. Hospital: Qualidade e Produtividade. São Paulo: Sarvier, 1997.
- BOM SUCESSO, Edina de Paula. Trabalho e Qualidade de Vida. Rio de Janeiro: Quality-Mark/Dunya Ed., 1998.
- BOOG, G. G. O desafio da competência. São Paulo: Best Seller, 1991.
- BORBA, Valdir Ribeiro. Planejamento Empresarial Hospitalar. São Paulo: CEDAS, 1989, p. 259.
- BOXWELL, Robert J. Vantagem Competitiva através do Benchmarking. São Paulo: Makron Books, 1996.
- BRAVERMAN, H. Trabalho e Capital Monopolista: a degradação do trabalho no século XX. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987.
- BRITO, Armando. O contrato Realidade e Terceirização. Revista Legislação do Trabalho e Previdência Social. São Paulo, v.58, n.2, fev. 1994.
- BÚRIGO, Carla Cristina Dutra. Qualidade de Vida no Trabalho: dilemas e perspectivas. Florianópolis: Insular, 1997. 182p.
- CARVALHO, Alzerine N. e Oliveira, Francisca V. S. A produção do serviço de enfermagem na atual conjuntura de saúde: contribuição ao debate. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v.43, n.1,2,3,4, p. 7-13, jan./dez., 1990.
- CARVALHO, Maria do Socorro M. V. Gestão Organizacional Estratégica: a questão dos recursos humanos e do desenvolvimento gerencial. Revista de Administração Pública - RAP, Rio de Janeiro, F.G.V. 29(1):70-7, jan./mar. 1995.
- CHANLAT, Jean-Fraçois. O indivíduo nas organizações: dimensões esquecidas. São Paulo: Atlas, 1992.
- _____. O indivíduo nas organizações: dimensões esquecidas. v.1. São Paulo: Atlas, 1993.
- CHERUBIN, Antônio Universindo. Administração Hospitalar rumo ao 3º milênio. Revista O mundo da Saúde. São Paulo. v.21, n.3, p.132-135, mai./jun, 1997.
- CHIAVENATO, Idalberto. Introdução à Teoria da Administração. 3.ed. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1983.
- _____. Os Novos Paradigmas: como as mudanças estão mexendo com as empresas. São Paulo: Atlas,

- 1996.
- COBRA, Marcos e ZWARG, Flávio Arnaldo. Marketing de Serviços: conceitos e estratégias. São Paulo: McGraw-Hill, 1987.
- COVEY, Stephen R. Lideranças Baseada em Princípios. São Paulo: Campus, 1994.
- DAVIS, Frank Stephen. Terceirização e Multifuncionalidade: Idéias para melhoria da produtividade e competitividade da empresa. São Paulo: STS, 1992.
- _____. Qualidade Total em Saúde. São Paulo: STS, 1994. 216p.
- DEMO, Pedro. Avaliação Qualitativa. 4.ed. São Paulo: Autores Associados 1994 (Coleção Polêmicas do Nosso Tempo, 25).
- DRUCKER, Peter F. Inovação e Espírito Empreendedor: prática e princípios. 3.ed. São Paulo: Pioneira, 1991, p. 245-258.
- DRUCKER, Peter F. As Novas Realidades: no Governo e na política, na economia e nas empresas, na sociedade e na visão do mundo. São Paulo: Pioneira, 1997.
- EISENHARDT, Kathleen M. Building theories from case study research. Academy of Management Review, 1989.
- EPSTEIN, Charlotte. Interação efetiva na Enfermagem. São Paulo: EPU, 1977.
- ERDMANN, Alacoque L. Diagnóstico de Problemas num Sistema de Enfermagem de Hospital de Ensino - Proposta de um Modelo. Rio de Janeiro: UERJ, 1987. Tese (Livre Docência em Administração de Enfermagem) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1987.
- ERDMANN, Rolf Hermann. Modelo Organizativo para Sistemas de Planejamento e Controle da Produção. Tese para obtenção de grau de doutor em Engenharia de Produção. UFSC, Florianópolis, 1994.
- ETZIONI, Amitai. Mixed-Scanning: A Third Approach to Decision Making. Public Administration Review, v.27, n.5, p.385-392, dec. 1967.
- _____. Organizações Modernas. 7.ed. São Paulo: Pioneira, 1984.
- FEIGENBAUM, A. V. Controle de Qualidade Total. São Paulo: Makron Books, 1994.
- FERGURSON, Marilyn. A Conspiração Aquariana. Rio de Janeiro: Record, 1994.
- FIALHO, Francisco; SANTOS, Neri. Manual de Análise Ergonômica do Trabalho. Curitiba: Gêneses Editora, 1997.
- FOLLET, Mary Parker. Profeta do Gerenciamento/ organizado por Pauline Grahon. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1997.
- GERGES, Márcia Cruz e ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Planejamento Estratégico como um instrumento da Gestão Estratégica da Enfermagem. Texto e Contexto Enfermagem, Florianópolis, v.4, n.1, p.180-190, jan./jun. 1995.
- _____. Visão da Decisão Gerencial dos Enfermeiros Administradores do Sistema de Enfermagem de um Hospital Universitário. Florianópolis: UFSC, 1994. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção e Sistemas - Área de Gerência de Produção). Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.
- GIBSON, James et al. Organizações Comportamento, Estrutura, Processos. São Paulo: Atlas, 1991.
- GIL, Antônio Carlos. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 4.ed. São Paulo: Atlas, 1995, p. 207.
- GIOSA, Lívio A. Terceirização: Uma abordagem Estratégica. 4.ed. São Paulo: Livraria Pioneira, 1995, p.123.
- GODOY, Arilda Schmidt. Introdução à Pesquisa Qualitativa e suas Possibilidades. Revista de Administração de Empresas, São Paulo, v.35, n.2, p.57-63, mar/abr. 1995.
- GONÇALVES, Ernesto Lima. Administração de Recursos Humanos nas Instituições de Saúde. São Paulo: Pioneira, 1987.
- HACKMAN, J. e OLDFAN, G. Development of the job diagnostic survey. Journal of Applied Psychology, v.60, n.2, p.159-170, 1975.
- HANDY, Charles B. Como compreender as organizações. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- HAYES, Robert H. Strategic planning-forward in reverse? In : The State of Strategy. Havard business Review. Paperback, Boston: Havard University, 1993, p.119-128.
- HERSEY, P. e BLANCHARD, R. H. Psicologia para Administradores de Empresas: a utilização de recursos humanos. São Paulo: EPU, 1974, 222 p.
- HUTCHINS, David C. Sucesso através da qualidade total. Rio de Janeiro: Imagem, 1992.
- _____. Just in Time. São Paulo: Atlas, 1993.
- ISHIKAWA, Kaoru. Controle de Qualidade Total á Maneira Japonesa. Rio de Janeiro: Campus, 1993, p. 147.
- JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. Gerência dos Serviços de Saúde. São Paulo: Caderno Fundap, 1990.
- JURAN, J. M. Planejando para a qualidade. São Paulo: Pioneira, 1990.
- KAPLAN, Harold I. et al; trad. José Otávio de Aguiar Abreu e Dayse Batista. Compêndio de Psicoterapia de

