

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

**CULTURA ORGANIZACIONAL E GESTÃO DA QUALIDADE EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Adriana de Jesus Macau

**Santa Maria, RS, Brasil
2014**

**CULTURA ORGANIZACIONAL E GESTÃO DA QUALIDADE EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO**

Adriana de Jesus Macau

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Interinstitucional do Programa de Pós Graduação em Administração, Área de Concentração em Ciências Sociais e Humanas, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS) como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Administração**

Orientadora: Profª Lúcia Rejane da Rosa Gama Madruga

**Santa Maria, RS, Brasil
2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

**A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado**

**CULTURA ORGANIZACIONAL E GESTÃO DA QUALIDADE EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO**

Elaborada por
Adriana de Jesus Macau

Como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Administração

COMISSÃO EXAMINADORA:

Lúcia Rejane da Rosa Gama Madruga, Dra.
(Presidente/Orientadora)

Alberto Souza Schmidt, Dr. (UFMS)

Antonio Guerino Tonin, Dr. (UFMS)

Santa Maria, 05 de novembro de 2014.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos amores de minha vida: Meu esposo Antônio Carlos e meus filhos Adriana, Ana Beatriz e Airton que estiveram sempre comigo nesta jornada

AGRADECIMENTOS

Expresso toda minha gratidão, carinho e reconhecimento a todas as pessoas que contribuíram para concretização de mais uma etapa de minha vida profissional.

Agradeço principalmente a Deus por ter colocado essa oportunidade em minha vida e por me ter dado coragem e forças para persistir e concluir todas as etapas;

Ao meu esposo que sempre esteve do meu lado e sempre estimulou meu crescimento profissional;

Aos meus filhos que cresceram junto comigo quando da minha ausência se tornaram mais autônomos;

À minha mãe pelo seu apoio incondicional;

Ao meu irmão que esteve sempre ao meu lado expressando palavras de ânimo e confiança;

À minha tia Maria do Carmo pelas orientações e torcida pelo meu sucesso pessoal e profissional;

Às instituições Universidade Federal de Santa Maria e Universidade Federal do Maranhão que apoiou e possibilitou a concretização desse mestrado;

À Fundação de Amparo à Pesquisa e Desenvolvimento Científico do Maranhão - *FAPEMA*. pelo apoio e incentivo à pesquisa;

À minha orientadora Lúcia Rejane da Rosa Gama Madruga que com sua calma e objetividade me acolheu e orientou sabiamente;

À minha amiga Adriana Cavalcante que foi um instrumento de Deus quando me apresentou a proposta do mestrado;

Ao amigo Ronaldo pelo ânimo nos momentos difíceis da jornada.

Ao Professor Luís Felipe pela atenção e dedicação no processo de análise estatística dos dados;

Aos profissionais dos setores certificados do HUUFMA que prontamente aceitaram participar desta pesquisa, manifestando suas reais percepções e sentimentos acerca do contexto estudado;

Enfim, a todos que de alguma forma estiveram torcendo para que eu alcançasse meus objetivos.

“...Distinguir liderança de gestão ou administração, pode-se argumentar que a liderança cria e muda as culturas, enquanto a gestão e a administração agem na cultura”.

Edgar Shein

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós Graduação em Administração
Universidade Federal de Santa Maria

CULTURA ORGANIZACIONAL E GESTÃO DA QUALIDADE EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

AUTORA: Adriana de Jesus Macau
ORIENTADORA: Lúcia Rejane da Rosa Gama Madruga
Data e Local da Defesa: Santa Maria, 05 de novembro de 2014.

Este estudo aborda-se a cultura organizacional e a gestão da qualidade em um Hospital Universitário. Partindo da revisão dos modelos de cultura buscou-se a compreensão da relevância da cultura organizacional para o desenvolvimento da qualidade. Contextualizam-se a cultura organizacional brasileira identificando a importância da cultura nacional e suas influências representadas pelos traços brasileiros. Conceitua-se a qualidade e apresenta-se o sistema de gestão da qualidade no contexto da saúde abordando a certificação NBR ISO 9001:2008 e a acreditação hospitalar. Diante dos dois construtos busca-se responder o seguinte problema de pesquisa: **Que elementos da cultura organizacional influenciam nos princípios da qualidade da NBR ISO 9001:2008 na percepção dos profissionais em um Hospital Universitário (HU)?** E tem por finalidade Identificar elementos da cultura organizacional que influenciam nos princípios da qualidade da NBR ISO 9001/2008 na percepção dos profissionais em um Hospital Universitário. Para responder o seguinte questionamento adota-se o método de pesquisa descritiva, correlacional e quantitativa. Aplicam-se questionários a 189 profissionais de saúde dos setores certificados do HU. Analisam-se os dados por meio de estatísticas descritivas e correlações entre os construtos utilizando-se os softwares “microsoft excel”, “*Statistical Package for Social Sciences*” (SPSS) versão 18” e pelo “*Statistical Analysis System*” (SAS versão 9.1). O estudo destaca que os profissionais percebem adoção de valores de profissionalismo cooperativo e das práticas de integração externa. Reconhecem em suas práticas todos os princípios da qualidade com destaque para foco no cliente e envolvimento de pessoas. As correlações entre cultura e qualidade apresentam-se associações positivas e significativas entre estes construtos.

Palavras-chave: Cultura Organizacional. Qualidade. Hospital.

ABSTRACT

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós Graduação em Administração
Universidade Federal de Santa Maria

ORGANIZATIONAL CULTURE AND QUALITY MANAGEMENT IN THE UNIVERSITY HOSPITAL

AUTHOR: Adriana de Jesus Macau
ADVISER: Lúcia Rejane da Rosa Gama Madruga
Date and Place of Defense: Santa Maria, November de 2014.

This study approaches to organizational culture and quality management in a university hospital. Based on the review of the culture models aimed to understanding the importance of organizational culture for the development of quality. Brazilian organizational culture is contextualized identifying the importance of national culture and its influences represented by Brazilian traits. The quality and shows the quality management system in the health context is conceptualized-addressing the certification ISO 9001: 2008 and the hospital accreditation. Before the two constructs we seek to answer the following research problem: What elements of organizational culture influence on the principles of quality of ISO 9001: 2008 in the perception of professionals in a University Hospital (UH)? And aims to identify elements of the organizational culture that influence the principles of the ISO 9001/2008 quality perceptions of professionals in a University Hospital. To answer the following question adopts the method descriptive, correlational and quantitative. Apply questionnaires to 189 health professionals from HU certificates sectors. The data using descriptive statistics are analyzed and correlations between the constructs using the software "microsoft excel", "Statistical Package for Social Sciences" (SPSS) version 18 "and the" Statistical Analysis System "(SAS version 9.1). The study highlights that professionals perceive adoption of cooperative professionalism values and integration of external practices. Recognize in their practice all the principles of quality with emphasis on customer focus and involvement of people. The correlations between culture and quality are presented positive and significant associations between these constructs.

Keywords: Organizational Culture. Quality. Hospital.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Representação do modelo de Hofstede	21
Figura 2 – Estrutura de níveis de cultura organizacional	24
Figura 3 – Representação do sistema de ação cultural brasileiro	27
Figura 4 – Sistema de gestão de qualidade (SGQ).....	48
Figura 5 – Síntese do modelo de pesquisa.....	52
Figura 6 – Setor de lotação.....	63
Figura 7 – Distribuição por gênero.....	64
Figura 8 – Faixa etária.....	64
Figura 9 – Função profissional.....	65
Figura10 – Categoria profissional.....	66
Figura 11 – Escolaridade.....	66
Figura 12 – Tempo de serviço.....	67
Figura 13 – Tempo de serviço no setor.....	67
Figura 14 – Tempo que desenvolve a qualidade.....	68
Figura 15 – Conhecimento da política da qualidade.....	69
Figura16 – Certificação melhorou a qualidade.....	69
Figura17 – Influência da cultura na qualidade.....	70
Figura 18 – Processo de gestão.....	72
Figura 19 – Médias gerais e classificação das dimensões da cultura organizacional	75
Figura 20 – Dimensões da Cultura Organizacional.....	76
Figura 21 – Médias gerais e classificação das dimensões da qualidade.....	79
Figura 22 – Dimensões da qualidade.....	79
Figura 23 – Correlações do construto cultura organizacional suas dimensões e as dimensões da qualidade.....	81
Figura 24 – Correlações entre as dimensões da qualidade.....	82
Figura 25 – Correlações das dimensões da cultura organizacional e dimensões da qualidade	83

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Conceitos cultura organizacional.....	20
Quadro 2 – Tipos de cultura segundo modelo Cameron e Quinn.....	25
Quadro 3 – Contribuições dos autores Hofstede e Calori e Sarnin.....	29
Quadro 4 – Constituição do questionário IBACO.....	30
Quadro 5 – Hospitais brasileiros acreditados pela JCI.....	39
Quadro 6 – Fatores organizacionais distribuídos no IBACO.....	59
Quadro 7 – Procedimentos de análises por objetivos propostos.....	60
Quadro 8 – Síntese das variáveis sócio demográficas.....	70
Quadro 9 – <i>Alfa Cronbach</i> geral e por dimensões da cultura organizacional.....	74
Quadro 10 – Comparativos entre estudos.....	77
Quadro 11 - <i>Alfa Cronbach</i> geral e por dimensões da qualidade.....	78
Quadro 12 – Matriz de correlação e significâncias da cultura organizacional e qualidade.....	81

Sumário

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Objetivos.....	14
1.1.1 Objetivo Geral.....	14
1.1.2 Objetivos específicos.....	14
1.2 Justificativa	14
1.3 Estrutura da dissertação.....	
16	
2 CULTURA ORGANIZACIONAL	18
2.1 Conceituando cultura organizacional.....	18
2.2 Cultura organizacional brasileira.....	26
2.3 Instrumentos de mensuração e avaliação da cultura organizacional.....	
28	
3 GESTÃO DA QUALIDADE.....	32
3.1 Conceituando qualidade.....	
32	
3.2 Qualidade nos serviços de saúde.....	
35	
4 MÉTODO DE PESQUISA.....	50
4.1 Objeto de estudo	50
4.2 Delineamento da pesquisa.....	
52	
4.3 Desenho da Pesquisa.....	
53	
4.4 População	56
4.4.1 Critérios de inclusão.....	
56	
4.4.2 Critérios de exclusão	56

4.5 Coleta de dados.....	57
4.6 Análise de dados.....	58
4.7 Aspectos éticos.....	60
4.7.1 Riscos do estudo aos pesquisados.....	61
4.7.2 Benefícios do estudo aos pesquisados.....	61
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	62
5.1 Perfil sócio demográfico dos participantes.....	62
5.2 Conhecimento da cultura e qualidade.....	67
5.3 Práticas de qualidade no HUUFMA	70
5.4.1 Cultura Organizacional	73
5.4.2 Qualidade.....	77
5.5 Relação da cultura organizacional e qualidade.....	79
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84
REFERÊNCIAS.....	87
APÊNDICE A – Questionário sócio demográfico e qualidade.....	92
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	95
APÊNDICE C – Termo de Confidencialidade	96
ANEXO A – Questionário IBACO.....	97

1 INTRODUÇÃO

Historicamente os serviços de saúde pública são reconhecidos como instituições onde imperam excesso de burocracia, baixa produtividade e custos elevados.

O setor de prestação de serviços de saúde nos últimos anos tem passado por diversas mudanças que requerem dos administradores uma gestão profissionalizada como forma de promover o desenvolvimento das organizações hospitalares no contexto em que se inserem.

A sua evolução nesse cenário tem sido um grande desafio das organizações prestadoras de serviços de saúde, tendo em vista a crescente pressão dos órgãos governamentais e da sociedade sobre a qualidade na prestação dos serviços de saúde.

A garantia da qualidade nos serviços de uma instituição requer mudança e ou adaptação cultural de seus clientes internos em consonância com o ambiente externo evidenciando-se, assim, a importância da cultura organizacional no processo de implantação do sistema de gestão da qualidade.

O tema cultura organizacional teve sua origem na administração a partir de 1980, quando foi incorporado no meio científico tornando-se objeto de investigação e alvo de estudos nas décadas subsequentes. A cultura organizacional tem sido apontada de forma relevante na compreensão do comportamento humano nas organizações devido à influência que exerce sobre as pessoas.

A mais clássica e citada definição de cultura foi apresentada por Schein (2009) que a define como um modelo de pressupostos básicos que determinado grupo tem inventado, descoberto ou desenvolvido no processo de aprendizagem para lidar com problemas de adaptação externa e integração interna. Segundo ele, uma vez que os pressupostos básicos passam a funcionar bem o suficiente para serem considerados válidos, são ensinados aos demais como maneira correta para se perceber, se pensar e se sentir em relação àqueles problemas.

O conhecimento da cultura organizacional é uma importante estratégia para a melhoria da organização, uma vez que, ao serem identificados os valores e as

práticas que regem a organização torna-se mais fácil detectar o impacto que a cultura pode ter no seu funcionamento (LUCENA e OLIVEIRA, 2010).

A cultura organizacional impacta diretamente nos processos organizacionais e em seus resultados, particularmente sobre a eficácia (SANTOS, 2000; PADOVEZE e BENEDICTO, 2005).

O desempenho, a eficácia e o sucesso das organizações dependem da cultura organizacional percebida pelos seus membros e gestores. Portanto, tomar consciência da sua importância nas práticas de gestão constitui-se um fator de diferenciação entre as empresas mais bem sucedidas e as menos sucedidas.

Segundo Donabedian, (2002) o problema crítico da gestão da qualidade, especificamente, nos serviços de saúde, é a cultura dessas organizações, a qual corresponde ao conjunto de crenças e valores que definem como os membros de uma organização interpretam a realidade, a necessidade de mudar esta realidade e como ela deveria ser mudada. Ele diz que algumas formas de garantir a qualidade constituem uma “revolução de pensamento” que requer a correspondente mudança cultural.