- Grupo. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- KUME, H. Métodos Estatísticos para Melhoria da Qualidade. São Paulo: Editora Gente, 1993.
- KWASNIKA, Eunice L. Introdução à Administração. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1995.
- _____. Teoria Geral da Administração. São Paulo: Atlas, 1989.
- LAS CASAS, Alexandre Luzzi. Qualidade Total em Serviços: Conceitos, exercícios, casos práticos. São Paulo: Atlas, 1994. 157p.
- LEIRIA, Jerônimo Souto. Terceirização: Uma alternativa de flexibilidade empresarial. 6.ed. Porto Alegre: Sagra, 1993.
- LÚCIO, Clemente G. e SOCHACZEWSKI, Suzanna. Experiência de elaboração negociada de uma política de formação profissional. Revista Educação e Sociedade, Campinas, Ades/UNICAMP, v.XIX, n.64, set/1998, p.104-129.
- LÜDKE, Menga, ANDRÉ, Marli E. D. A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1986, p. 99.
- LUX, K. O erro de Adam Smith. São Paulo: Nobel, 1993.
- MATUS, C. Fundamentos da planificação situacional e os métodos do VII Plano de Nação. In: RIVERA, F. J. V. (org.). Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez/ABRASCO, 1989.
- MELO, Cristina. Divisão Social do Trabalho e Enfermagem. São Paulo: Cortez, 1986.
- MEZOMO, João Catarin. Qualidade Hospitalar, Reinventando Administração do Hospital. São Paulo: Adas, 1992.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, portaria n.º 622 – 22 de março de 1994.
- MINTZBERG, H. Strategie - making in three modes. *Califórnia Management Review*, v.16, n.2, p. 44-53, 1979.
- _____. Mintzberg on management: inside our strange world of organizations. New York. Free Press, 1989.
- _____. Structure et dynamique des organizations. Paris, Les Éditions d'organization, 1982.
- _____. The Fall and Rise of Strategic Planning. Harvard Business Review, jan./feb. 1994.
- MIRSHAWKA, Victor. Entrosando com a Qualidade. São Paulo: Nobel, 1988.
- _____. Hospital Fui Bem Atendido. São Paulo: Makron Books, 1994.
- MITROFF, Ian I. et al. Frame Break. The radical Redesign of American Business. San Francisco: Jossey-Bass, 1994.
- MIZUNO, S. Company – wide total quality control. Tokyo: Asian Productivity Organization, 1988.
- _____. Gestão Contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente. Rio de Janeiro: Record, 1991.
- MOTTA, Paulo Roberto. Planejamento estratégico em organizações sem fins lucrativos: considerações sobre dificuldades gerenciais. Revista de Administração Pública, v.13, n.3, p.7-21, jul/set. 1979.
- _____. Gestão Contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente. Rio de Janeiro: Record, 1991.
- MOTTA, Ricardo. A busca da competitividade nas empresas. Revista de Administração de Empresas, v.35, n.1, 1995.
- NISHIOKA, Gentil Chogi. Planejamento estratégico na área hospitalar. Revista O Mundo da Saúde, a.3, n.12, São Paulo, IV Trimestre, 1979.
- OLIVEIRA, Djalma de Pinho Rebouças de. Planejamento Estratégico: conceitos, metodologias e práticas. 3.ed. São Paulo: Altas, 1989.
- _____. Planejamento Estratégico: Conceitos, metodologias e práticas. 3.ed. São Paulo: Altas, 1997.
- PALADINI, E. P. Qualidade Total na Prática. São Paulo: Atlas, 1994.
- PALADINI, Edson Pacheco. Gestão da Qualidade no Processo: a qualidade na produção de bens e serviços. São Paulo: Atlas: 1995.
- PETERS, Tom. Rompendo as Barreiras da Administração. São Paulo: Harbra Ltda, 1993.
- PETTIGREW, A. M. On studying organizational cultures. Administrative Science Quarterly, v.24, n.4, p.570-581, dec. 1979.
- _____. A cultura das organizações é administrável? In: FLEURY, M. T. L., FISCHER, R. M. (coord.). Cultura e Poder nas Organizações. São Paulo: Atlas, 1989.
- PINCHOT, Elisabeth & GIFFORD. O Poder das Pessoas. Rio de Janeiro: Campus, 1994.
- POLETTI, Denise Sain. Integratividade: Uma nova visão sobre as relações de liderança na enfermagem. Dissertação de Mestrado do Curso de Pós-Graduação em Assistência de Enfermagem – Expansão Polo III da Universidade Federal de Santa Catarina em Santa Maria – RS, 1998.
- POLIT, D. F. & HUNGLER, B. P. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas,

- 1995, p.391.
- PORTER, Michael E. Estratégia Competitiva - Técnicas para Análise de Indústrias e da Concorrência. Rio de Janeiro: Campus, 1991.
- _____. Vantagem Competitiva Criando e Sustentando um Desempenho Superior. Rio de Janeiro: Campus, 1992.
- PRAHALAD, C. K. e HARNEL, Gary. Como se armar para competir pelo futuro. Revista Exame, mar/1995.
- PUSTIGLIONI, Marcelo. Qualidade no trabalho: uma análise integral na casa do trabalhador da área da saúde. Cadernos - Faculdades Integradas São Camilo, São Paulo, v.2, n.1, p.10-14, jan./jun, 1996.
- QUEIROZ, Carlos Alberto R. S. Manual de Terceirização. São Paulo: STS Publicações e Serviços, 1992, p.199.
- QUINN, J. B. Strategic Change: "Logical incrementalism". Sloan Management Review, n.1, p.3-21 - Summer, 1980.
- QUINTO NETO, Antonio e GASTAL, Fábio Leite. Acreditação Hospitalar – Proteção dos usuários dos profissionais e das Instituições de Saúde. Porto Alegre: Dacasa, 1997.
- QUIRINO, Tarcízio R. e XAVIER, Odiva S. Qualidade de Vida no Trabalho de Organização de Pesquisas. Revista de Administração de Empresa, v.22, n.1, p.72-81, jan/mar. 1987.
- RAMOS, Alberto G. The new science of organizations. Toronto: University of Toronto, 1981.
- _____, Modelos de homem e teoria administrativa. Revista de administração pública. Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 3-12, abr./ jun. 1984.
- REVISTA SUPRIMENTOS E SERVIÇOS HOSPITALARES. a.1, n.9, São Paulo: Suprimentos e serviços. dez/1995.
- RIVERA, F. Javier Uribe. Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1992.
- ROBORTELLA, Luiz Carlos Amorim. Terceirização – Aspectos Jurídicos – Responsabilidades – Direito Comparado. Revista Legislação do Trabalho e Previdência Social, v.58, n.8, ago. 1994.
- RODRIGUES, Marcus Vinícius Carvalho. Qualidade de Vida no Trabalho: evolução e análise no nível gerencial. 2.ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 1994. 206p.
- SAÉNS, Júlio Alberto. Qualidade total nas Organizações de Saúde. Colômbia: Boletim Salud Y Gerência. n.9, jan./abr. 1992.
- SCHEWART, W. A. The Economic Control of Quality of Manufactured Product Van Nostrand, 1931. (Reimpresso em 1981 pela American Society for Quality Control).
- SCHON, D. A. Beyond the stable state: The Norton Library, 1971.
- SENGE, Peter M. A Quinta Disciplina. São Paulo: Best Seller, 1990.
- SILVA, Maria Júlia Paes da. Comunicação tem Remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Gente, 1996.
- SPENDOLINI, Michael J. Benchmarking. / Michael J. Spendolini; tradução Kátia Aparecida Roque. São Paulo: Makron Books, 1993. 226p.
- STONER, James A. Administração. 2.ed. Rio de Janeiro: Prentice Hall do Brasil, 1985.
- TAUBLIB, Davis. Controle de Qualidade Total: da teoria à prática em um grande Hospital. Rio de Janeiro: Qualitymark Editora Ltda, 1998.
- TEIXEIRA, S. M. F. Cidadania, Direitos Sociais e Estado. In: Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, Brasília, 1987.
- THIOLLENT, Michel. Metodologia da Pesquisa - Ação. 6.ed. São Paulo: Cortez, 1994.
- THOMPSON, Victor A. Without Sympaty or Entusiasm. Alabama: The University of Alabama Press, 1997.
- TODESCATI, Eliane R. Mudanças nas Organizações. Florianópolis: UFSC, 1996 (mimeo).
- TOFFLER. A Terceira Onda. Rio de Janeiro: Record, 1975.
- TREVIZAN, M. A. A função administrativa do enfermeiro no contexto da burocratização hospitalar. Rev. Bras. Enfermagem, Brasília, v.40, n.4, out/dez. 1987.
- TRIVINÓS, Augusto N. S. Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais. São Paulo, 1987.
- VIEIRA, Adriane. A Qualidade de Vida no Trabalho e o Controle de Qualidade Total. Florianópolis: Insular, 1996. 191p.
- WALTON, Richard E. Quality of Working Life: What is it? Sloan Management, v.15, n.1, p.11-21, 1973.
- WATSON, Gregory H. Benchmarking Estratégico. São Paulo: Makron Books, 1994.
- WEBER, Max. Os fundamentos da Organização Burocrática: uma construção do tipo ideal (traduzido de "The Essenciais of Burocratic Organization: an ideal type construction", in Robert K. Merton et al. Glecoe, Illinois: Free Press, p. 18-27, 1993 - em Edmundo Campos.

- WHITELEY, Richard. Ouvir o cliente é o melhor caminho para o sucesso. Folha Managemant. Folha de São Paulo, n.5, São Paulo, 11/09/1995.
- ZACCARELI, Sérgio Baptista. A hierarquização de decisão e sua operacionalização. Revista de Administração, v.18, n.1, p.17-22, jan./mar. 1983.
- _____. A moderna estratégia nas empresas e o velho planejamento estratégico. ERA Light/EASP/FGV, São Paulo, 1995.
- ZAIRI, Mohamed. Benchmarking Prático: O guia completo. Tradução Maria Tereza Corrêa de Oliveira. São Paulo: Atlas, 1995.

9. ANEXOS

Anexo 01

QUESTIONÁRIO PARA O HOSPITAL

PARTE I -
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E SAÚDE

Nome:..... Idade:..... Sexo:..... Est. Civil

Cargo:..... Setor que trabalha:.....

Data de Admissão:..... Renda individual:..... Renda familiar:.....

Grau de instrução:..... Cursos e treinamentos relacionados a área específica de trabalha (data):.....

Plano de Saúde? () Sim () Não Qual?.....

Quanto gasto por mês com Plano de Saúde?.....

Doenças anteriores:.....

Doenças atuais:.....

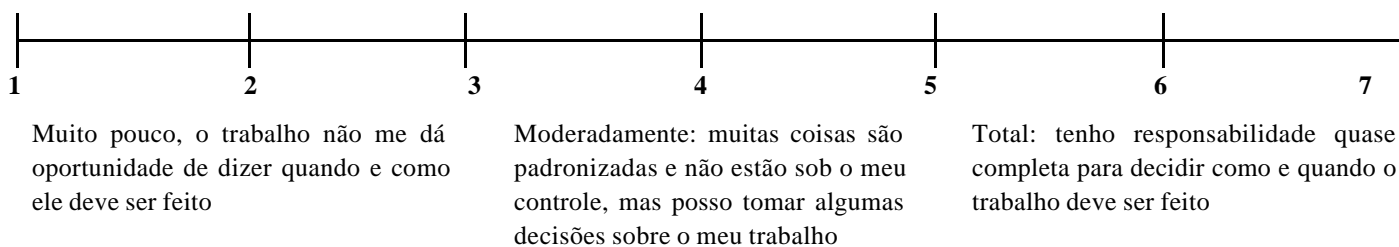
Ao responder todas as perguntas, reflita sobre como era antes de 1991, e como é atualmente. Escolha apenas a alternativa (número) que represente a descrição mais precisa de acordo com a época solicitada.

PARTE II -

DADOS REFERENTES A QUALIDADE DO PROCESSO E PRODUTO

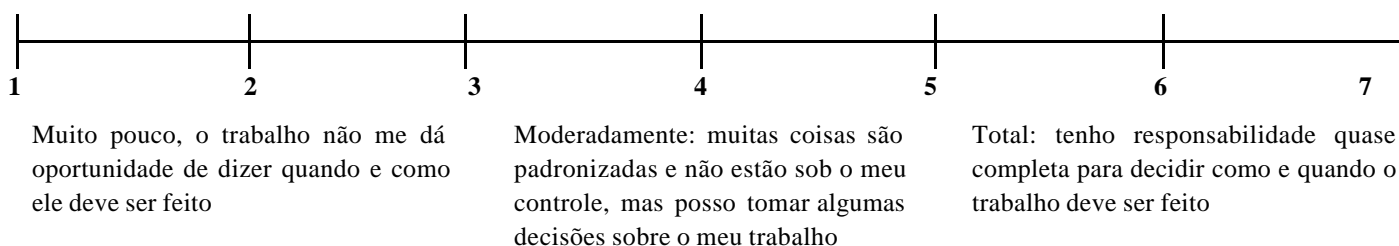
1. Em que medida você pode tomar decisões sobre o que fazer e como fazer seu próprio trabalho?

1.1. Antes de 1991



R = Número

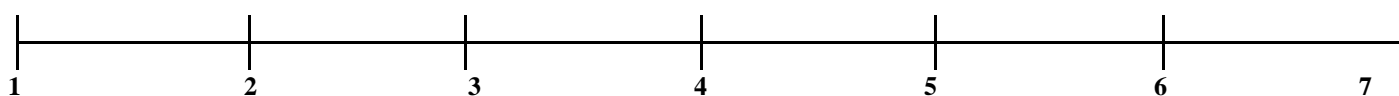
1.2. Atualmente



R = Número

2. Como você percebe a maneira de realizar o seu trabalho

2.1. Antes de 1991



O trabalho é realizado com dificuldade, devido as instalações físicas, equipamentos e materiais antigos, poucos funcionários e tempo para realizar o serviço

O trabalho é realizado com certa facilidade, devido aos bons equipamentos e materiais, local de trabalho sendo reformado, treinamentos esporádicos

O trabalho é realizado com muita facilidade, devido as pessoas serem qualificadas, atualizadas através de treinamentos, instalações físicas, equipamentos e materiais atualizados

R = Número

2.1. Atualmente



O trabalho é realizado com dificuldade, devido as instalações físicas, equipamentos e materiais antigos, poucos funcionários e tempo para realizar o serviço

O trabalho é realizado com certa facilidade, devido aos bons equipamentos e materiais, local de trabalho sendo reformado, treinamentos esporádicos

O trabalho é realizado com muita facilidade, devido as pessoas serem qualificadas, atualizadas através de treinamentos, instalações físicas, equipamentos e materiais atualizados

R = Número

3. Como você considera o produto final (serviço) oferecido pelo seu setor

3.1. Antes de 1991



Razoável. A falta de recursos materiais, humanos e financeiros faz com que as pessoas (clientes externos) reclamem do serviço prestado

Bom. A instituição oferece condições para que os serviços sejam aceitos de forma satisfatória por grande parte dos clientes

Muito Bom. A instituição oferece ótimas condições (equipamentos, materiais, clima organizacional) para que quase todos os clientes sintam-se satisfeitos com os serviços prestados

R = Número

3.2. Atualmente



Razoável. A falta de recursos materiais, humanos e financeiros faz com que as pessoas (clientes externos) reclamem do serviço prestado

Bom. A instituição oferece condições para que os serviços sejam aceitos de forma satisfatória por grande parte dos clientes

Muito Bom. A instituição oferece ótimas condições (equipamentos, materiais, clima organizacional) para que quase todos os clientes sintam-se satisfeitos com os serviços prestados

R = Número

4. Com que intensidade, o seu trabalho é completo, tem começo e fim, ou trata-se de uma pequena parte de um todo, que é terminado por outras pessoas ou máquinas?

4.1. Antes de 1991



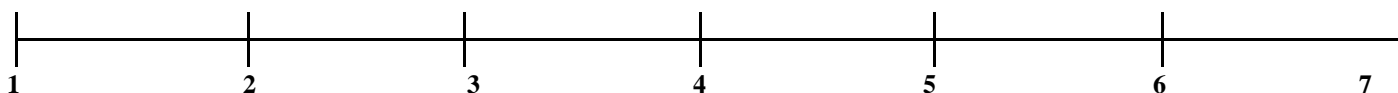
Meu trabalho é apenas um pedaço de outros trabalhos. Os resultados do meu trabalho não podem ser vistos, como no produto final ou serviço

Meu trabalho é uma parte moderada do total. Dá para perceber minhas contribuições no produto ou serviço final

Meu trabalho envolve toda a tarefa do princípio ao fim. Os resultados do meu trabalho podem ser percebidos facilmente no produto final ou serviço

R = Número

4.2. Atualmente



Meu trabalho é apenas um pedaço de outros trabalhos. Os resultados do meu trabalho não podem ser vistos, como no produto final ou serviço

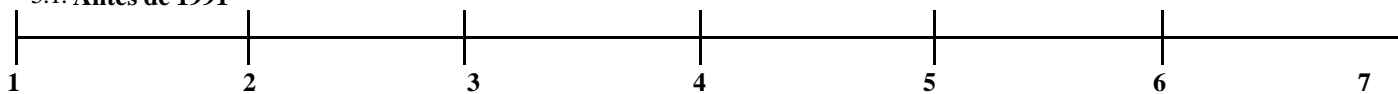
Meu trabalho é uma parte moderada do total. Dá para perceber minhas contribuições no produto ou serviço final

Meu trabalho envolve toda a tarefa do princípio ao fim. Os resultados do meu trabalho podem ser percebidos facilmente no produto final ou serviço

R = Número

5. O seu supervisor compara o seu trabalho com de outros colegas do seu setor, de outros setores da instituição e mesmo de outras instituições que prestam o mesmo tipo de serviço?