Transformar esta cultura em modalidades propícias à melhoria da qualidade assistencial é responsabilidade da liderança, entendendo liderança como a capacidade de persuadir, motivar e inspirar confiança, e também o exemplo e o compromisso pessoal com a qualidade que acaba por determinar o predomínio de uns e outros elementos culturais. Esta liderança – ou sua ausência – é determinante para o êxito ou fracasso das políticas e intervenções de mudança.

Nesse contexto, buscou-se estudar a cultura organizacional e a gestão da qualidade em um hospital universitário com o objetivo de responder o seguinte problema de pesquisa:

Que elementos da cultura organizacional influenciam nos princípios da qualidade da NBR ISO 9001:2008 na percepção dos profissionais em um Hospital Universitário?

Em resposta ao problema de pesquisa proposto, foram estabelecidos os seguintes objetivos norteadores para a presente pesquisa.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo Geral

Identificar elementos da cultura organizacional que influenciam nos princípios da qualidade NBR ISO 9001/2008 na percepção dos profissionais em um Hospital Universitário.

1.1.2 Objetivos específicos

- 1) Descrever o perfil sócio demográfico dos profissionais de saúde dos setores certificados do HUUFMA;
- 2) Contextualizar as práticas de qualidade realizadas para atender aos requisitos da NBR ISO 9001:2008;
- 3) Caracterizar a cultura organizacional na percepção dos servidores do HUUFMA);
- 4) Identificar a adesão aos princípios da NBR ISO 9001:2008 pelos servidores; e
- 5) Relacionar os elementos da cultura organizacional aos princípios da NBR ISO 9001:2008 percebidos pelos servidores do hospital.

1.2 Justificativa

Os processos organizacionais que envolvem a tomada de decisão, a liderança, a comunicação, as mudanças organizacionais, os conflitos, entre outras variáveis, podem sofrer influência de elementos da cultura organizacional tais como valores e práticas compartilhados na organização; os quais podem ser tanto entraves quanto impulsionadores do desenvolvimento organizacional (FLEURY e FISCHER, 1996).

Schein (2009) vem reforçar a importância do estudo sobre cultura organizacional afirmando que a chave para o sucesso nas empresas é entender como essa cultura é aprendida, ensinada e modificada, de acordo com os estágios que as organizações se encontram e como é direcionado esse processo de aprendizado, de mudança e de desenvolvimento. Para ele, a cultura organizacional está presente nas tomadas de decisões da organização e a força cultural existente pode ter consequências imprevistas e indesejáveis, devido ao fato da cultura estar presente nas estratégias, nos objetivos e no modo de operação da empresa.

Portanto, para que as decisões sejam tomadas, é preciso que os gerentes tenham consciência de como a cultura está disseminada pelos seus membros uma vez que conhecer os valores centrais da cultura organizacional pode ser uma ferramenta especialmente útil para a gestão eficaz da mudança organizacional (CAMERON E QUINN, 2006).

A cultura organizacional pode ser tanto um empecilho quanto um grande impulsionador do desempenho organizacional uma vez que existe correlação positiva entre cultura e desempenho (SANTOS, 2000). Diante disso, a cultura organizacional passa a ser um importante elemento no direcionamento das atividades de gestão, já que quanto maior a adesão das características culturais da empresa aos instrumentos de gestão, maior será a eficácia pretendida (PADOVEZE e BENEDITO, 2005).

As pesquisas apontam que a cultura influencia a decisão e o desempenho, demonstrando a importância de se realizar estudos que procurem relacionar a cultura com diferentes aspectos de atuação da organização. Por outro lado, a qualidade, por exemplo, tem sido apontada como um dos modelos de gestão que mais influencia o comportamento das organizações denotando que é importante compreender como impacta a cultura organizacional e vice-versa.

Moura, Costa e Salles (2012) salientam que para trabalhar a implantação de programas de gestão da qualidade torna-se necessário ajustar o foco sobre a organização e seus múltiplos recortes: hierárquicos, funcionais e relacionais. A questão da cultura é relevante e se faz presente na vida organizacional, dificultando ou facilitando a adoção desses sistemas de gestão.

Quando a implantação da gestão de qualidade se dá em hospitais públicos universitários torna-se um desafio muito maior, uma vez que, essas organizações demonstram, em sua maioria, uma forte cultura de aversão a mudanças estruturais.

Para vencer tais desafios é necessário conseguir a transformação gradual da sua cultura organizacional para que esse movimento tenha sucesso e perdure (LIMA, 2006).

As resistências são inerentes ao processo de implantação do sistema de gestão da qualidade, uma vez que, a cultura organizacional pode ter pressupostos disfuncionais que levam as pessoas a desenvolverem mecanismos de defesa ao novo, à inovação.

Como tal, para o estudo da gestão da qualidade torna-se relevante não só compreender o que caracteriza a organização na sua estrutura, processos, atividades e boas práticas, mas também quais os valores, as crenças e os pressupostos que, traduzidos em comportamentos e ações, poderão contribuir para a excelência dos serviços prestados aos clientes.

Considerando tal enfoque, a contribuição deste estudo para a vivência cotidiana do Hospital Universitário está ancorada em um maior conhecimento da cultura organizacional onde os valores e práticas existentes sejam estimulados ou transformados para que se alcance o sucesso esperado na implementação do sistema de qualidade ora em fase de consolidação.

Este estudo encontra em tais argumentos a sua justificativa teórica e prática. Em seguida apresenta-se a estrutura do trabalho para melhor compreensão das referidas temáticas.

1.3 Estrutura da dissertação

O trabalho está estruturado em 6 capítulos. No capítulo 1 contextualizam-se o tema da pesquisa, a justificativa, o problema de pesquisa e os objetivos geral e específicos.

O referencial teórico é apresentado nos capítulos 2 e 3. O capítulo 2 abordam-se a cultura organizacional, suas definições e modelos teóricos, bem como a cultura organizacional brasileira. O capítulo 3 são descritos a gestão da qualidade, conceitos de qualidade, sua evolução conceitual, a qualidade nos serviços de saúde.

No capítulo 4 apresentam-se o método de pesquisa que foi empregado, o delineamento e desenho da pesquisa, objeto de estudo, população, critérios de inclusão e exclusão, aspectos éticos da pesquisa e análise de dados.

No capítulo 5, são apresentados os resultados e discussões. Por fim, no capítulo 6, são realizadas as considerações finais do estudo, sintetizando os principais achados e contribuições, as limitações e implicações para pesquisas futuras.

2 CULTURA ORGANIZACIONAL

A palavra cultura originou-se na antropologia social e é conceituada, em um sentido bastante amplo, como as vivências de qualquer grupo humano específico, transmitidas de geração para geração (PASCHINI, 2006).

A cultura é um fenômeno dinâmico constantemente criado e desenvolvido pelas interações humanas e moldado por comportamentos de liderança, cuja força e estabilidade derivam do fato de ser baseada no grupo em que o indivíduo assumirá certas suposições básicas (pressupostos básicos) para ratificar sua permanência no grupo; suposições estas que são desenvolvidas e repassadas aos novos membros a partir do aprendizado do grupo em lidar com situações do ambiente interno e externo (SCHEIN, 2009).

Também é vista como uma teia de indivíduos conectados fraca e esporadicamente, ligados por suas posições cambiantes em uma variedade de assuntos e circunstâncias (ALCADIPANNI e CRUBELLATE, 2003) a qual envolve um jogo de forças que produz uma subjetividade originada na interação entre a realidade psíquica e a realidade organizacional, influenciada pelos aspectos inconsciente, pulsionais e defensivos (TAMAYO, 2004).

A cultura é uma programação da mente que distingue os membros de um grupo ou grupos sociais de outros; “um software mental” produzido no ambiente social onde a pessoa cresce e adquire suas experiências (HOFSTEDE, 2005).

Partindo-se do conceito geral de cultura, a seguir apresentam-se os conceitos de cultura organizacional e cultura organizacional brasileira.

2.1 Conceituando cultura organizacional

O conceito de cultura no campo da teoria organizacional ganhou espaço a partir de Pettigrew (1979) que a definiu como um sistema constituído de significados coletivamente aceitos por um grupo em um determinado período de tempo.

Existe diferenciação entre cultura e cultura organizacional: a primeira está centrada em valores adquiridos na família, comunidade e na escola; enquanto a segunda, os valores se diferenciam pelas práticas aprendidas na socialização no ambiente de trabalho (HOFSTEDE, 2005).

A cultura organizacional pode ser delineada de duas formas: como um conjunto de crenças e valores que os indivíduos da organização possuem em comum, responsáveis por definir o sentimento e a reação que orientam a tomada de decisão; e como a interação das estruturas e processos de decisões e dos sistemas de controle da organização com seus valores e crenças compartilhados (DIAS, 2003).

No campo organizacional a cultura também é entendida como um instrumento de poder constituindo um conjunto de representações imaginárias sociais que são construídas e reconstruídas nas relações cotidianas nas organizações (FREITAS, 1991). A cultura de uma organização pode se apresentar como um sinalizador de sentidos e mecanismos de controle que orienta e dá forma às atitudes e comportamentos dos colaboradores (ROBBINS, 2002).

No quadro 1 sintetizam-se os conceitos dos autores referenciados nesta seção.

AUTORES	CONCEITOS
Pettigrew (1979)	Sistema constituído de significados aceitos coletivamente por um grupo.
Freitas (1991)	É um instrumento de poder constituindo um conjunto de representações imaginárias sociais que são construídas e reconstruídas nas relações cotidianas nas organizações.
Robbins (2002)	A cultura de uma organização pode se apresentar como um sinalizador de sentidos e mecanismos de controle que orienta e dá forma às atitudes e comportamentos dos colaboradores.
Alcadipani e Crubellate (2003)	Uma teia de indivíduos conectados fraca e esporadicamente, ligados por suas posições cambiantes em uma variedade de assuntos e circunstâncias.
Dias (2003)	Conjunto de valores e crenças que os membros da organização possuem em comum, de forma a definir o sentimento e a reação que orienta na tomada de decisão. É apresentada também como a interação das estruturas, dos processos de decisões e dos sistemas de controle da organização com os valores e crenças compartilhados pela organização.
Tamayo (2004)	Cultura envolve um jogo de forças que produz uma subjetividade originada na interação entre a realidade psíquica e a realidade organizacional, influenciada pelos aspectos inconsciente, pulsionais e defensivos
Hofstede (2005)	É adquirida e não herdada, está relacionada com a história e a tradição da organização; referem-se a valores, crenças, conhecimentos entre outros aspectos.

Paschini (2006)	São vivências de qualquer grupo humano específico, transmitidas de geração para geração.
Schein (2009)	A cultura organizacional é um modelo de suposições básicas, que determinado grupo tem inventado, descoberto ou desenvolvido no processo de aprendizagem para lidar com problemas de adaptação externa e integração interna. Uma vez que as suposições tenham funcionado bem o suficiente, para serem consideradas válidas, são ensinadas aos demais membros como a maneira correta para se perceber, se pensar e se sentir em relação àqueles problemas.

Quadro 1 – Conceitos cultura organizacional.

As características que seguem são consenso entre os autores que estudam a cultura organizacional:

- A cultura organizacional é algo parecido com a cultura social;
- É composta por valores, crenças, pressupostos, percepções, artefatos, normas e padrões de comportamentos;
- É socialmente construída, invisível e subjacente às atividades organizacionais;
- Constitui uma energia social que impele os membros organizacionais à ação;
- Atua como unificador, fornecendo significado, direção e mobilização para os membros da organização; e
- Representa um mecanismo de controle informal, aprovando e proibindo comportamentos (OTT, 1989).

Partindo-se dessas perspectivas conceituais, que trazem a subjetividade da cultura organizacional, alguns estudiosos propõem modelos que permitem mensurá-la a partir de níveis culturais e/ou tipologias. Dentre eles, destaca-se: Calori e Sarnin (1991); Hofstede (2005); Schein (2009); Rousseau (1990) e Cameron e Quinn (2006).

A cultura manifesta-se por meio de quatro elementos: símbolos, heróis, rituais e valores, os quais se diferenciam pelo nível de visibilidade (HOFSTEDE, 2005), conforme representado na figura 1.

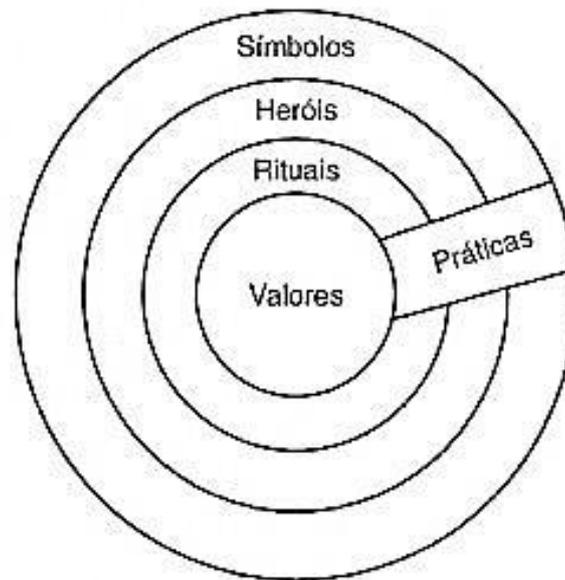


Figura 1 - Representação do Modelo de Hofstede
 Fonte: Hofstede (2005)

No modelo ilustrado na figura 1, conforme definição de Hofstede (2005), os *símbolos* representam a camada mais externa e compreendem palavras, gestos e objetos bastante significativos em uma organização. Os *heróis* são as pessoas vivas ou mortas, reais ou imaginárias, culturalmente revestidas de prestígio, que servem de modelo comportamental para os seus membros. Os *rituais* consistem nas atividades coletivas que, sob o ponto de vista técnico não tem valor, mas que são socialmente indispensáveis na cultura. Os *símbolos*, os *heróis* e os *rituais* representam as práticas da organização e o seu significado cultural está associado ao modo pelo qual são percebidos pelos membros da organização.