5.1. Antes de 1991



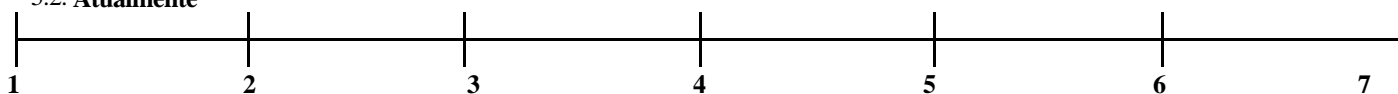
Nunca percebi a comparação entre o meu modo de trabalhar com de outros colegas, da mesma instituição ou de outra empresa

Uma vez ou outra percebo que existe comparação entre a maneira de efetuar as atividades, e somos estimulados, em algumas ocasiões, a modificar a prática, para melhorar o serviço prestado

Existe uma comparação constante, inclusive com instituições de outras localidades. Quando um supervisor ou gerente participa de congresso, curso ou visita outros hospitais, sempre propõem novas maneiras de prestar um melhor serviço

R = Número

5.2. Atualmente



Nunca percebi a comparação entre o meu modo de trabalhar com de outros colegas, da mesma instituição ou de

Uma vez ou outra percebo que existe comparação entre a maneira de efetuar as atividades, e somos

Existe uma comparação constante, inclusive com instituições de outras localidades. Quando um supervisor ou

outra empresa

estimulados, em algumas ocasiões, a modificar a prática, para melhorar o serviço prestado

gerente participa de congresso, curso ou visita outros hospitais, sempre propõem novas maneiras de prestar um melhor serviço

R = Número

PARTE III

DADOS REFERENTES A QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

6. Como você percebe o grau de segurança, na realização do seu trabalho

6.1. Antes de 1991



Meu trabalho é realizado sem muita segurança. Não existe CIPA, equipamentos de segurança e treinamentos específicos

Meu trabalho é realizado com boa segurança. A CIPA realiza campanhas esporádicas (de vez em quando), para atividades de maior risco, existem equipamentos de segurança e treinamentos específicos

Meu trabalho é realizado com total segurança. A CIPA é bastante atuante, cada setor possui mapa de riscos, são realizados treinamentos e colocados a disposição os equipamentos de proteção necessários a cada serviço

R = Número

6.2. Atualmente



Meu trabalho é realizado sem muita segurança. Não existe CIPA, equipamentos de segurança e treinamentos específicos

Meu trabalho é realizado com boa segurança. A CIPA realiza campanhas esporádicas (de vez em quando), para atividades de maior risco, existem equipamentos de segurança e treinamentos específicos

Meu trabalho é realizado com total segurança. A CIPA é bastante atuante, cada setor possui mapa de riscos, são realizados treinamentos e colocados a disposição os equipamentos de proteção necessários a cada serviço

R = Número

7. Em que medida você considera o pagamento e benefícios recebidos

7.1. Antes de 1991



Insatisfatório: está abaixo da média de mercado

Satisfatório: está na média de mercado

Bastante satisfatória, acima da média de mercado com introdução de participação nos lucros

R = Número

7.2. Atualmente



Insatisfatório: está abaixo da média de mercado

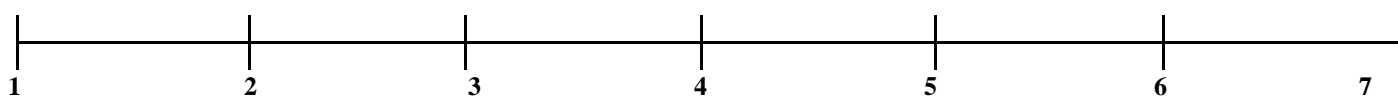
Satisfatório: está na média de mercado

Bastante satisfatória, acima da média de mercado com introdução de participação nos lucros

R = Número

8. Como você percebe as possibilidades de crescimento pessoal e de desenvolvimento na realização do seu trabalho?

8.1. Antes de 1991



1
Praticamente inexistentes. Não existe plano de cargos e salários, não ocorrem treinamentos ou capacitações. A instituição apresenta problemas financeiros

3
4
Há possibilidades de crescimento porque se percebe boas perspectivas no futuro da instituição. Estão iniciando cursos de capacitação e treinamentos

5
6
7
Há ótimas chances de crescimento. A empresa vem desenvolvendo um programa gradativo de melhoria contínua e estão investindo na qualificação dos trabalhadores através de cursos e treinamentos. Nos mais diversos setores. Há plano de cargos e salários instituído

R = Número

8.2. Atualmente



1
Praticamente inexistentes. Não existe plano de cargos e salários, não ocorrem treinamentos ou capacitações. A instituição apresenta problemas financeiros

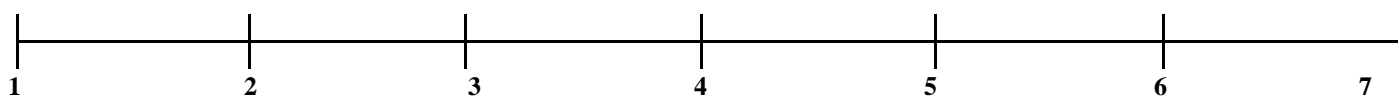
3
4
Há possibilidades de crescimento porque se percebe boas perspectivas no futuro da instituição. Estão iniciando cursos de capacitação e treinamentos

5
6
7
Há ótimas chances de crescimento. A empresa vem desenvolvendo um programa gradativo de melhoria contínua e estão investindo na qualificação dos trabalhadores através de cursos e treinamentos. Nos mais diversos setores. Há plano de cargos e salários instituído

R = Número

9. Em que medida você considera a satisfação pelo seu trabalho na instituição

9.1. Antes de 1991



1
Insatisfeito, porque as condições físicas e estruturais não são boas. Não existe respeito e justiça por parte das chefias e colegas

3
4
Satisfeito, porque a instituição está melhorando as condições físicas e estruturais. Existe boa relação e reconhecimento pela chefia e colegas

5
6
7
Muito Satisfeito. A instituição apresenta ótimas condições físicas e estruturais. Existe uma ótima relação entre chefia e empregados

R = Número

9.2. Atualmente



1
Insatisfeito, porque as condições físicas e estruturais não são boas. Não existe respeito e justiça por parte das chefias e colegas

3
4
Satisfeito, porque a instituição está melhorando as condições físicas e estruturais. Existe boa relação e reconhecimento pela chefia e

5
6
7
Muito Satisfeito. A instituição apresenta ótimas condições físicas e estruturais. Existe uma ótima relação entre chefia e empregados

colegas

R = Número

10. Como você percebe a comunicação de funcionários de outras empresas que atuam dentro do hospital

10.1. Antes de 1991



1 Não existem outras empresas. Todos somos funcionários do Hospital, apenas trabalhamos em setores diferentes

3 A comunicação é boa. Em alguns momentos porém, dificultam o nosso trabalho, pois precisamos parar o que estamos fazendo para que possam prestar o seu serviço, atrasando o nosso

7 A comunicação é ótima. Facilitam o nosso trabalho. Existe uma colaboração mútua, são muito prestativos. Os clientes ficam satisfeitos com o atendimento

R = Número

10.2. Atualmente



1 Não existem outras empresas. Todos somos funcionários do Hospital, apenas trabalhamos em setores diferentes

3 A comunicação é boa. Em alguns momentos porém, dificultam o nosso trabalho, pois precisamos parar o que estamos fazendo para que possam prestar o seu serviço, atrasando o nosso

7 A comunicação é ótima. Facilitam o nosso trabalho. Existe uma colaboração mútua, são muito prestativos. Os clientes ficam satisfeitos com o atendimento

R = Número

PARTE IV -

DADOS REFERENTES À QUALIDADE DA GERÊNCIA

11. Com que frequência gerentes ou a sua chefia fala com você sobre o modo como você realiza o seu trabalho?

11.1. Antes de 1991



1 Raramente, as pessoas quase nunca me deixam saber como vou indo em meu trabalho

3 As vezes as pessoas me dizem se estou realizando bem ou mau o meu trabalho, outras vezes não

7 Sempre; gerentes e chefias me dizem constantemente sobre como vou indo no meu trabalho

R = Número

11.2. Atualmente



Raramente, as pessoas quase nunca me deixam saber como vou indo em meu trabalho

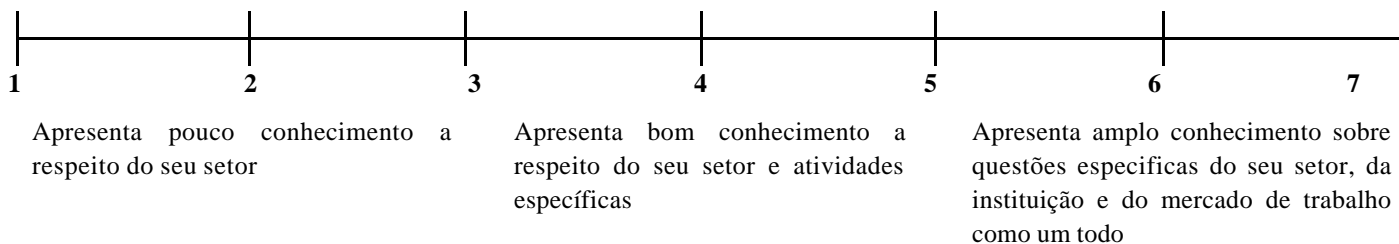
As vezes as pessoas me dizem se estou realizando bem ou mau o meu trabalho, outras vezes não

Sempre; gerentes e chefias me dizem constantemente sobre como vou indo no meu trabalho

R = Número

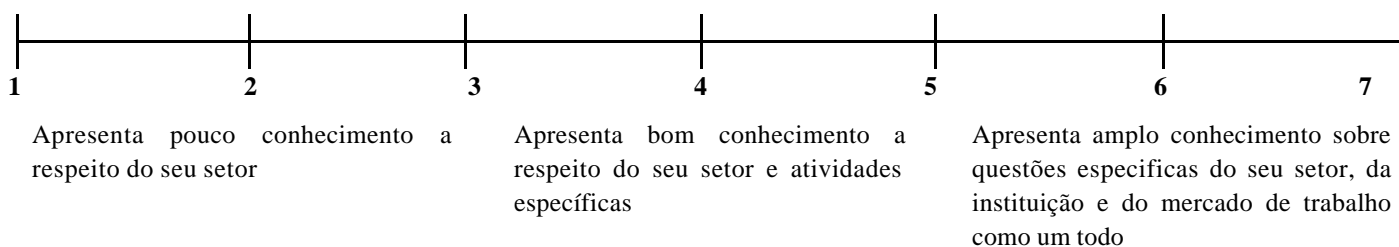
12. Como você percebe o grau de conhecimento do seu supervisor ou chefe imediato?

12.1. Antes de 1991



R = Número

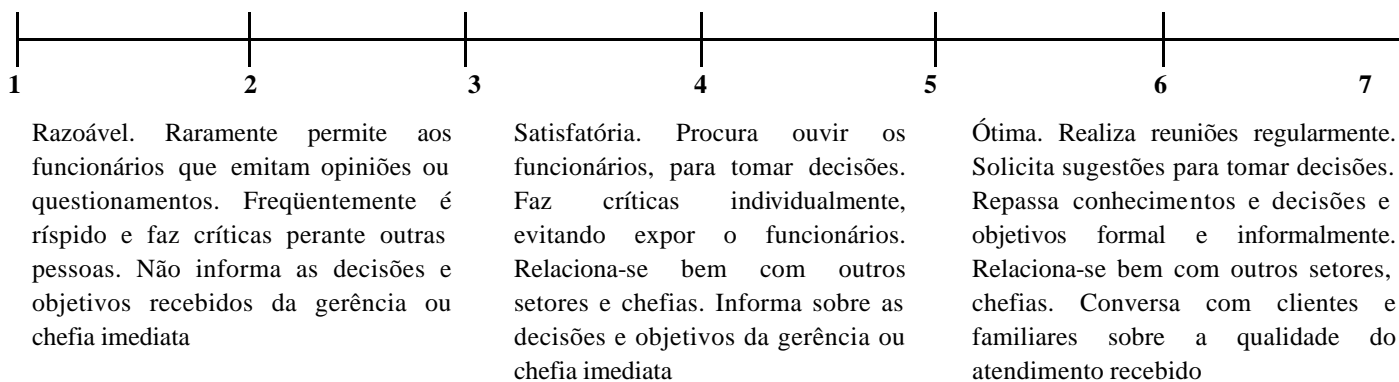
12.2. Atualmente



R = Número

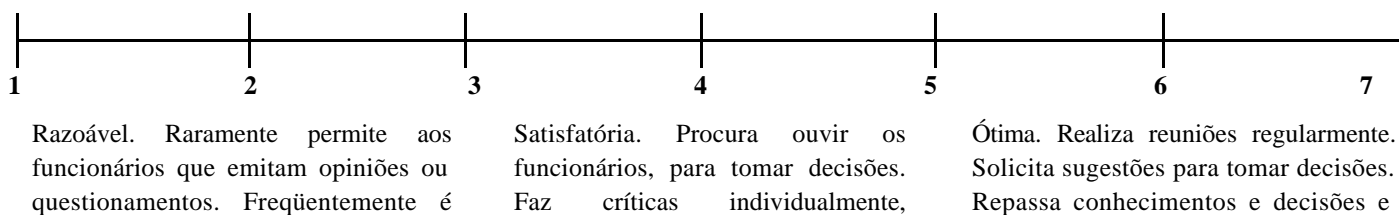
13. Como você considera a comunicação entre o seu supervisor ou chefia imediata com os funcionários?

13.1. Antes de 1991



R = Número

13.2. Atualmente



ríspido e faz críticas perante outras pessoas. Não informa as decisões e objetivos recebidos da gerência ou chefia imediata

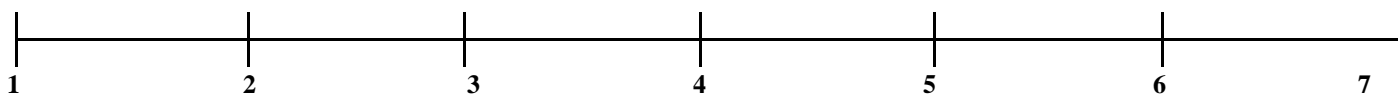
evitando expor o funcionários. Relaciona-se bem com outros setores e chefias. Informa sobre as decisões e objetivos da gerência ou chefia imediata

objetivos formal e informalmente. Relaciona-se bem com outros setores, chefias. Conversa com clientes e familiares sobre a qualidade do atendimento recebido

R = Número

14. Em que medida você considera a qualidade da supervisão que recebe no seu trabalho?

14.1. Antes de 1991



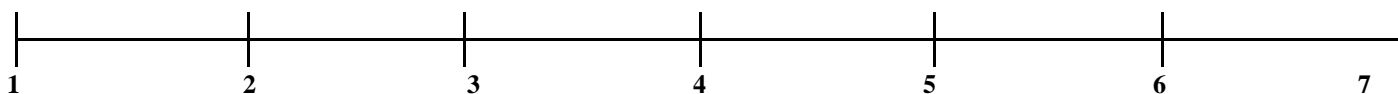
Pouca qualidade. Demonstra pouco conhecimento, fiscaliza e impõe regras. Não permite criatividade, crescimento pessoal. É extremamente crítico. Não possui autonomia e poder de decidir. Não se atualiza porque a empresa não oferece condições

Boa qualidade. Demonstra conhecimento específico do setor. Apresenta certa autonomia e poder de decisão. Repassa informações recebidas. Permite o desenvolvimento de habilidades pessoais. Faz críticas e aceita críticas e sugestões de acordo com o momento. Quando a empresa oferece condições, procura se atualizar (congressos, jornada)

Ótima qualidade. Demonstra conhecimento específico do setor e geral da organização e mercado. Tem autonomia e poder de decisão. Motiva os funcionários a desenvolver habilidades e criatividade. Faz e aceita sugestões, de forma que o funcionário se sinta participante da instituição. Está constantemente se atualizando.

R = Número

14.2. Atualmente



Pouca qualidade. Demonstra pouco conhecimento, fiscaliza e impõe regras. Não permite criatividade, crescimento pessoal. É extremamente crítico. Não possui autonomia e poder de decidir. Não se atualiza porque a empresa não oferece condições

Boa qualidade. Demonstra conhecimento específico do setor. Apresenta certa autonomia e poder de decisão. Repassa informações recebidas. Permite o desenvolvimento de habilidades pessoais. Faz críticas e aceita críticas e sugestões de acordo com o momento. Quando a empresa oferece condições, procura se atualizar (congressos, jornada)

Ótima qualidade. Demonstra conhecimento específico do setor e geral da organização e mercado. Tem autonomia e poder de decisão. Motiva os funcionários a desenvolver habilidades e criatividade. Faz e aceita sugestões, de forma que o funcionário se sinta participante da instituição. Está constantemente se atualizando.