Os *valores*, camada mais profunda e invisível, representam o núcleo da cultura que se refere aos sentimentos quase sempre inconscientes e pouco observáveis, manifestados por meio dos comportamentos (HOFSTEDDE, 2005).

Além de apresentar os constitutivos da cultura, Hofstede (2005), também tipificou a cultura em quatro dimensões principais: distância do poder, individualismo/coletivismo, masculinidade/feminilidade, aversão à incerteza. A tipologia da cultura por ele apresentada, além de permitir a análise da cultura em sua perspectiva mais ampla, serviu de base para estudos no campo organizacional. As tipologias estão descritas na sequência:

a) Distância do poder ou hierárquica: medida do quanto os membros menos poderosos de uma sociedade aceitam e esperam distribuição desigual de poder tendo como parâmetro os sistemas de valores daqueles que tem menos poder. Está diretamente relacionada com a forma encontrada por diferentes sociedades para lidar com a questão fundamental de gerir as desigualdades entre os indivíduos;

b) Individualismo/coletivismo: sugere que as sociedades individualistas são definidas como sendo aquelas em que prevalecem os interesses individuais em detrimento do grupo. No individualismo os laços entre os indivíduos da sociedade são pouco firmes onde cada um preocupa-se consigo mesmo e com sua família próxima e no coletivismo prevalece o interesse do grupo sobre o interesse do indivíduo. Os membros da sociedade são responsáveis pelo grupo protegendo seus interesses. Nestas sociedades as pessoas são mais integradas e coesas em prol de uma lealdade inquestionável;

c) Masculinidade/feminilidade: esta dimensão diz respeito ao grau com que a sociedade encoraja e recompensa comportamentos caracterizados por adjetivos masculinos e femininos e divisões de papéis por gênero. As sociedades masculinas serão aquelas cujos papéis são nitidamente diferenciados; o homem deve ser forte, impor-se e interessar-se pelo sucesso material, enquanto a mulher deve ser mais modesta, terna e preocupada com a qualidade de vida; e

d) Controle à incerteza: analisa a extensão da ansiedade que os indivíduos sentem ao enfrentar situações inesperadas ou incertas. É o grau de capacidade que a sociedade possui em desenvolver mecanismos que reduzam as incertezas por meio de tecnologias, leis e religiões. As culturas de alto nível de controle de incerteza são ativas, agressivas, emotivas, buscam segurança e são intolerantes; enquanto que as que possuem baixo nível de controle de incerteza são mais contemplativas, menos agressivas, não emotivas, aceitam o risco pessoal e são relativamente passivas.

Retornando aos elementos da cultura, destaca-se que Schein (2009) propõe três níveis de elementos: artefatos; crenças e valores expostos; e suposições básicas, que se diferenciam pelo grau de acessibilidade ao observador e variam de

manifestações abertas mais tangíveis àquelas intangíveis e inconscientes, definidas como essência da cultura.

Os *artefatos* constituem o nível mais superficial da cultura. Correspondem aos produtos visíveis do grupo, tais como arquitetura ambiente físico, linguagem, tecnologia, vestuário, forma de comunicação, mitos e histórias, rituais e cerimônias observáveis e incluem também os processos organizacionais, elementos estruturais, descrições formais de como a organização funciona, além dos gráficos e diagramas organizacionais (SCHEIN, 2009).

As *crenças e valores expostos* compreendem os códigos de ética e moral e as ideologias que estão expostos e influenciam os comportamentos justificando estratégias, metas e filosofias organizacionais. Os *pressupostos ou suposições básicas* compreendem os valores internalizados cujo alinhamento é inconsciente assumindo a base da natureza da realidade, do relacionamento e da atividade do membro na organização (SCHEIN, 2009).

Rousseau (1990) apresenta um modelo que incorpora um maior grau de especificidade na determinação e distinção entre as várias formas de manifestação da cultura no qual os elementos culturais estão dispostos em camadas que variam conforme o grau de subjetividade e acessibilidade. Tais elementos são: os artefatos materiais, os padrões de comportamentos, as normas de comportamento, os valores e os pressupostos.

Ferreira et al (2002) acrescentou aos elementos culturais os padrões de comportamento que compreendem os mecanismos de tomada de decisão, coordenação e comunicação utilizados na resolução dos problemas organizacionais; e as normas comportamentais que são as expectativas da organização sobre como seus membros devem se comportar e interagir com os outros, no que se refere, por exemplo, às relações de cooperação ou competição entre colegas, conforme representado na figura 2 a seguir.

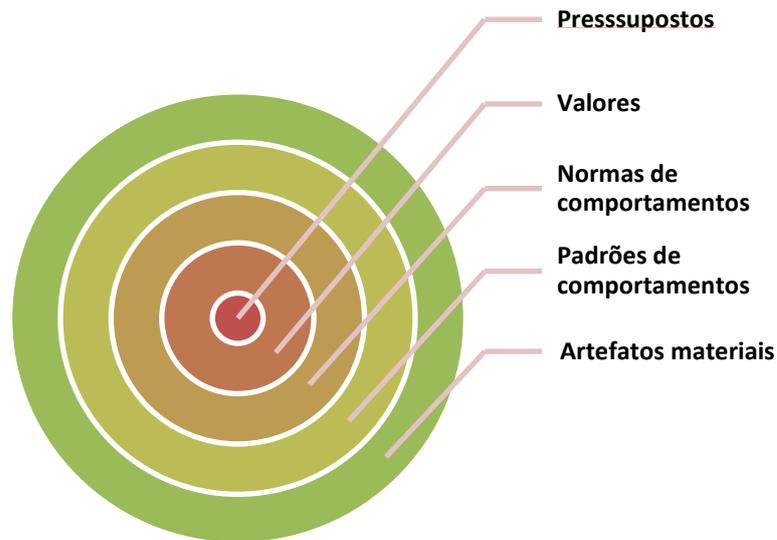


Figura 2 - Estrutura de níveis de cultura organizacional

Fonte: adaptado de Ferreira et al (2002).

A cultura organizacional emerge, partindo do centro para a periferia, por meio dos pressupostos básicos, valores, normas de comportamentos e manifestações visíveis e diretas, tais como símbolos e práticas gerenciais (FERREIRA et al, 2002).

Inserindo-se na preocupação em estabelecer tipologias para as dimensões da cultura, Cameron e Quinn (2006) propõe o Modelo dos Valores Competitivos que integra quatro quadrantes, em que cada um representa um tipo de cultura: cultura de clã; cultura hierárquica; cultura de adocracia; e cultura de mercado. No quadro 2 apresentam-se as características, o líder e o estilo de gestão de cada cultura, conforme interpretação de Cruz e Ferreira (2012).

CULTURA	CARACTERÍSTICA	LÍDER	ESTILO DE GESTÃO
Cultura de clã	Familiar; compromisso a partir da tradição ou lealdade e confiança mútua; ênfase ao desenvolvimento de recursos humanos; sucesso definido em termos de sensibilidade e preocupação com as pessoas.	Mentores ou figuras parentais.	Premiação ao trabalho de equipe, a participação e o consenso.
Cultura hierárquica	Controlada e estruturada; orientação por procedimentos; coesão organizacional mantida por políticas e regras formais; ênfase no planejamento e no controle de custos; sucesso definido com base na eficiência.	Organizadores e controladores.	Zelo pela segurança do emprego, conformidade, previsibilidade e estabilidade das relações.
Cultura de adocracia	Dinâmica, criativa e inovadora; busca liderança de produtos ou serviços; a coesão organizacional é mantida pela experimentação e inovação; sucesso com base na novidade e singularidade de produtos e serviços.	Inovadores e empreendedores.	Estimula iniciativa e defende a liberdade.
Cultura de mercado	Orientada para os resultados; maior preocupação com a concretização do trabalho; coesão organizacional mantida pelos ganhos; o sucesso define-se por meio de quotas e penetração de mercado	Competitivos; firmes e produtivos.	Marcado pela competitividade, com enfoque na superação de objetivos ambiciosos, em ações competitivas e no alcance de objetivos e metas mensuráveis.

Quadro 2 – Tipos de cultura segundo modelo Cameron e Quinn (2006)

Fonte: Cameron e Quinn (2006)

Na seção que segue abordam-se a cultura nacional e sua influência na cultura organizacional brasileira, os traços culturais e o modelo de ação cultural brasileiro.

2.1 Cultura organizacional brasileira

Os diversos trabalhos desenvolvidos por Hofstede (2005) evidenciaram a importância da cultura nacional para a explicação das diferentes atitudes e valores relacionados à organização o que é reafirmado por Motta (2010) ao confirmar que não é possível estudar cultura organizacional sem antes compreender a cultura nacional.

No campo gerencial a cultura nacional torna-se mais preponderante quando são importados modelos de gestão de culturas diferentes que, muitas vezes, pressupõem mudança organizacional e geram reação de autodefesa interpostos pelos valores e pressupostos culturais dos indivíduos e de sua organização. Em geral, tais modelos e práticas gerenciais tendem a fracassar ou a obter resultados tímidos, por não haver alinhamento aos traços básicos da cultura nacional (FREITAS, 2010).

A cultura brasileira é bem diversificada, considerando as dimensões geográficas do Brasil bem como seu processo de colonização e imigração, que ocorreu a partir da triangulação racial de brancos, negros e índios com maior contribuição dos colonizadores portugueses (FREITAS, 2010).

Os traços brasileiros que mais influenciam as organizações são: hierarquia, personalismo, malandragem, sensualismo e aventureiro (FREITAS, 2010). A *hierarquia* caracteriza-se pela tendência à centralização do poder dentro dos grupos sociais; distanciamento nas relações entre diferentes grupos; passividade e aceitação dos grupos inferiores. O *personalismo* identifica uma sociedade baseada nas relações pessoais; na busca de proximidade e afeto nas relações; no paternalismo no domínio moral e econômico. A *malandragem* se expressa pela flexibilidade e adaptabilidade como meio de navegação social: o chamado “jeitinho brasileiro”. O *sensualismo* pelo gosto pelo sensual e pelo exótico nas relações sociais e o *espírito aventureiro* pelo caráter mais sonhador do que disciplinado e pela tendência à aversão ao trabalho manual ou metódico (FREITAS, 2010).

O sistema de ação cultural brasileiro foi modelado por Prates e Barros (2010) em quatro subsistemas articulados por traços culturais comuns: institucional, pessoal, líderes e liderados. A interpretação da figura 3 mostra que as interseções entre tais subsistemas representam os traços culturais comuns, quais sejam:

concentração de poder, personalismo, postura do espectador e evitar conflitos. E que estes subsistemas também são articulados entre si por traços culturais especiais, responsáveis pela coesão de todo sistema, quais sejam: paternalismo, lealdade às pessoas, formalismo e flexibilidade. E no centro do sistema encontra-se a impunidade, que segundo os autores é o elo que fecha uma cadeia de valores culturais e que lhe dá realimentação crescente, uma vez que, fortalece a posição de poder aumentando o grau de consistência entre demais traços culturais.

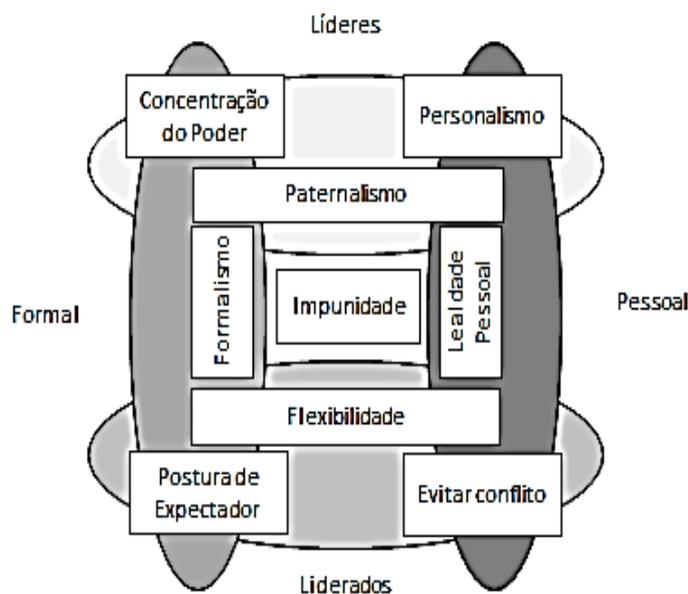


Figura 3 – Representação do sistema de ação cultural brasileiro.
Fonte: Motta e Caldas (2010).

O Brasil apresenta as seguintes dimensões culturais: coletivismo, maior distância do poder, controle de incerteza e cultura nem tão feminina nem tão masculina (HOFSTEDE, 2005).

Na *cultura coletivista brasileira* os valores e as ações se traduzem em defesa dos interesses do grupo e pessoas próximas sendo incompreensível um comportamento econômico voltado para satisfação de vontades próprias. A *maior distância do poder* se manifesta por uma postura paternalista em que é grande a lealdade, respeito e dependência dos subordinados em relação aos patrões e ao

mesmo tempo uma atitude protetora por parte dos dominantes. O *controle de incerteza* denota que o Brasil possui um alto grau de aversão à incerteza uma vez que existe uma grande necessidade de impor regras de comportamentos formais e informais; buscar formalização e padronização; utilizar planejamentos de curto e médio prazo, evitando planos de longo prazo, temendo o desconhecido e a incerteza futura. O brasileiro é pouco tolerante com a questão da pontualidade e não aceita padrões de comportamento fora da normalidade (HOFSTEDE, 2005).

O Brasil ficou em uma posição em que não é possível distinguir a dimensão feminina e masculina. Segundo Motta (2010) este equilíbrio observa-se na forma como os trabalhadores e executivos são tratados em que de um lado parece basear-se em controles do tipo masculino, com autoritarismo, e, de outros controles do tipo feminino, com uso da sedução.