R = Número

15. Como você percebe a missão, filosofia e objetivos do Hospital?

15.1. Antes de 1991



Desconhece. Os supervisores ou

Considera que é importante

Considera que sejam ótimos para

chefia imediata nunca falaram nada a respeito. Não sabe se existem na instituição

conhecê-los. Os supervisores ou chefia imediata já falaram a respeito, mas não explicaram muito bem. Não está muito claro para que servem

instituição. Os supervisores ou chefia imediata conversam com frequência a respeito, pedindo inclusive sugestões e opiniões sobre como melhorar o serviço para o cliente

R = Número

15.2. Atualmente

1	2	3	4	5	6	7
Desconhece. Os supervisores ou chefia imediata nunca falaram nada a respeito. Não sabe se existem na instituição			Considera que é importante conhecê-los. Os supervisores ou chefia imediata já falaram a respeito, mas não explicaram muito bem. Não está muito claro para que servem		Considera que sejam ótimos para instituição. Os supervisores ou chefia imediata conversam com frequência a respeito, pedindo inclusive sugestões e opiniões sobre como melhorar o serviço para o cliente	

R = Número

**PARTE V -
DADOS GERAIS**

16. Na sua opinião quais as principais mudanças positivas e quais as principais mudanças negativas ocorridas de 1991 para cá?
17. Quem (pessoa ou pessoas), contribuíram para essas mudanças?
18. Como você visualiza para o futuro do Hospital Santa Catarina?
19. Descreva as características de um supervisor ou gerente que você admira?
20. O que você entende por qualidade de vida no trabalho?
21. O que é Terceirização? E o que é planejamento estratégico?
22. Que fatores contribuem para melhorar a maneira como você realiza o seu trabalho?

Anexo 02
QUESTIONÁRIO PARA O HOSPITAL

PARTE I -
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E SAÚDE

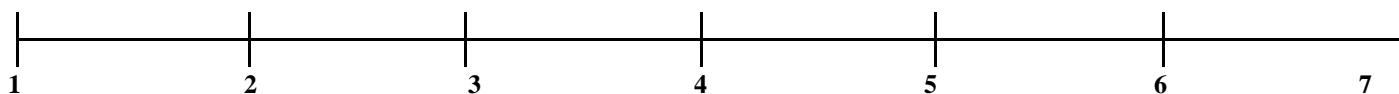
Nome:..... Idade:..... Sexo:..... Est. Civil:.....
 Cargo:..... Setor que trabalha:.....
 Data de Admissão:..... Renda individual:..... Renda familiar:.....
 Grau de instrução:..... Cursos e treinamentos relacionados a área específica
 de trabalho (data):.....
 Plano de Saúde? () Sim () Não Qual?.....
 Quanto gasto por mês com Plano de Saúde?.....
 Doenças anteriores:.....
 Doenças atuais:.....

Ao responder todas as perguntas, reflita sobre como era no período em que você foi admitido, e como é atualmente. Escolha apenas a alternativa (número) que represente a descrição mais precisa de acordo com a época solicitada.

PARTE II -
DADOS REFERENTES A QUALIDADE DO PROCESSO E PRODUTO

1. Em que medida você pode tomar decisões sobre o que fazer e como fazer seu próprio trabalho?

1.1. Período em que foi admitido



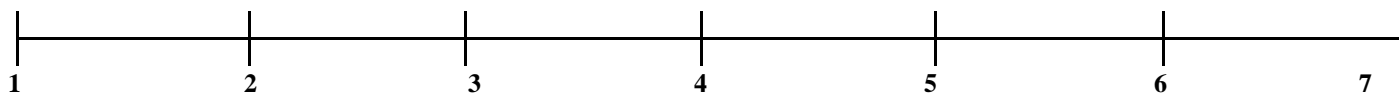
1 Muito pouco, o trabalho não me dá oportunidade de dizer quando e como ele deve ser feito

3 Moderadamente: muitas coisas são padronizadas e não estão sob o meu controle, mas posso tomar algumas decisões sobre o meu trabalho

7 Total: tenho responsabilidade quase completa para decidir como e quando o trabalho deve ser feito

R = Número

1.2. Atualmente



1 Muito pouco, o trabalho não me dá oportunidade de dizer quando e como ele deve ser feito

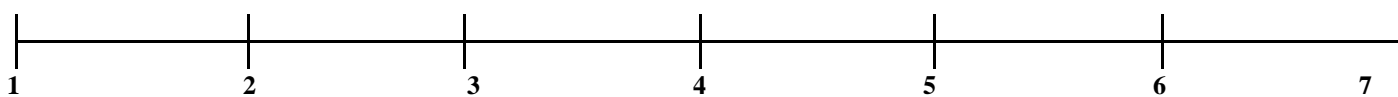
3 Moderadamente: muitas coisas são padronizadas e não estão sob o meu controle, mas posso tomar algumas decisões sobre o meu trabalho

7 Total: tenho responsabilidade quase completa para decidir como e quando o trabalho deve ser feito

R = Número

2. Como você percebe a maneira de realizar o seu trabalho

2.1. Período em que foi admitido



O trabalho é realizado com dificuldade, devido as instalações físicas, equipamentos e materiais antigos, poucos funcionários e tempo para realizar o serviço

O trabalho é realizado com certa facilidade, devido aos bons equipamentos e materiais, local de trabalho sendo reformado, treinamentos esporádicos

O trabalho é realizado com muita facilidade, devido as pessoas serem qualificadas, atualizadas através de treinamentos, instalações físicas, equipamentos e materiais atualizados

R = Número

2.1. Atualmente



O trabalho é realizado com dificuldade, devido as instalações físicas, equipamentos e materiais antigos, poucos funcionários e tempo para realizar o serviço

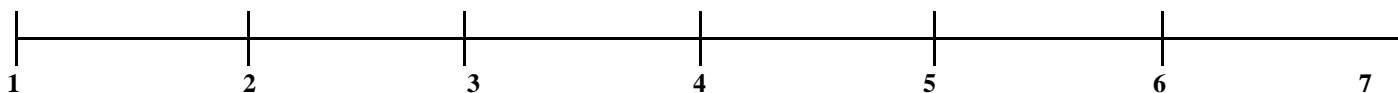
O trabalho é realizado com certa facilidade, devido aos bons equipamentos e materiais, local de trabalho sendo reformado, treinamentos esporádicos

O trabalho é realizado com muita facilidade, devido as pessoas serem qualificadas, atualizadas através de treinamentos, instalações físicas, equipamentos e materiais atualizados

R = Número

3. Como você considera o produto final (serviço) oferecido pelo seu setor

3.1. Período em que foi admitido



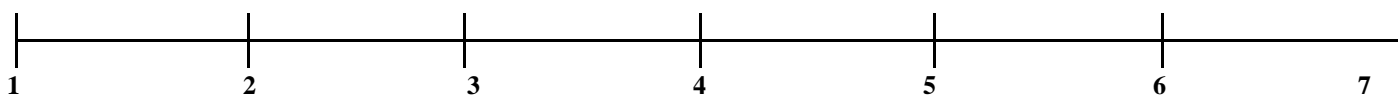
Razoável. A falta de recursos materiais, humanos e financeiros faz com que as pessoas (clientes externos) reclamem do serviço prestado

Bom. A empresa oferece condições para que os serviços sejam aceitos de forma satisfatória por grande parte dos clientes

Muito Bom. A empresa oferece ótimas condições (equipamentos, materiais, clima organizacional) para que quase todos os clientes sintam-se satisfeitos com os serviços prestados

R = Número

3.2. Atualmente



Razoável. A falta de recursos materiais, humanos e financeiros faz com que as pessoas (clientes externos) reclamem do serviço prestado

Bom. A empresa oferece condições para que os serviços sejam aceitos de forma satisfatória por grande parte dos clientes

Muito Bom. A empresa oferece ótimas condições (equipamentos, materiais, clima organizacional) para que quase todos os clientes sintam-se satisfeitos com os serviços prestados

R = Número

4. Com que intensidade, o seu trabalho é completo, tem começo e fim, ou trata-se de uma pequena parte de um todo, que é terminado por outras pessoas ou máquinas?