2.3 Instrumentos de mensuração e avaliação da cultura organizacional

No Brasil os estudos referentes à cultura organizacional ainda são esparsos em comparação com as pesquisas estrangeiras, observando-se interesse dos pesquisadores nacionais pela análise das implicações da cultura para os diferentes aspectos da vida organizacional (FERREIRA et al, 2002).

Alcântara et al (2012) reforça essa carência ao destacar apenas os estudos de Oliveira e Gomide Jr. (2009), Ferreira *et al.* (2002), Freitas (1991), Tamayo (1998), Thiollent (1997), Gomide Jr. e Martins (1997), Tamayo e Gondim (1996) e Tomei e Braustein (1994).

Na categoria de instrumentos de mensuração e análise da cultura organizacional brasileira destacam-se os instrumentos desenvolvidos por Alcântara et al (2012), Ferreira *et al.* (2002), Gomide Jr. e Martins (1997) e, Tamayo e Gondim (1996).

A escolha do Instrumento Brasileiro de Avaliação da Cultura Organizacional (IBACO) desenvolvido por Ferreira et al (2002) para aplicação neste estudo deu-se por ser um instrumento voltado para realidade brasileira, ter sido aplicado em algumas instituições de saúde e por estar voltado para avaliação da cultura das organizações por meio dos valores e práticas que a tipificam.

O referido instrumento elaborado por Ferreira et al foi pautado nos modelos de Hofstede (2005) e Calori e Sarnin (1991), cujas contribuições são apresentadas no quadro 3 a seguir.

Autores	Contribuições	Dimensões
Hofstede	Desenvolveram um questionário destinado a identificar os valores e práticas (símbolos, heróis e rituais) que caracterizavam a cultura organizacional.	Três dimensões relacionadas aos valores (necessidade de segurança, centralidade do trabalho e necessidade de autoridade) e seis dimensões relacionadas às práticas (orientação para processos X para resultados; orientação para funcionários X para a função; paroquial X profissional; sistema aberto X fechado; controle brando X rígido e normativo X pragmático).
Calori e Sarnin	Criaram um questionário pautado nas práticas e valores partindo de uma síntese de modelos anteriores.	Doze dimensões relacionadas aos valores e dezessete relacionada as práticas.

Quadro 3 - Contribuições dos autores Hofstede e Calori e Sarnin.

Fonte: Adaptado de Ferreira et al (2002).

O IBACO é um questionário constituído de sete fatores distribuídos por 94 afirmativas na versão original e 30 afirmativas na versão reduzida. A avaliação se dá por meio de uma escala em formato *Likert* cujos níveis de respostas variam de um (não se aplica) a cinco (aplica-se totalmente).

Os fatores correspondem a quatro dimensões relacionadas a valores, a saber: valores de profissionalismo cooperativo, valores de rigidez na estrutura hierárquica de poder, valores de profissionalismo competitivo e individualista e valores associados à satisfação e bem-estar dos servidores. E três dimensões associadas às práticas organizacionais: práticas de integração externa, práticas de recompensa e treinamento, e práticas de promoção do relacionamento interpessoal.

Valores do profissionalismo cooperativo: constituem-se de 23 afirmativas relacionadas à valorização dos empregados que executam suas tarefas com eficácia e competência, demonstrando espírito de colaboração, habilidade, dedicação,

profissionalismo e capacidade de iniciativa, contribuindo, desse modo para o alcance de metas comuns da organização.

Valores de rigidez na estrutura hierárquica de poder: consistem em 13 afirmativas referentes a valores presentes em organizações definidas por um sistema de centralismo e autoritarismo que dificulta o crescimento profissional e reconhecimento do ser humano.

Valores de profissionalismo competitivo e individualista: reúnem 8 afirmativas concernentes a valorização prioritária da competência, do desempenho e da eficácia individuais na execução de tarefas para obtenção dos objetivos desejados, ainda que isso implique em passar por cima dos demais colegas que almejam os mesmos objetivos.

Valores associados à satisfação e bem estar dos empregados: constituem-se 11 afirmativas que denotam à valorização do bem-estar, da satisfação e da motivação dos empregados, isto é, à humanização do local de trabalho tornando-o mais agradável e prazeroso.

Práticas de integração externa: fator composto por 17 afirmativas relacionadas a práticas voltadas para o planejamento estratégico, a tomada de decisão e o atendimento ao cliente externo, com foco, portanto, nos escalões superiores da organização.

Práticas de recompensa e treinamento: reúnem 14 afirmativas concernentes a práticas vinculadas aos clientes internos e aos sistemas de recompensa e treinamento adotados pela empresa.

Práticas de promoção do relacionamento interpessoal: são constituídas por 8 afirmativas referentes a práticas orientadas para promoção das relações interpessoais e satisfação dos empregados, favorecendo a coesão interna. O quadro 4 a seguir resume as informações referente a constituição do questionário IBACO.

Dimensões	Características	Nº afirmativas
Valores do profissionalismo cooperativo	Valorização dos empregados que executam tarefas com eficácia e competência.	23
Valores de rigidez na estrutura hierárquica de poder	Valores presentes em organizações autoritárias e centralizadoras.	13

Valores de profissionalismo competitivo e individualista	Valorização prioritária da competência, do desempenho e da eficácia individuais.	08
Valores associados à satisfação e bem estar dos empregados	Valorização do bem-estar, da satisfação e da motivação dos empregados.	11
Práticas de integração externa	Voltadas para o planejamento estratégico, a tomada de decisão e o atendimento ao cliente externo.	17
Práticas de recompensa e treinamento	Práticas vinculadas aos clientes internos e aos sistemas de recompensa e treinamento adotados pela empresa.	14
Práticas de promoção do relacionamento interpessoal	Práticas orientadas para promoção das relações interpessoais e satisfação dos empregados.	08

Quadro 4 – Constituição do questionário IBACO.

Na versão reduzida, o referido instrumento apresenta-se com 30 questões distribuídas em seis dimensões, quais sejam: valores de profissionalismo cooperativo; valores de profissionalismo competitivo e individualista; valores associados ao bem estar dos servidores; práticas de integração externa; práticas de recompensa e treinamento; e práticas de promoção de relacionamento interpessoal.

3 GESTÃO DA QUALIDADE

Neste capítulo são abordados os principais conceitos de qualidade, sua evolução conceitual, sistema de gestão da qualidade e a qualidade na saúde, focando avaliação externa da qualidade (acreditação hospitalar e certificação).

3.1 Conceituando qualidade

A implantação do processo de gestão da qualidade inicia-se com o entendimento do que exatamente significa qualidade para que os esforços destinados a obtê-la sejam corretamente direcionados.

O conceito de qualidade veio evoluindo no decorrer do tempo. Inicialmente a qualidade estava voltada à percepção visual e à funcionalidade de um produto, porém a partir dos anos 50 do século XX, após a II Guerra Mundial os mercados começaram a se expandir tanto internamente quanto externamente exigindo novas abordagens no conceito da qualidade (GODEIRO, 2008).

Para Bouer (1997) a evolução do conceito da qualidade no século XX constitui-se de cinco fases que vai desde a padronização dos produtos até a perspectiva atual de satisfação das necessidades e expectativas do consumidor: adequação ao padrão, adequação ao uso, adequação ao custo, adequação às necessidades emergentes e adequação às expectativas dos acionistas.

A adequação ao padrão tinha como objetivo definir qualidade como o produto tal qual ele foi projetado. A adequação ao uso considerava que a qualidade acontecia quando os usuários utilizavam o produto exatamente como eles queriam utilizá-lo. A adequação ao custo buscava obter adequação do produto a custos competitivos. A adequação às necessidades emergentes tinha a intenção de atender às necessidades dos clientes antes que estes estivessem conscientes dessas necessidades. A adequação às expectativas dos acionistas e de mercados amadurecidos e saturados buscava satisfazer os clientes por meio do reconhecimento do valor do produto (BOUER, 1997).

Do início dos anos 50 até final dos anos 70 os especialistas da qualidade focavam principalmente no produto, somente a partir dos anos 80 despertou maior interesse pela qualidade dos serviços e pelo comportamento humano (MOLLER, 1997).

Deming (1990) define qualidade como tudo aquilo que melhora a partir da concepção do cliente, significando que o produto ou serviço deverá atender às expectativas do cliente/consumidor. Ele buscou realçar o papel crítico da melhoria contínua dos processos, em uma procura constante de redução de desperdícios, em todos os níveis da empresa a partir de 14 pontos fundamentais para alcance da qualidade:

- a) institua constância de propósitos para melhoria do produto;
- b) promova o aperfeiçoamento contínuo como filosofia;
- c) introduza a qualidade do produto desde o início da produção, abolindo a inspeção em massa;
- d) elimine a prática de aprovar orçamentos baseados no preço. Tenha somente um fornecedor para cada item, diminuindo o custo total;
- e) busque a melhora constante do produto ou serviço;
- f) institua treinamento e educação continuada no local de trabalho;
- g) assuma a liderança no processo de transformação;
- h) encoraje os trabalhadores, incentivando a participação de todos no processo;
- i) rompa as barreiras entre os departamentos;
- j) acabe com lemas e persuasões que exijam nível zero de falhas;
- k) mantenha o foco na qualidade e substitua o sistema de cotas e objetivos numéricos, por uma administração por processos;
- l) promova o direito dos trabalhadores de orgulharem-se de seu desempenho.
- m) promova o trabalho em equipe. Acabe com o sistema de méritos;
- n) promova a educação e o desenvolvimento pessoal;
- o) encoraje todos na transformação, visto a mudança ser responsabilidade de todos (DEMING, 1990, p. 21).

Para Juran (2011) qualidade consiste nas características do produto que vão ao encontro das necessidades dos clientes gerando satisfação em relação ao produto e na ausência de falhas. Já para Campos (1992) qualidade é o atendimento às necessidades do consumidor de forma confiável, acessível e segura. A principal contribuição de Juran (2011) residiu na focalização no controle de qualidade,

enquanto responsabilidade primária da gestão, assim como na importância da liderança e da cultura organizacional na gestão da qualidade.

Baseado na abordagem do “zero defeitos”, Crosby (1986) acredita que a qualidade fundamenta-se na atitude de realizar bem à primeira vez e na óptica da prevenção em todas as fases do ciclo produtivo. Ele acredita que para garantir a qualidade é necessário fazer com que as pessoas façam bem feito o que devem fazer, ou seja, serem eficientes. Para isso defende alguns fundamentos:

- a) qualidade é igual à conformidade com os padrões;
- b) não existe problema com a qualidade;
- c) não existe economia de qualidade, pois sempre sai mais barato fazer certo da primeira vez;
- d) o desempenho só pode ser medido pelo custo da qualidade; e
- e) o padrão de desempenho é o custo zero.

Qualidade é “a combinação de características de produtos e serviços referentes a marketing, engenharia, produção e manutenção, através das quais produtos e serviços em uso corresponderão às expectativas dos clientes” (FEIGENBAUM, 1994, p. 08).

Ishikawa (1994) acredita que qualidade é desenvolver, projetar, produzir e comercializar um produto que é mais econômico, mais útil e sempre satisfatório para o consumidor. Para ele, todas as iniciativas de gestão e controle da qualidade, da eficácia econômica ao desenvolvimento e produção, deverão estar focalizadas na constante e crescente satisfação do cliente.

O conceito de qualidade não se restringe apenas à garantia de qualidade de produtos e serviços, mas é a qualidade geral, incluindo a gestão de relacionamento com clientes, responsabilidade social corporativa, gestão do conhecimento, o bem-estar dos funcionários e resultados financeiros globais. O novo conceito de qualidade tornou-se agora amplo e abrangente (D’SOUZA e SEQUEIRA, 2012).

As contribuições destes conceitos e dos trabalhos de Deming, Juran, Crosby e Ishikawa, entre outros, levaram à criação de boas práticas da qualidade, que posteriormente, conduziram ao desenvolvimento de *standards (padrões)*, processos de certificação e prêmios que reconhecem aplicação eficaz dos princípios da gestão da qualidade.

Embasados, nos principais conceitos de qualidade: adequação ao uso, satisfação dos clientes, zero defeitos e de forma mais abrangente qualidade geral,

torna-se importante conhecer de que forma a qualidade é implementada nas organizações de saúde, foco deste estudo. Na seção seguinte aborda-se a qualidade nos serviços de saúde, contextualizando-se o sistema de gestão da qualidade nos serviços de saúde, bem como, as avaliações externas da qualidade.

3.2 Qualidade nos serviços de saúde

Assim como as indústrias, os serviços de saúde também buscaram incorporar os conceitos da qualidade e desenvolver sistemas de gestão da qualidade, porém de forma mais lenta, iniciando apenas a partir da década de 1970 com os trabalhos de Avedis Donabedian, pediatra armênio radicado nos EUA, pioneiro no setor de saúde que se dedicou de maneira sistemática, a estudar e publicar sobre qualidade nos serviços de saúde (BUMESTER,2013).

Donabedian (2002) desenvolveu a Teoria de Avaliação da Qualidade em Saúde em que tipifica os indicadores em três dimensões: estrutura (recursos disponíveis), processo (maneira como os recursos são utilizados) e resultado (satisfação com o trabalho da organização).

Além dessas dimensões, os sete pilares da qualidade propostos por Donabedian (2002) são amplamente discutidos nas últimas décadas: aceitabilidade, efetividade, eficácia, eficiência, equidade, legitimidade e otimização, os quais estão descritos a seguir:

- a) Aceitabilidade: adaptação da assistência às expectativas e aos valores dos pacientes e familiares;
- b) Efetividade: o que se pode esperar;
- c) Eficácia: o melhor que se pode fazer em favoráveis condições, utilizando-se da competência técnica e da tecnologia;
- d) Eficiência: é a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada;
- e) Equidade: princípio pelo qual se determina o que é justo na atenção à saúde entre os membros de uma população;
- f) Legitimidade: aceitabilidade do cuidado tal como ele é visto pela sociedade geral; e

g) Otimização: relação favorável entre o custo benefício.