4.1. Período em que foi admitido



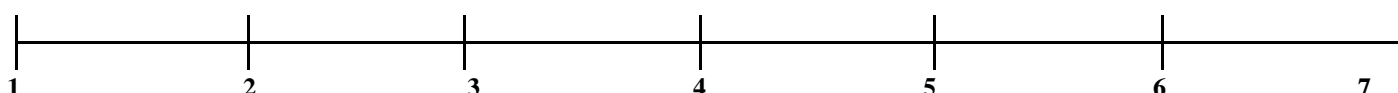
Meu trabalho é apenas um pedaço de outros trabalhos. Os resultados do meu trabalho não podem ser vistos, como no produto final ou serviço

Meu trabalho é uma parte moderada do total. Dá para perceber minhas contribuições no produto ou serviço final

Meu trabalho envolve toda a tarefa do princípio ao fim. Os resultados do meu trabalho podem ser percebidos facilmente no produto final ou serviço

R = Número

4.2. Atualmente



Meu trabalho é apenas um pedaço de outros trabalhos. Os resultados do meu trabalho não podem ser vistos, como no produto final ou serviço

Meu trabalho é uma parte moderada do total. Dá para perceber minhas contribuições no produto ou serviço final

Meu trabalho envolve toda a tarefa do princípio ao fim. Os resultados do meu trabalho podem ser percebidos facilmente no produto final ou serviço

R = Número

5. O seu supervisor compara o seu trabalho com de outros colegas da empresa, de outros setores da empresa e mesmo de outras empresas que prestam o mesmo tipo de serviço?

5.1. Período em que foi admitido



Nunca percebi a comparação entre o meu modo de trabalhar com de outros colegas, da mesma empresa ou de outra empresa

Uma vez ou outra percebo que existe comparação entre a maneira de efetuar as atividades, e somos estimulados, em algumas ocasiões, a modificar a prática, para melhorar o serviço prestado

Existe uma comparação constante, inclusive com instituições de outras localidades. Quando um supervisor ou gerente participa de congresso, curso ou visita outras empresas, sempre propõem novas maneiras de prestar um melhor serviço

R = Número

5.2. Atualmente



Nunca percebi a comparação entre o meu modo de trabalhar com de outros colegas, da mesma empresa ou de outra empresa

Uma vez ou outra percebo que existe comparação entre a maneira de efetuar as atividades, e somos estimulados, em algumas ocasiões, a modificar a prática, para melhorar o serviço prestado

Existe uma comparação constante, inclusive com instituições de outras localidades. Quando um supervisor ou gerente participa de congresso, curso ou visita outras empresas, sempre propõem novas maneiras de prestar um

R = Número

**PARTE III -
DADOS REFERENTES A QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO**

6. Como você percebe o grau de segurança, na realização do seu trabalho

6.1. Período em que foi admitido



Meu trabalho é realizado sem muita segurança. Não existe CIPA, equipamentos de segurança e treinamentos específicos

Meu trabalho é realizado com boa segurança. A CIPA realiza campanhas esporádicas (de vez em quando), para atividades de maior risco, existem equipamentos de segurança e treinamentos específicos

Meu trabalho é realizado com total segurança. A CIPA é bastante atuante, cada setor possui mapa de riscos, são realizados treinamentos e colocados a disposição os equipamentos de proteção necessários a cada serviço

R = Número

6.2. Atualmente



Meu trabalho é realizado sem muita segurança. Não existe CIPA, equipamentos de segurança e treinamentos específicos

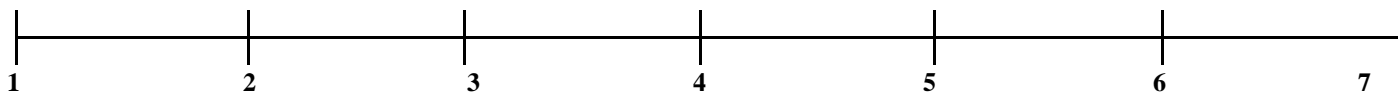
Meu trabalho é realizado com boa segurança. A CIPA realiza campanhas esporádicas (de vez em quando), para atividades de maior risco, existem equipamentos de segurança e treinamentos específicos

Meu trabalho é realizado com total segurança. A CIPA é bastante atuante, cada setor possui mapa de riscos, são realizados treinamentos e colocados a disposição os equipamentos de proteção necessários a cada serviço

R = Número

7. Em que medida você considera o pagamento e benefícios recebidos

7.1. Período em que foi admitido



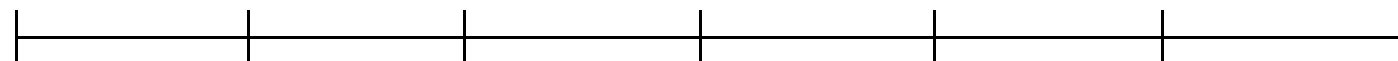
Insatisfatório: está abaixo da média de mercado

Satisfatório: está na média de mercado

Bastante satisfatória, acima da média de mercado com introdução de participação nos lucros

R = Número

7.2. Atualmente



1	2	3	4	5	6	7	
Insatisfatório: está abaixo da média de mercado			Satisfatório: está na média de mercado		Bastante satisfatória, acima da média de mercado com introdução de participação nos lucros		

R = Número

8. Como você percebe as possibilidades de crescimento pessoal e de desenvolvimento na realização do seu trabalho?

8.1. Período em que foi admitido



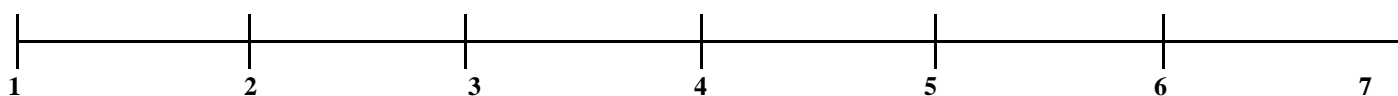
1
Praticamente inexistentes. Não existe plano de cargos e salários, não ocorrem treinamentos ou capacitações. A empresa apresenta problemas financeiros

3
Há possibilidades de crescimento porque se percebe boas perspectivas no futuro da empresa. Estão iniciando cursos de capacitação e treinamentos

7
Há ótimas chances de crescimento. A empresa vem desenvolvendo um programa gradativo de melhoria contínua e estão investindo na qualificação dos trabalhadores através de cursos e treinamentos, nos mais diversos setores. Há plano de cargos e salários instituído

R = Número

8.2. Atualmente



1
Praticamente inexistentes. Não existe plano de cargos e salários, não ocorrem treinamentos ou capacitações. A empresa apresenta problemas financeiros

3
Há possibilidades de crescimento porque se percebe boas perspectivas no futuro da empresa. Estão iniciando cursos de capacitação e treinamentos

7
Há ótimas chances de crescimento. A empresa vem desenvolvendo um programa gradativo de melhoria contínua e estão investindo na qualificação dos trabalhadores através de cursos e treinamentos, nos mais diversos setores. Há plano de cargos e salários instituído

R = Número

9. Em que medida você considera a satisfação pelo seu trabalho na instituição

9.1. Período em que foi admitido



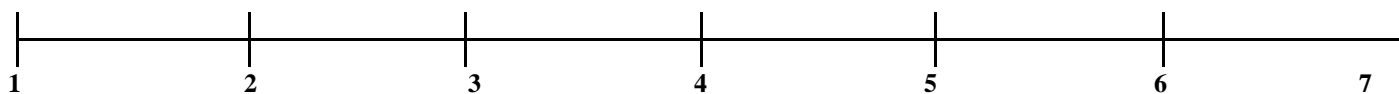
1
Insatisfeito, porque as condições físicas e estruturais não são boas. Não existe respeito e justiça por parte das chefias e colegas

3
Satisfeito, porque a instituição está melhorando as condições físicas e estruturais. Existe boa relação e reconhecimento pela chefia e colegas

7
Muito Satisfeito. A instituição apresenta ótimas condições físicas e estruturais. Existe uma ótima relação entre chefia e empregados

R = Número

9.2. Atualmente



1 Insatisfeito, porque as condições físicas e estruturais não são boas. Não existe respeito e justiça por parte das chefias e colegas

4 Satisfeito, porque a empresa está melhorando as condições físicas e estruturais. Existe boa relação e reconhecimento pela chefia e colegas

7 Muito Satisfeito. A instituição empresa apresenta ótimas condições físicas e estruturais. Existe uma ótima relação entre chefia e empregados

R = Número

10. Como você percebe a comunicação de funcionários do hospital com os funcionários da empresa que você trabalha

10.1. Período em que foi admitido



1 A comunicação é difícil, porque não estão habituados com o nosso serviço. O cliente ou os médicos que solicitam o serviço as vezes reclamam do atraso com que são realizados

4 A comunicação é boa. Em alguns momentos porém, dificultam o nosso trabalho, porque precisamos esperar que terminem o seu trabalho para que possamos fazer o nosso