Para Donabedian (2002) a relação entre a utilização de recursos e qualidade da atenção à saúde, a complexidade dos processos envolvidos, bem como a difícil relação entre os profissionais da saúde e da administração exigem um modelo que atenda os aspectos a seguir:

- a) Uma estratégia da atenção em saúde que deve combinar a eficiência clínica com a eficiência produtiva, garantindo a melhor utilização dos recursos em todos os processos envolvidos;
- b) Uma estratégia de atenção em saúde que inclua os custos e os benefícios recebidos tanto para o paciente quanto para a sociedade; e
- c) O planejamento de um sistema de monitoração interna e externa da atenção em saúde, através da definição de critérios e padrões, que permita à organização de saúde prevenir, identificar e corrigir os seus erros.

As organizações prestadoras de serviços de saúde, vem implementando sistemas de gestão da qualidade para garantir o aprimoramento contínuo dos métodos e procedimentos visando à qualidade dos produtos e/ou serviços e consequente satisfação dos clientes.

Waldman (1994) define Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) como um sistema integrado, focalizado no cliente, para a melhoria da qualidade dos processos, produtos e serviços da organização, o qual abrange todos os níveis e aspectos da organização, traduzindo-se em alguns conceitos primários:

- a) Um compromisso para atingir as necessidades dos clientes;
- b) Superá-las de forma diferenciada;
- c) Gerar uma procura constante da melhoria contínua; e
- d) Fazer bem todas as atividades e processos.

A ABNT (2005) denomina SGQ como sendo um sistema para estabelecer política e objetivos e para atingi-los; para dirigir e controlar uma organização, constituído pelo conjunto de instalações e pessoas com responsabilidades, autoridades e relações; e para buscar a qualidade, definida como o grau no qual um conjunto de características inerentes satisfaz a requisitos.

Nas organizações de saúde um SGQ necessita do estabelecimento de diretrizes e estratégias que permitam planejar de maneira mais adequada as necessidades da organização, desde um programa interno até uma avaliação externa embasada em conceitos internacionais (LUONGO et al, 2011).

Dentro desse contexto, as organizações de saúde começam a assumir o compromisso de uma política de constante busca pela melhoria da qualidade dos seus serviços. Exemplo disso, são os programas de certificação e acreditação, iniciativas por meio das quais os prestadores de saúde procuram não só melhorar e assegurar a qualidade dos seus serviços, como também, consolidar uma marca de qualidade (PEREIRA, 2009).

A acreditação da qualidade é um processo de avaliação, de caráter voluntário em que uma organização, em geral não-governamental, avalia periodicamente as instituições de saúde para determinar se elas atendem a um conjunto de padrões concebidos para melhorar a qualidade da assistência ao paciente (ALVES, 2012). Pode ser também entendida como uma metodologia de avaliação externa desenvolvida para verificar a qualidade da assistência prestada em todos os serviços de um hospital. Tem como base a avaliação dos padrões de referência desejáveis, construídos por peritos da área e previamente divulgados; e também os indicadores ou instrumentos que o avaliador emprega para constatar os padrões que estão sendo analisados (LUONGO et al, 2011).

A solicitação da acreditação pela organização hospitalar é voluntária, periódica, espontânea, reservada e sigilosa e tem como foco proporcionar a obtenção da condição de acreditada de acordo com padrões previamente aceitos, conforme escolha da instituição acreditadora conduzirá o processo (Organização Nacional de Acreditação, 2010).

No Brasil, o processo de acreditação hospitalar ganhou força a partir de 2000 com a implantação do Sistema Brasileiro de Acreditação Hospitalar (SBAH) baseado no modelo de Acreditação de Hospitais para América Latina e Caribe (LIMA, 2006).

O Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar (PBAH), lançado em 1998, visa um amplo conhecimento a respeito de um processo contínuo de melhoria da qualidade assistencial. Na sua implementação instituiu-se mecanismos para avaliação e aprimoramentos contínuos da qualidade da assistência prestada no serviço hospitalar (ALVES, 2012).

Em 1998 foi elaborado o primeiro Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (MBAH) e em seguida, em 1999, foi constituída a Organização Nacional de Acreditação (ONA), responsável pelo estabelecimento de padrões e pelo monitoramento do processo de acreditação realizado pelas instituições acreditadoras, iniciando-se a partir daí a implantação de normas técnicas, o

credenciamento de instituições acreditadoras, o código de ética, a qualificação e a capacitação de avaliadores (QUINTO NETO, 2000).

O MBAH é um instrumento de avaliação da qualidade institucional estruturado em seções e subseções. As seções representam os serviços, setores ou unidades com características semelhantes para que a instituição seja avaliada segundo uma consistência sistêmica e as subseções tratam do escopo de cada serviço, setor ou unidade, segundo três níveis (segurança, organização e práticas de gestão e qualidade), do mais simples ao mais complexo, sempre com um processo de incorporação dos requisitos anteriores de menor complexidade (ONA, 2010).

Cada subseção é composta por padrões que avaliam estrutura, processo e resultado dentro de um único serviço, setor ou unidade de modo que cada padrão é constituído por uma definição do que se busca avaliar e na preparação das instituições prestadoras de serviço de saúde para o processo de acreditação. Um nível superior só é alcançado quando o anterior tiver sido atingido (LABBADIA, 2004).

Conforme a metodologia da acreditação, os padrões exigidos e verificados são divididos em três níveis (ALVES, 2012):

- a) Nível 1 - Acreditada: atende aos requisitos formais, técnicos e de estrutura para sua atividade conforme legislação correspondente; identifica riscos específicos e os gerencia com foco na segurança. A organização deve mostrar que realiza todos os seus processos com o rigor e a segurança necessária exigida pelas normas sanitárias e técnicas e pelas boas práticas assistenciais.
- b) Nível 2 – Acreditada pleno: Gerencia os processos e suas interações sistematicamente; estabelece sistemática de medição e avaliação dos processos; possui programa de educação e treinamento continuado voltado para melhoria de processos. A organização de saúde cumpre os requisitos do nível 1 e utiliza uma metodologia com seus processos, protocolos clínicos e toda estratégia de padronização dos processos assistenciais, administrativos e gerenciais;
- c) Nível 3 – Acreditada com excelência: cumpre os requisitos de segurança do nível 1 e padronização dos processos do nível 2. Nesta fase apresenta ciclos de melhoria compactos, sistêmicos e uma gestão voltada para excelência, ou seja, possui estratégias de benchmarking,

indicadores comparativos de desempenho, processos de ciclos de melhoria nos quais se observam tendência e resultados positivos.

Atualmente no Brasil há dois modelos de acreditação em vigor, o da ONA e o da JCI (*Joint Commission International*, representada no país pelo CBA - Consórcio Brasileiro de Acreditação).

Segundo dados do CBA, dentre os mais de 6 mil hospitais do sistema de saúde brasileiro, apenas 26 de se destacam como centros de excelência internacional ao serem acreditados JCI. A maioria destes hospitais são de iniciativa privada. O primeiro hospital a ser acreditado pela *The Joint Commission International* foi o Albert Einstein em 1999, inaugurando as creditações internacionais que resultaram na criação da JCI. No quadro 5 a seguir apresentam-se os hospitais acreditados JCI no Brasil.

Hospital	Ano
Hospital Israelita Albert Einstein	1999
Hospital Moinhos de Vento	2002
Sociedade Hospital Samaritano	2004
Hospital do Coração (HCOR)	2006
Hospital Alemão Oswaldo Cruz	2006
Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad - Unidade Hospitalar	2006
Hospital Copa D'OR	2007
Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio Libanês	2007
Hospital São Vicente de Paulo	2008
Hospital Paulistano	2010
Hospital Totalcor	2010
Instituto Estadual de Hematologia "Arthur Siqueira Cavalcanti" - Hemorio	2010
Instituto Nacional de Câncer II - Hospital do Câncer II	2011
Hospital 9 de julho	2012
Hospital da Criança Santo Antônio	2012
Hospital Geral de Itapeverica da Serra - Seconci - SP OSS	2012
Hospital Mãe de Deus	2012
Hospital Memorial São José	2012
Hospital Santa Joana	2012
Hospital Santa Paula S/A	2012
Hospital São Camilo Pompéia	2012

Hospital Alvorada	2013
Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Hospital Universitário – UFRGS)	2013
Hospital infantil Sabará	2013
Unidade Hospital São José	2013
Hospital Dona Helena	2014
Instituto do Câncer do Estado de São Paulo	2014

Quadro 5: Hospitais brasileiros acreditados pela *Joint Comission International*.

Os principais prêmios internacionais da qualidade são: o prêmio Deming (Japão), o prêmio Nacional da Qualidade Malcolm Baldrige (EUA) e o Prêmio Europeu da Qualidade. Estes prêmios da qualidade têm servido de parâmetros para criação de outros desenvolvidos em nível nacional em diferentes países: Suécia, Nova Zelândia, Índia, Canadá, Inglaterra, Singapura, Austrália e Brasil (FELDMAN, 2004).

No Brasil é realizado, atualmente, o ciclo de avaliação do Prêmio Nacional da Qualidade (PNQ) realizado pela Fundação Nacional da Qualidade (FNQ), o qual reconhece as organizações referências em excelência da gestão. O trabalho da FNQ está pautado no Modelo de Excelência da Gestão (MEG), uma metodologia de avaliação, autoavaliação e reconhecimento das boas práticas de gestão. Encontra-se estruturado em 13 fundamentos e 8 critérios definindo uma base teórica e prática para busca da excelência. O PNQ está na 23ª edição onde as organizações participantes receberão o Diagnóstico de Maturidade da Gestão (DMG), composto pela faixa de pontuação global da candidata, os eixos potencializadores e fragilizadores alinhados ao MEG (FNQ, 2014).

Outro programa de qualidade que também pode ser adotado pelos hospitais é a certificação pela *International Organization for Standardization (ISO)*. Fundada em 1947, como instituição não governamental sediada em Genebra, tendo como meta o estabelecimento de normas e padrões técnicos internacionais sobre sistema de gestão da qualidade “serve de base para implementação dos princípios orientadores da ONA, facilitando desenvolvimento de estratégias que garantam o pleno atendimento às especificações do setor hospitalar” (COUTO e PEDROSA, 2007, p. 365).

A certificação ISO começa com uma necessidade para instrução na política da qualidade da organização e requer que cada funcionário reconheça e entenda a política de qualidade contribuindo para alcançá-la; assim como requer que o sistema esteja documentado e efetivamente implementado (BRADLEY, 1994). Torna-se necessário que sejam descritos os vários processos interligados que completam o sistema.

As normas ISO não têm o papel de determinar regras de como conduzir a organização ou mesmo de como organizá-la e sim de fornecer, por meio das diretrizes apresentadas em cada requisito, os caminhos que cada empresa, conforme sua cultura e características, deverão seguir para implantação do seu sistema de gestão de qualidade (BRADLEY, 1994).

As normas, conhecidas pela série ISO 9000 (ISO 9001, 9002, 9003), foram editadas em 1987. A versão da família de normas ISO 9000 brasileira foi publicada somente 1994 pela ABNT na versão NBR-ISO-9000. Em 2000, a série foi revisada e transformada na NBR-ISO-9000:2000, a qual foi compactada resultando em três normas:

- a) NBR-ISO-9000:2000 - Sistema de Gestão da Qualidade – fundamentos e vocabulário: Define os termos fundamentais empregados na série ISO;
- b) NBR-ISO-9001:2000 - Sistema de Gestão da Qualidade – requisitos: é a norma que estabelece os requisitos utilizados pela organização para avaliar sua capacidade de atender tanto aos requisitos dos clientes como aos decorrentes de regulamentação aplicável a suas atividades. Esta norma passou por três revisões, em 1994, 2000 e 2008;
- c) NBR-ISO-9004:2000 - Sistema de Gestão da Qualidade – diretrizes para melhoria do desempenho: esta norma fornece diretrizes para organização obter melhorias contínuas em seu sistema de gestão da qualidade e trazer benefícios para todas as partes interessadas, por meio da satisfação do cliente. A ISO 9004 passou por três revisões, 1994, 2000 e 2010 (CARPINETTI, MIGUEL e GEROLAMO, 2011).

A revisão de 2000 trouxe grandes modificações no sistema de gestão da qualidade e no conjunto de normas da série ISO 9000, pois o sistema da qualidade foi amplamente revisto com base nos princípios da qualidade total (foco no cliente, liderança, envolvimento de pessoas, abordagem de processo, visão sistêmica,

melhoria contínua, tomada de decisão baseada em fatos e benefícios mútuos nas relações com os fornecedores) com maior foco no comprometimento da alta administração para gestão da qualidade, recursos e melhoria contínua do sistema (CARPINETTI, MIGUEL e GEROLAMO, 2011). Na revisão 2008 são mantidos os mesmos princípios.

Para melhor entendimento sobre o modelo de gestão da qualidade da ISO 9001:2008 abordam-se o conceito, aplicação e benefícios dos oito princípios de gestão fundamentais para implementação dos requisitos de gestão da qualidade estabelecidos pela ISO (MELLO et al, 2009; CARPINETTI, MIGUEL e GEROLAMO, 2011). São eles:

- a) *Princípio 1 – Foco no cliente*: o foco central do sistema da qualidade ISO é gerenciar a realização do produto ou serviço para o atendimento dos requisitos dos clientes e, ao mesmo tempo reduzir desperdícios e custos da não qualidade.

Aplicação:

- Entender todas as necessidades e expectativas do cliente;
- Possibilitar comunicação das necessidades e expectativas dos clientes a toda organização;
- Medir a satisfação dos clientes e atuar sobre os resultados; e
- Gerenciar o relacionamento com os clientes.

Benefícios:

- Propiciar a formulação de estratégias e políticas para gestão do relacionamento com os clientes;
- Adequar objetivos e metas da qualidade às necessidades e expectativas do cliente; e
- Melhorar o gerenciamento operacional e o potencial humano.

- b) *Princípio 2 – Liderança*: a liderança estabelece a unidade de propósito e a visão da organização. Deve criar e manter o ambiente interno adequado, no qual as pessoas estejam totalmente envolvidas no propósito de atingir os objetivos da organização.

Aplicação:

- Ser proativo e liderar por meio de exemplos;
- Compreender e responder às mudanças no ambiente externo;

- Considerar as necessidades de todas as partes interessadas;
- Estabelecer uma visão clara do futuro da organização;
- Construir a confiança e eliminar o medo;
- Prover liberdade e os recursos exigidos para as pessoas atuarem com responsabilidade;
- Educar, treinar e assistir pessoas; e
- Adequar objetivos e metas desafiadoras e implementar estratégias para alcançá-las.

Benefícios:

- Estabelecer e comunicar a visão clara do futuro da organização por meio da formulação de estratégias e políticas;
- Traduzir a visão da organização em objetivos e metas mensuráveis;
- Delegar poder e envolver as pessoas para alcançar os objetivos da organização; e
- Motivar e capacitar a força de trabalho.

c) *Princípio 3 – Envolvimento de pessoas*: as pessoas de todos os níveis são a essência de uma organização. Seu total envolvimento e integração possibilita que suas habilidades sejam usadas para o benefício da instituição.

Aplicação:

- Aceitar a responsabilidade pela solução de problemas;
- Buscar oportunidades para alcançar melhorias;
- Buscar oportunidades para aumentar suas competências;
- Compartilhar o conhecimento e a experiência em equipes; e
- Ser inovador e criativo na realização dos objetivos da organização.

Benefícios:

- Contribuir efetivamente para melhoria das estratégias e políticas da organização na formulação de estratégias e políticas;
- Compartilhar a propriedade dos objetivos da organização;
- Envolver os funcionários em decisões apropriadas em processos de melhoria; e
- Propiciar o desenvolvimento e o crescimento do pessoal para benefício da organização.

d) *Princípio 4 – Abordagem de processo:* é o gerenciamento das atividades e dos recursos por meio de processos. O processo define-se como um conjunto de atividades que transformam entradas em saídas.

Aplicação:

- Definir o processo para alcançar o resultado desejado;
- Identificar e mensurar as entradas e saídas do processo;
- Identificar as interfaces do processo com as funções da organização;
- Estabelecer claramente a responsabilidade e a autoridade para gerenciar o processo; e
- Identificar os clientes internos e externos, fornecedores e outras partes interessadas do processo.

Benefícios:

- Utilizar processos definidos por toda a organização conduz a resultados mais previsíveis, melhor uso dos recursos, tempos de ciclo mais curtos e custos mais baixos;
- Conhecer a capacidade dos processos permite a criação de objetivos e metas desafiadoras;
- Adotar enfoque de processos para todas as operações resulta em custos baixos, prevenção de erros, controle da variabilidade, tempos de ciclo mais curtos e saídas mais previsíveis; e
- Estabelecer processos eficientes para a gestão de recursos humanos permitindo o alinhamento desses processos com as necessidades da organização e produzindo uma força de trabalho mais capaz.

e) *Princípio 5 – abordagem sistêmica para gestão:* identificar, compreender e gerenciar os processos inter-relacionados como um sistema contribui para a eficácia e a eficiência da organização a fim de atingir seus objetivos.

Aplicação:

- Definir o sistema por meio de identificação ou desenvolvimento de processos que afetam um objetivo;

- Estruturar o sistema para alcançar o objetivo de forma mais eficiente;
- Compreender as interdependências entre os processos do sistema;
- Melhorar continuamente o sistema por meio da mensuração e avaliação; e
- Estabelecer restrições de recursos antes de atuar.

Benefícios:

- Cria planos desafiadores e abrangentes que ligam funções e entradas de processos;
- Alinhar objetivos e metas de processos individuais com os objetivos-chaves da organização;
- Permitir visão mais ampla da eficácia de processos que conduz ao entendimento das causas de problemas e oportunas ações de melhorias; e
- Fornecer melhor entendimento de papéis e responsabilidades para alcançar objetivos comuns, reduzindo barreiras funcionais e melhorando o trabalho em equipe.

f) *Princípio 6 – Melhoria contínua*: deve ser um objetivo permanente para desenvolvimento global da organização. Refere-se a racionalização das atividades buscando melhorar continuamente a forma de executar as atividades atendendo os requisitos dos clientes e reduzindo os desperdícios.

Aplicação:

- Fazer com que a melhoria contínua de produtos, processos e sistemas seja um objetivo de cada indivíduo da organização;
- Aplicar conceitos básicos de melhoria;
- Melhorar continuamente todos os processos com eficácia e eficiência;
- Promover atividades preventivas; e
- Estabelecer medidas e objetivos buscando oportunidades de melhoria.

Benefícios:

- Criar planos de negócios mais competitivos por meio da integração entre a melhoria contínua e os planejamentos estratégicos;
- Adequar os objetivos de melhorias aos recursos para alcançá-los;
- Envolver as pessoas da organização na melhoria contínua de processos; e
- Prover ferramentas, oportunidades e estímulo para todas as pessoas da organização para melhorar produtos, processos e sistemas.

g) *Princípio 7 – Decisão baseada em fatos:* para gestão da qualidade e melhor desempenho organizacional é fundamental que as decisões sejam tomadas baseadas em análise de dados e informações.

Aplicação:

- Medir e levantar informações pertinentes ao objetivo;
- Garantir que os dados e as informações sejam precisos, confiáveis e acessíveis;
- Analisar os dados e informações com métodos validos;
- Compreender os métodos estatísticos; e
- Tomar decisões e agir conforme os resultados obtidos balanceando-os com a experiência e a intuição.

Benefícios:

- Fundamentar que as estratégias baseadas em informações e dados importantes são mais realistas e mais prováveis de ser alcançadas;
- Utilizar informações e dados comparativos relevantes para ajustar objetivos e metas desafiadoras e realizadoras;
- Consolidar o uso de informações e dados com base para compreensão do desempenho de sistemas e processos, para orientar as melhorias e prevenir problemas futuros; e
- Analisar dados e informações a partir de fontes, tais como pesquisas de clima, sugestões e grupos focalizados para orientar a formulação de políticas de recursos humanos.

h) *Princípio 8 – Benefícios mútuos nas relações com os fornecedores:* uma organização e seus fornecedores são interdependentes, e uma

relação de benefícios mútuos aumenta a capacidade de ambos em agregar valor.

Aplicação:

- Identificar e selecionar fornecedores-chaves;
- Estabelecer relacionamentos com fornecedores que equilibrem ganhos de curto prazo, com considerações de longo prazo para organização e a sociedade;
- Criar comunicações claras e abertas;
- Iniciar a melhoria e os desenvolvimentos em conjunto de produtos, serviços e processos; e
- Reconhecer as melhorias do fornecedor.

Benefícios:

- Criar vantagem competitiva por meio do desenvolvimento de alianças ou parcerias com fornecedores;
- Estabelecer objetivos e metas mais desafiadoras por meio de envolvimento dos fornecedores; e
- Estabelecer relacionamentos sistemáticos com fornecedores que proporcione produtos sem defeitos, nos prazos combinados e confiáveis.

A norma recomenda que, para um gerenciamento eficaz, a melhor forma de atender aos requisitos baseados nos princípios de gestão da qualidade é a criação de procedimentos documentados. Os procedimentos representam uma forma especificada para desenvolver uma atividade. Ela exige apenas a elaboração de seis procedimentos: Controle de documentos, Controle de registros, Auditoria interna, Controle da não conformidade de produtos, Ação corretiva e Ação preventiva (MARANHÃO, 2001).

Banas (2010, p.17) afirma que toda “empresa deve estabelecer, documentar e manter um Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) e melhorar permanentemente sua eficácia de acordo com os requisitos da norma”.

A existência de procedimentos, instruções e registros de trabalho formalizam todas as atividades que afetam a qualidade. Isto exige a participação de todos os indivíduos da organização. Portanto, a conscientização para com a qualidade aumenta, uma vez que todos participam diretamente da implementação do sistema

da qualidade, pois são os principais responsáveis pelas atividades da empresa (MARANHÃO, 2001).

Conseqüentemente é importante ressaltar que o sistema de qualidade é influenciado pelos objetivos da organização, devendo adaptar-se às operações de cada organização em particular. A organização deve aplicar sua política da qualidade para evidenciar o comprometimento da alta direção para com a qualidade. Deve estar adequada aos propósitos da organização, ser verdadeira e refletir os valores da empresa para todos os clientes, funcionários e demais interessados (MELLO et al, 2009).

A norma ISO 9001:2008 baseia-se na abordagem de processos que significa, para Banas (2010, p.16), “gerenciar seu negócio como um sistema de processos interligados onde cada processo-chave exerce um efeito no produto ou serviço final”.

Os processos são organizados em cinco categorias conforme as cinco seções da norma que possuem requisitos: SGQ; direção; recursos; produto e; medição, análise, melhoria; conforme ilustrado na figura 4.



Figura 4 – Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ).
Fonte: BANAS (2010).

O SGQ é implantado e implementado por meio dos requisitos gerais e de documentação. Nos requisitos gerais a norma determina que a empresa deve estabelecer, documentar, implementar, manter e melhorar continuamente o SGQ e para isto deve: identificar os processos necessários determinando sequência e interação entre os mesmos, determinar critérios e métodos necessários para operação e controle deles, assegurar disponibilidade de recursos, monitorar, medir e analisar processos, implantar ações para alcançar os resultados planejados e a melhoria contínua.

Nos requisitos de documentação a empresa deve incluir: declarações documentadas da Política de Qualidade; Manual da Qualidade; procedimentos documentados requeridos pela norma; documentos necessários para planejamento, operação e controle eficaz dos processos; e registros requeridos pela norma.

4 MÉTODO DE PESQUISA

Neste capítulo apresentam-se os procedimentos metodológicos adotados para alcançar os objetivos propostos por este estudo. Para melhor compreensão optou-se por apresentá-lo em sete partes: delineamento da pesquisa; desenho conceitual da pesquisa; objeto de estudo; população e amostra; coleta de dados e aspectos éticos; tratamento e a análise dos dados; e síntese do método.

4.1 Objeto de estudo

O presente estudo foi realizado no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA) nos setores certificados pela norma NBR ISO 9001:2008, quais sejam: Unidade de Terapia Renal Substitutiva, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Banco de Leite, Unidade de Transplante Renal, Unidade de Terapia Intensiva Cardiológica e Biblioteca. O Serviço de Coleta Laboratorial, apesar de certificado, não fez parte deste estudo.

O HUUFMA é um órgão da Administração Pública Federal, que tem por finalidade reunir assistência, ensino, pesquisa e extensão na área de saúde e afins. É um hospital de ensino certificado pelo Ministério da Educação - MEC e Ministério da Saúde – MS de acordo com a portaria interministerial MEC/MS nº 1000 de 15 de abril de 2004, tornando-se um centro de ensino e de pesquisa para a formação de profissionais da área de saúde e de outras áreas. Por suas características de natureza pública, atende a todos, sem distinção, respeitando os princípios éticos das profissões, integra à estrutura orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS).

O HUUFMA é formado por duas grandes unidades hospitalares: Presidente Dutra e Materno Infantil, além de uma unidade ambulatorial na Cidade Universitária da UFMA, Unidade Campus do Bacanga, para servir a comunidade acadêmica. É referência em atenção à saúde em nível quaternário. Possui 573 leitos, sendo 63 de

UTI (Neonatal, Adulto e Pediátrica) e 22 leitos de isolamentos, além de 16 salas de cirurgias.

Na Unidade Presidente Dutra são oferecidos os serviços assistenciais em clínica médica, clínica cirúrgica, transplantes, hemodinâmica, UTI geral, UTI cardiológica, urologia e litotripsia, terapia renal substitutiva e serviço ambulatorial.

Na unidade Materno Infantil é oferecida assistência integral à mulher e a criança, buscando garantir atendimento humanizado. É referência à gestação de alto risco.

No período de 1997 a 2007, durante a gestão do Prof. Dr Natalino Salgado Filho, o HUUFMA passou por grandes transformações na área estrutural e no ensino. Foi o início da implantação dos serviços de alta complexidade, a exemplo de transplante renal, cirurgia cardiovascular, hemodinâmica, neurocirurgia, traumatologia e UTI neonatal; e também do Sistema de Gestão da Qualidade.

Em 2005 foi criado um Núcleo de Gestão da Qualidade (NGQ) constituído por funcionários da instituição, tendo na sua estrutura um representante da direção, cinco tutores e um auxiliar administrativo.

Em 2006, iniciou-se o processo de implantação do SGQ buscando a Certificação ISO 9001:2000 em três áreas assistenciais estratégicas: Cardiologia, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Unidade de Terapia Renal Substitutiva, os quais oferecem serviços de alta complexidade (ROCHA et al, 2008).

Em 22 de outubro de 2008 o hospital recebe o selo ISO 9001:2000 em Gestão de Qualidade referente a certificação de três unidades de alta complexidade a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Unidade de Terapia Renal Substitutiva e Serviço de Hemodinâmica.

Em 2 de agosto de 2012 o HUUFMA recebeu o Certificado em Gestão de Qualidade NBR ISO 9001:2008 referente ao 2º ciclo de certificação realizado pelo ICQ/Brasil (Instituto de Certificação Qualidade Brasil). Foram certificados neste segundo ciclo sete setores do HUUFMA: Serviço de Neonatologia (Unidade de Internação Neonatal e UTI Neonatal), Terapia Renal Substitutiva (Serviço de Hemodiálise, Diálise), Transplante Renal, Serviço de Coleta Laboratorial, UTI Cardiológica, Banco de Leite Humano e Biblioteca.