7 A comunicação é ótima. Facilitam o nosso trabalho. Existe uma colaboração mútua, são muito prestativos. Os clientes ficam satisfeitos com o atendimento de ambas as partes

R = Número

10.2. Atualmente



1 A comunicação é difícil, porque não estão habituados com o nosso serviço. O cliente ou os médicos que solicitam o serviço as vezes reclamam do atraso com que são realizados

4 A comunicação é boa. Em alguns momentos porém, dificultam o nosso trabalho, porque precisamos esperar que terminem o seu trabalho para que possamos fazer o nosso

7 A comunicação é ótima. Facilitam o nosso trabalho. Existe uma colaboração mútua, são muito prestativos. Os clientes ficam satisfeitos com o atendimento de ambas as partes

R = Número

PARTE IV -

DADOS REFERENTES À QUALIDADE DA GERÊNCIA

11. Com que frequência gerentes ou a sua chefia fala com você sobre o modo como você realiza o seu trabalho?

11.1. Período em que foi admitido



1 Raramente, as pessoas quase nunca me deixam saber como vou indo em meu trabalho

4 As vezes as pessoas me dizem se estou realizando bem ou mau o meu trabalho, outras vezes não

7 Sempre; gerentes e chefias me dizem constantemente sobre como vou indo no meu trabalho

R = Número

11.2. Atualmente



 1	 2	 3	 4	 5	 6	 7
Raramente, as pessoas quase nunca me deixam saber como vou indo em meu trabalho			As vezes as pessoas me dizem se estou realizando bem ou mau o meu trabalho, outras vezes não			Sempre; gerentes e chefias me dizem constantemente sobre como vou indo no meu trabalho

R = Número

12. Como você percebe o grau de conhecimento do seu supervisor ou chefe imediato?

12.1. Período em que foi admitido

 1	 2	 3	 4	 5	 6	 7
Apresenta pouco conhecimento a respeito do seu setor			Apresenta bom conhecimento a respeito do seu setor e atividades específicas			Apresenta amplo conhecimento sobre questões específicas do seu setor, da instituição e do mercado de trabalho como um todo

R = Número

12.2. Atualmente

 1	 2	 3	 4	 5	 6	 7
Apresenta pouco conhecimento a respeito do seu setor			Apresenta bom conhecimento a respeito do seu setor e atividades específicas			Apresenta amplo conhecimento sobre questões específicas do seu setor, da instituição e do mercado de trabalho como um todo

R = Número

13. Como você considera a comunicação entre o seu supervisor ou chefia imediata com os funcionários?

13.1. Período em que foi admitido

 1	 2	 3	 4	 5	 6	 7
Razoável. Raramente permite aos funcionários que emitam opiniões ou questionamentos. Frequentemente é ríspido e faz críticas perante outras pessoas. Não informa as decisões e objetivos recebidos da gerência ou chefia imediata			Satisfatória. Procura ouvir os funcionários, para tomar decisões. Faz críticas individualmente, evitando expor o funcionários. Relaciona-se bem com outros setores e chefias. Informa sobre as decisões e objetivos da gerência ou chefia imediata			Ótima. Realiza reuniões regularmente. Solicita sugestões para tomar decisões. Repassa conhecimentos e decisões e objetivos formal e informalmente. Relaciona-se bem com outros setores, chefias. Conversa com clientes e familiares sobre a qualidade do atendimento recebido

R = Número

13.2. Atualmente



1 Razoável. Raramente permite aos funcionários que emitam opiniões ou questionamentos. Frequentemente é ríspido e faz críticas perante outras pessoas. Não informa as decisões e objetivos recebidos da gerência ou chefia imediata

4 Satisfatória. Procura ouvir os funcionários, para tomar decisões. Faz críticas individualmente, evitando expor o funcionários. Relaciona-se bem com outros setores e chefias. Informa sobre as decisões e objetivos da gerência ou chefia imediata

7 Ótima. Realiza reuniões regularmente. Solicita sugestões para tomar decisões. Repassa conhecimentos e decisões e objetivos formal e informalmente. Relaciona-se bem com outros setores, chefias. Conversa com clientes e familiares sobre a qualidade do atendimento recebido

R = Número

14. Em que medida você considera a qualidade da supervisão que recebe no seu trabalho?

14.1. Período em que foi admitido



1 Pouca qualidade. Demonstra pouco conhecimento, fiscaliza e impõe regras. Não permite criatividade, crescimento pessoal. É extremamente crítico. Não possui autonomia e poder de decidir. Não se atualiza porque a empresa não oferece condições

4 Boa qualidade. Demonstra conhecimento específico do setor. Apresenta certa autonomia e poder de decisão. Repassa informações recebidas. Permite o desenvolvimento de habilidades pessoais. Faz críticas e aceita críticas e sugestões de acordo com o momento. Quando a empresa oferece condições, procura se atualizar (congressos, jornada)

7 Ótima qualidade. Demonstra conhecimento específico do setor e geral da organização e mercado. Tem autonomia e poder de decisão. Motiva os funcionários a desenvolver habilidades e criatividade. Faz e aceita sugestões, de forma que o funcionário se sinta participante da instituição. Está constantemente se atualizando.

R = Número

14.2. Atualmente



1 Pouca qualidade. Demonstra pouco conhecimento, fiscaliza e impõe regras. Não permite criatividade, crescimento pessoal. É extremamente crítico. Não possui autonomia e poder de decidir. Não se atualiza porque a empresa não oferece condições

4 Boa qualidade. Demonstra conhecimento específico do setor. Apresenta certa autonomia e poder de decisão. Repassa informações recebidas. Permite o desenvolvimento de habilidades pessoais. Faz críticas e aceita críticas e sugestões de acordo com o momento. Quando a empresa oferece condições, procura se atualizar (congressos, jornada)

7 Ótima qualidade. Demonstra conhecimento específico do setor e geral da organização e mercado. Tem autonomia e poder de decisão. Motiva os funcionários a desenvolver habilidades e criatividade. Faz e aceita sugestões, de forma que o funcionário se sinta participante da instituição. Está constantemente se atualizando.

R = Número

15. Como você percebe a missão, filosofia e objetivos do Hospital?

15.1. Período em que foi admitido



1 Desconhece. Os supervisores ou chefia imediata nunca falaram nada a respeito. Não sabe se existem no hospital

4 Considera que é importante conhecê-los. Os supervisores ou chefia imediata já falaram a respeito, mas não explicaram muito bem. Não está muito claro para que servem

7 Considera que sejam ótimos para o hospital. Os supervisores ou chefia imediata conversam com frequência a respeito, pedindo inclusive sugestões e opiniões sobre como melhorar o serviço para o cliente

R = Número

15.2. Atualmente



1 Desconhece. Os supervisores ou chefia imediata nunca falaram nada a respeito. Não sabe se existem no hospital

4 Considera que é importante conhecê-los. Os supervisores ou chefia imediata já falaram a respeito, mas não explicaram muito bem. Não está muito claro para que servem

7 Considera que sejam ótimos para o hospital. Os supervisores ou chefia imediata conversam com frequência a respeito, pedindo inclusive sugestões e opiniões sobre como melhorar o serviço para o cliente

R = Número

**PARTE V -
DADOS GERAIS**

16. Na sua opinião quais as principais mudanças positivas e quais as principais mudanças negativas ocorridas desde a sua admissão até o momento atual?

Positivas

Negativas

17. Quem (pessoa ou pessoas), contribuíram para essas mudanças?

18. Descreva as características de um supervisor ou gerente que você admira?

19. O que você entende por qualidade de vida no trabalho?

20. O que é Terceirização? E o que é planejamento estratégico?

21. e fatores contribuem para melhorar a maneira como você realiza o seu trabalho?

22. Como você visualiza o futuro da empresa que você trabalha, e o do Hospital Santa Catarina?

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM
ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

**INOVAÇÕES TECNOLÓGICAS DE GESTÃO E AS
TRANSFORMAÇÕES DECORRENTES DO SEU USO
EM UM HOSPITAL GERAL PRIVADO DE MÉDIO
PORTE**

ELEIDE MARGARETHE PEREIRA FARHAT

Dissertação apresentada como requisito final para a obtenção do título de Mestre em
Engenharia de Produção, área de Avaliação e Inovação Tecnológica

Ricardo Miranda Barccia Dr. Eng.
Coordenador do Curso

Banca Examinadora:

Rolf Hermann Erdmann Dr
UFSC – Orientador

Valter Saurin Dr.
Examinador

Wilson Danilo Lunardi Filho Dr.
Examinador