Nos dias 25 e 26 de julho de 2014 o hospital Universitário passou por auditoria externa para o 3º ciclo da certificação ISO 9001/2008 nos sete setores certificados.

Com estruturação de alguns serviços o hospital ao longo desse tempo recebeu alguns prêmios e reconhecimentos tais como:

- ✓ Melhor organização pública do Maranhão em 2012, recebendo os troféus Adesa Ouro (melhor organização pública); Gestão Ouro (melhor líder público); e CGI Bronze (terceiro melhor Comitê Gestor Interno - Programa Gespública / Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão;
- ✓ Hospital Certificado em Gestão de Qualidade NBR ISO 9001:2008 (2012) referente ao 2º ciclo de certificação realizado pelo ICQ/Brasil (Instituto de Certificação Qualidade Brasil);
- ✓ Reconhecimento Público Melhores do Maranhão - Ciclo 2011 - nível gerencial 5 - Programa Gespública / Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão;
- ✓ Prêmio Nacional Gestão Banas 2010 – pelo grau de desenvolvimento e de comprometimento da organização e de seus colaboradores no Sistema da Qualidade;
- ✓ Hospital Amigo da Criança, concedido pelo UNICEF;
- ✓ Prêmio Fernando Figueira – pela qualidade da UTI Neonatal;
- ✓ Prêmio David Capistrano – pelo desenvolvimento da política de humanização do recém-nascido;
- ✓ Prêmio João Yunes por se destacar, em nível nacional, na promoção, proteção e recuperação da saúde da criança;
- ✓ Hospital Consagrado em 1º lugar na Pesquisa de Preferência e Simpatia Pública; Aleitamento Materno – Centro de Referência Estadual Prêmio Qualidade Hospitalar – Categoria Hospitalar

4.2 Delineamento da pesquisa

Esta pesquisa buscou identificar elementos da cultura organizacional que influenciam nos princípios da qualidade NBR ISO 9001/2008 na percepção dos profissionais em Hospital Universitário. Para alcançar tal objetivo adotou-se um plano de pesquisa descritivo, correlacional e quantitativo.

A pesquisa descritiva visa descrever fenômenos, situações, contextos e eventos de forma detalhar como se manifestam (SAMPIERE et al, 2013). No entendimento de Malhotra (2006), a pesquisa descritiva tem a finalidade de descrever e prover o conhecimento sobre características e percepções em relação a fatos, objetos ou fenômenos de determinada realidade, bem como determinar o grau de associação das variáveis em estudo.

Na pesquisa correlacional o estudo tem como finalidade conhecer a relação ou o grau de associação existente entre dois ou mais conceitos, categorias ou variáveis em um contexto específico (SAMPIERE et al, 2013).

A utilização da abordagem descritiva e correlacional foi em função do problema de pesquisa: Que elementos da cultura organizacional influenciam nos princípios da qualidade da NBR ISO 9001:2008 na percepção dos profissionais em um Hospital Universitário?

Inicialmente coletou-se informação de maneira independente sobre conceitos e variáveis sobre a cultura organizacional e as práticas da qualidade a que se refere o problema de pesquisa. A seguir, buscou-se determinar como estes conceitos e variáveis se relacionaram ou se vincularam entre si; ou também, se não se relacionaram.

A técnica de levantamento dos dados a ser adotada é o método de pesquisa *survey* que segundo Hair et al (2006) é um procedimento para coleta de dados primários a partir de indivíduos. Os dados podem referir a crenças, opiniões, atitudes e estilos de vida até informações gerais sobre experiências do indivíduo e/ou características de uma empresa.

4.3 Desenho da Pesquisa

A realização deste estudo baseou-se em três fases definidas no processo de pesquisa proposto por Hair et al. (2005), são elas: formulação (definição da substância e do processo de pesquisa); execução (implementação da pesquisa); e análise (análise dos dados).

Desta forma, na etapa de formulação definiu-se o problema, os objetivos e a justificativa da pesquisa e se buscou na literatura o embasamento para as possíveis associações entre as variáveis em estudo e as possíveis influências de uma sobre a outra. O método, a estratégia de pesquisa e a unidade de análise e a população-alvo também foram definidos nesta etapa.

Na etapa de execução, elaborou-se o questionário de pesquisa com questões do Instrumento Brasileiro de Avaliação da Cultura Organizacional na versão reduzida desenvolvido por Ferreira et al (2002) com base nos modelos teóricos de Hofstede et al (1990) e Calori e Sarnin (1991). Agregaram-se ao questionário questões referentes às práticas e valores da qualidade elaborados a partir dos construtos de avaliação da qualidade considerando a certificação ISO 9001/2008. A validação do questionário foi realizada por um especialista em gestão da qualidade e pela banca de qualificação do projeto.

Caracterizou-se o objeto de estudo por meio de observações das práticas de qualidade, bem como os procedimentos documentados realizados no hospital universitário para o cumprimento dos requisitos da Norma ISO 9001/2008. Em seguida, foi realizada a coleta dos dados e, por fim na etapa de análise, foram analisados e discutidos os dados coletados, que permitiu a compreensão acerca do objetivo geral e do problema de pesquisa. Na figura 5 apresenta-se a síntese do modelo de pesquisa.

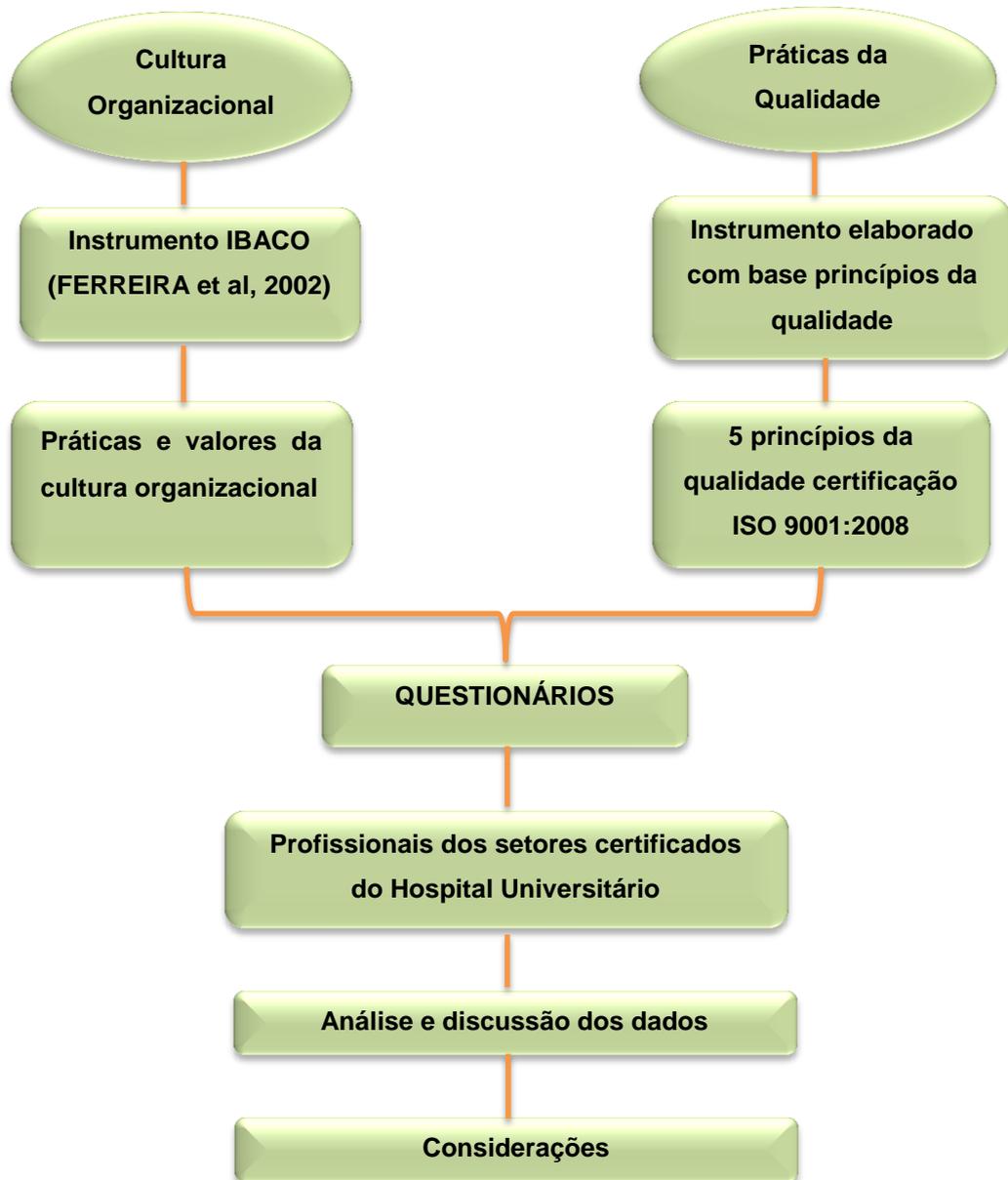


Figura 5: Síntese do modelo de pesquisa

4.4 População

A população-alvo de uma pesquisa corresponde à coleção de elementos que possuem a informação procurada pelo pesquisador e sobre os quais devem ser feitas inferências (MALHOTRA, 2006). Para Sampiere (2013) a população é um conjunto de todos os casos que preenchem determinadas especificações. Sendo assim, nesta pesquisa trabalhou-se com a população censitária composta pelos servidores lotados nos setores certificados do HUUFMA cujo quantitativo é de 296 funcionários.

Da população de 296 profissionais, 189 consentiram em participar do estudo e devolveram os instrumentos devidamente preenchidos; 3 recusaram participar do estudo; 67 não devolveram o questionário e 39 foram excluídos conforme critérios estabelecidos no estudo.

4.4.1 Critérios de inclusão

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão dos servidores que constituíram a população deste estudo:

- Estar trabalhando no setor certificado há mais de seis meses, independentemente do cargo ou função desempenhada;
- Consentir sua participação no estudo juntamente à assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), conforme Apêndice B.

4.4.2 Critérios de exclusão

Não serão incluídos nesta pesquisa os servidores que estiverem em período de férias, laudo, atestado ou em licença de qualquer natureza.

4.5 Coleta de dados

Os dados foram coletados no período de maio a julho por meio de um questionário estruturado aplicado aos servidores dos setores certificados do HUUFMA. O questionário compôs-se de três seções: perfil sócio demográfico, avaliação da qualidade e questionário IBACO.

A primeira seção apresentou os dados correspondentes ao perfil sócio demográfico dos pesquisados e duas questões gerais sobre cultura e qualidade que servirão como variáveis de controle (anexo A).

A segunda seção composta por 17 afirmativas relativas às práticas e valores da qualidade distribuídos em cinco princípios da qualidade (ISO 9001:2008): foco no cliente (3 questões), liderança (3 questões), envolvimento de pessoas (5 questões), abordagem de processos (3 questões), e melhoria contínua (3 questões) conforme apêndice A. Os itens foram respondidos por meio de escala tipo Likert de 5 pontos que varia de 1 (“não se aplica”) a 5 (“aplica-se totalmente”).

Não fizeram parte do questionário os princípios “abordagem sistêmica de gestão”, “decisão baseada em fatos” e “benefícios mútuos nas relações com os fornecedores”; pois estes estão mais voltados aos gestores.

A terceira seção referiu-se ao questionário IBACO aplicado na versão reduzida (30 afirmativas) distribuídas igualmente entre 3 (três) fatores de valores organizacionais (profissionalismo cooperativo, profissionalismo competitivo e satisfação e bem-estar dos empregados) e 3 (três) fatores de práticas organizacionais (integração externa, recompensa e treinamento e promoção do relacionamento interpessoal). São, portanto, 30 (trinta) itens, também respondidos na escala tipo Likert de cinco pontos que varia de 1 (“não se aplica”) a 5 (“aplica-se totalmente”) conforme apresentado no anexo A.

O quadro 6 apresenta a distribuição dos fatores quanto aos valores e práticas da cultura organizacional, as principais características e as questões a que se referem.

Fatores quanto a valores e a práticas organizacionais.	Característica	Questões
Valores de profissionalismo cooperativo	Valorização do profissional, comprometido com a visão da organização.	14, 17, 19, 21, 22.
Valores de profissionalismo competitivo e individualista	Valorização do desempenho individual do profissional para alcance dos objetivos desejados, sem se preocupar com os colegas que almejam os mesmos objetivos	23, 24, 25, 29, 30
Valores associados à satisfação bem-estar dos servidores	Relativo a motivação do profissional e a um ambiente organizacional mais humanizado e agradável	03, 06, 10, 12, 18
Práticas de integração externa	Relacionado ao planejamento estratégico, tomada de decisões e atendimento ao cliente externo, focado nos escalões superiores da organização.	02, 04, 07, 08, 15
Práticas de recompensa e treinamento	Relacionado ao profissional, e aos sistemas oferecidos pela organização de recompensa e treinamento.	05, 11, 16, 26, 28
Práticas de promoção do relacionamento interpessoal	Referente ao relacionamento dos profissionais dentro da organização favorecendo a coerção interna.	01, 09, 13, 20, 27

Quadro 6: Fatores organizacionais distribuídos no IBACO.
Fonte: Ferreira et al (2002).

4.6 Análise de dados

A análise dos dados foi realizada por meio dos *softwares microsoft excel, Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 18* e pelo *“Statistical Analysis System” (SAS versão 9.1)* nos quais se procedeu análises estatísticas descritivas simples e análises estatísticas paramétricas com base nas frequências.

Para tanto, primeiramente realizou-se a análise descritiva dos dados com o intuito de investigar a exatidão dos dados, a distribuição de casos omissos, o tamanho da descrição da amostra, os casos extremos e a distribuição das variáveis. Posterior a isso, foi calculado o indicador de consistência interna *Alpha de Cronbach* que tem o propósito de averiguar a confiabilidade dos construtos aplicados aos questionários. Realizou-se análises descritivas simples e verificação de correlação de Pearson entre os construtos. Para a realização desse estudo foram adotados alguns procedimentos para análise com base nos objetivos específicos propostos. No quadro 7, são apresentados procedimentos de análise e os respectivos objetivos.

OBJETIVOS	ANÁLISE DOS DADOS
Caracterizar a cultura organizacional na percepção dos servidores do HUUFMA	Cálculo de estatísticas descritivas e categorização dos dados
Contextualizar as práticas da qualidade	Análise documental.
Identificar a aderência aos princípios da ISO 9001/2008 pelos funcionários	Cálculo de estatísticas descritivas e categorização dos dados.
Relacionar elementos da cultura organizacional aos princípios da ISO 9001/2008 praticado pelos profissionais	Coeficiente de correlação de Pearson

Quadro 7 – Procedimentos de análise por objetivos propostos.

As dimensões de cultura organizacional (valores de profissionalismo cooperativo, valores de profissionalismo competitivo e individualista, valores associados ao bem estar dos servidores, práticas de integração externa, práticas de recompensa e treinamento e práticas de promoção de relacionamento interno) e da qualidade (foco no cliente, liderança, envolvimento de pessoas, abordagem de processos e melhoria contínua) foram categorizadas levando-se em conta o cálculo da média das respostas dos indivíduos em relação a escala *Likert* de 5 pontos utilizada no questionário. De posse das médias de cada construto, as mesmas foram padronizadas entre 0 a 100% assim foram convencionadas três categorias distintas:

Alto (média de 66,67% a 100%), Médio (média de 33,33% a 66,67%) e Baixo (média de 0 a 33,33%) conforme a equação a seguir:

$$Spi = 100. \left[\frac{\text{SOMA} - \text{MÍNIMO}}{\text{MÁXIMO} - \text{MÍNIMO}} \right]_{i = 1, 2, \dots, n}$$

Onde:

i = número de construtos

Soma = somatório das respostas válidas

Mínimo = menor soma possível das respostas válidas

Máximo = maior soma possível das respostas válidas

A referida padronização objetivou esclarecer o nível atingido por cada variável dos modelos teóricos adotados no presente estudo. Discorridos o percurso metodológico e o modo como foram analisados os dados, na sequência, apresenta-se os resultados e discussão dos mesmos.

4.7 Aspectos Éticos

Para fins éticos, o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e o instrumento de coleta de dados seguiram todos os preceitos éticos estabelecidos pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos e das demais normas complementares do Conselho Nacional de Saúde. Sendo assim, assegurados a todos os indivíduos participantes do estudo os esclarecimentos acerca da pesquisa, bem como, em relação aos dados que constam no TCLE. E, ainda foi garantido aos mesmos que a qualquer momento do estudo haveria a possibilidade de retirar o seu consentimento de participação no estudo, sem penalização alguma. A participação dos pesquisados foi facultativa, bem como, sua desistência no decorrer do estudo e, além disso, foi garantida a confidencialidade dos dados pelo pesquisador (Apêndice C) e os instrumentos foram identificados por números. Quanto ao TCLE foi assinado pelo

informante pesquisado e pela pesquisadora mestranda, sendo uma via arquivada pelo pesquisador coordenador e, a outra, entregue ao pesquisado.

Além disso, informou-se aos participantes que estes sempre que necessário teriam acesso aos dados coletados (TCLEs e instrumentos) que ficariam arquivados na sala 4307, sob responsabilidade da Professora Dra. Lúcia Rejane da Rosa Gama Madruga (Orientadora do estudo) durante o período de cinco anos, conforme a Lei dos Direitos Autorais nº 9.610 (BRASIL, 1998).

Após o referido período essa documentação será incinerada. Ainda, assegurou-se o sigilo da identidade dos participantes no momento da publicação dos resultados.

4.7.1 Riscos do estudo aos pesquisados

Os servidores que participaram desta pesquisa poderiam se expor a riscos mínimos como: cansaço, desconforto pelo tempo gasto no preenchimento do questionário.

4.7.2 Benefícios do estudo aos pesquisados

Os benefícios para os integrantes desta pesquisa serão indiretos, pois as informações coletadas fornecerão subsídios para a construção do conhecimento em Gestão de pessoas e organizações, bem como para novas pesquisas que possam ser desenvolvidas sobre essa temática.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo são apresentados os resultados da pesquisa em consonância com os objetivos propostos, bem como discussão dos mesmos à luz do referencial teórico. Primeiramente, descreve-se o perfil sócio demográfico dos participantes da pesquisa. Na segunda parte apresentam-se o conhecimento da cultura e da qualidade dos respondentes. Na terceira, contextualizam-se as práticas de qualidade realizadas no Hospital Universitário para atender os requisitos da norma ISO 9001/2008. Na quarta parte, caracterizam-se cultura organizacional e qualidade na percepção dos pesquisados; bem como é apresentado a análise da confiabilidade dos instrumentos utilizados, por meio do cálculo do coeficiente do *Alpha de Cronbach* para cada dimensão. E por último as correlações entre os referidos construtos por meio do coeficiente de Pearson.

5.1 Perfil sócio demográfico dos participantes

O perfil dos respondentes da pesquisa está apresentado por meio de análises estatísticas descritivas com a utilização da técnica de distribuição de frequências.

No figura 6 são demonstrados a distribuição da população conforme setor de lotação. Observa-se que os respondentes concentraram-se nos setores de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Unidade de Terapia Renal Substitutiva e Unidade Terapia Intensiva Coronariana representando juntos um percentual de 82,01%; destacando-se o setor de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

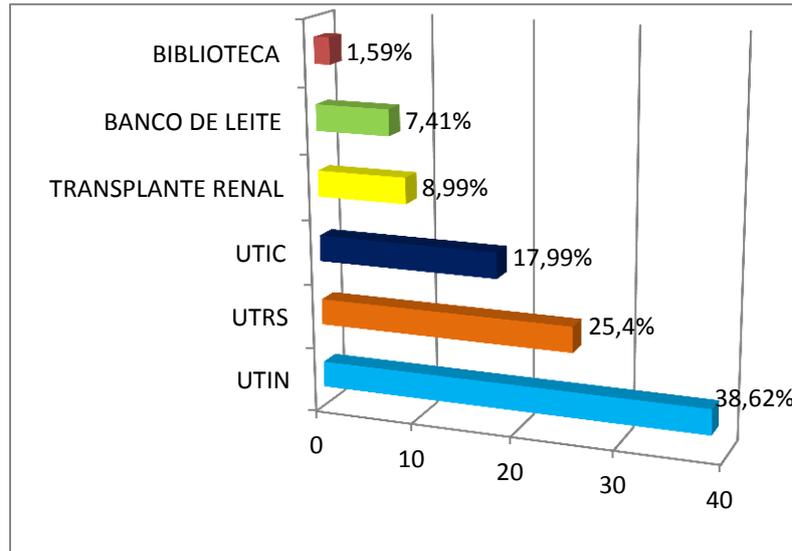


Figura 6 - Setor de lotação.

Na figura 7 a população está distribuída por gênero, cujo resultado apresenta a população do estudo predominantemente feminina. Tal fato é explicado por Machado, Vieira e Oliveira (2012) onde o processo de feminilização no setor da saúde constitui uma característica forte podendo exceder até 90% em algumas profissões da área, sendo esse um caso muito comum na enfermagem, frequentemente, formada quase que completamente pelo gênero feminino. Reportando-se a cultura, Hofstede (2005) apresenta uma diferenciação de papéis masculino e feminino. Os homens tendem a reforçar o poder de autoafirmação e a competição enquanto as mulheres reforçam sua natureza generosa e sua preocupação pelas relações humanas e a cooperação.

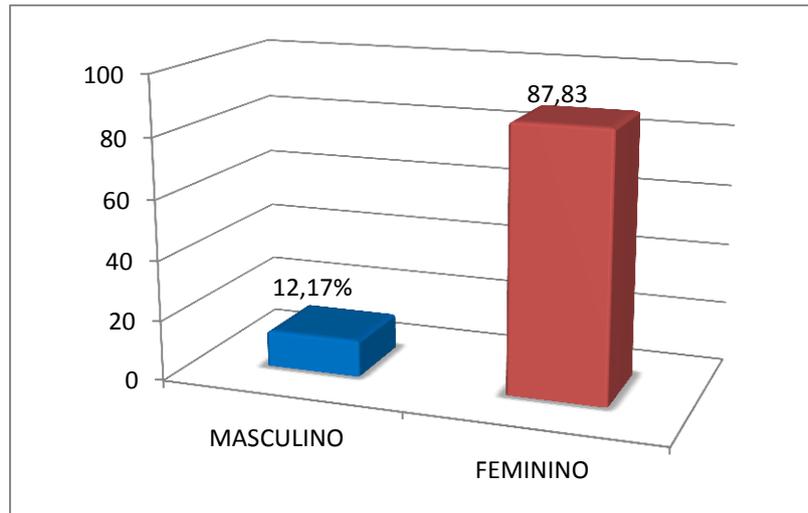


Figura 7 - Distribuição da população por gênero

Quanto à faixa etária os respondentes apresentam idades entre 20 e 50 anos com percentual total de 88,82% da população estudada, destacando-se a faixa etária de 31 a 40 anos com percentual de 37,43%. (FIGURA 8).

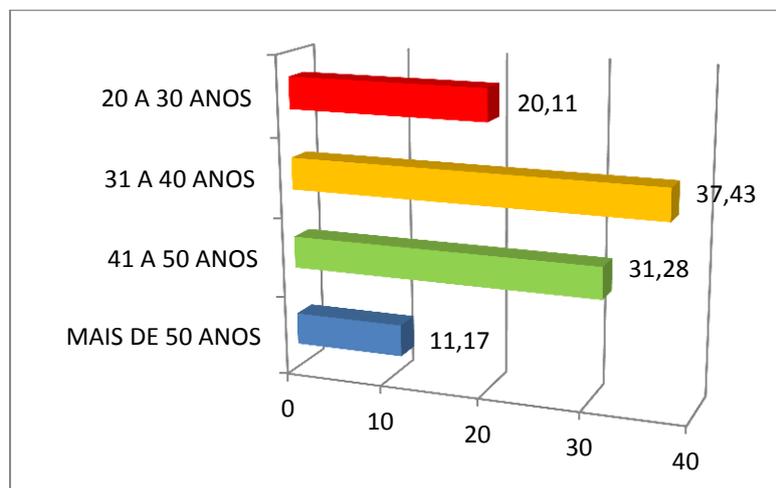


Figura 8 - Faixa etária.

Quanto à função exercida destaca-se a assistencial entre maioria dos sujeitos pesquisados, cuja função está relacionada diretamente a assistência à saúde dos pacientes (FIGURA 9).

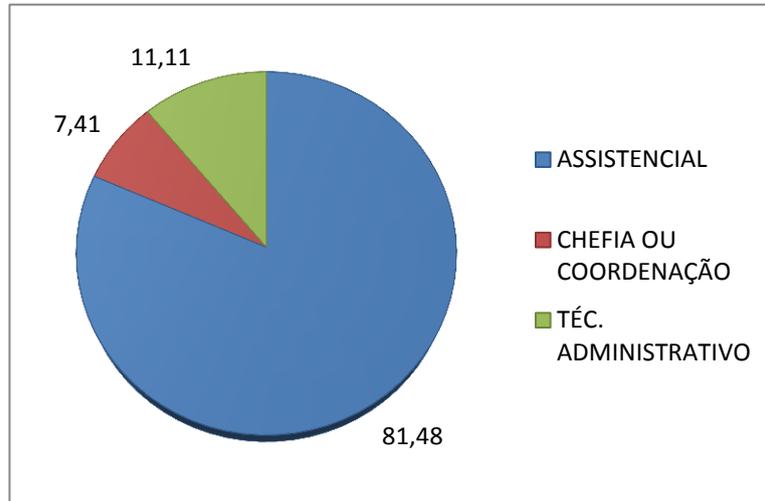


Figura 9 - Função profissional.

Quanto à categoria profissional os técnicos/auxiliares em enfermagem representam a maioria dentre os pesquisados seguido dos enfermeiros, conforme é apresentado na figura 10 a seguir.

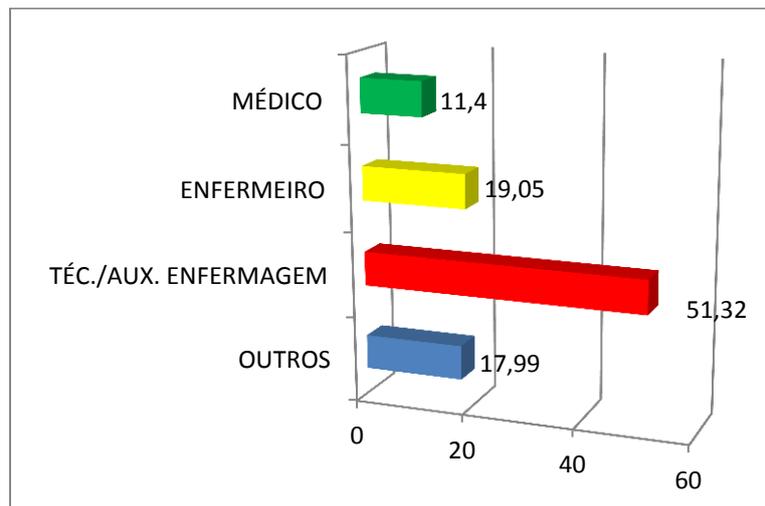


Figura 10 - Categoria profissional

Na figura 11 apresenta-se equilíbrio entre o nível de escolaridade ensino médio e pós graduação representando juntos um percentual de 84,13% entre as pessoas pesquisadas, porém destaca-se o ensino médio com percentual de 43,92%.

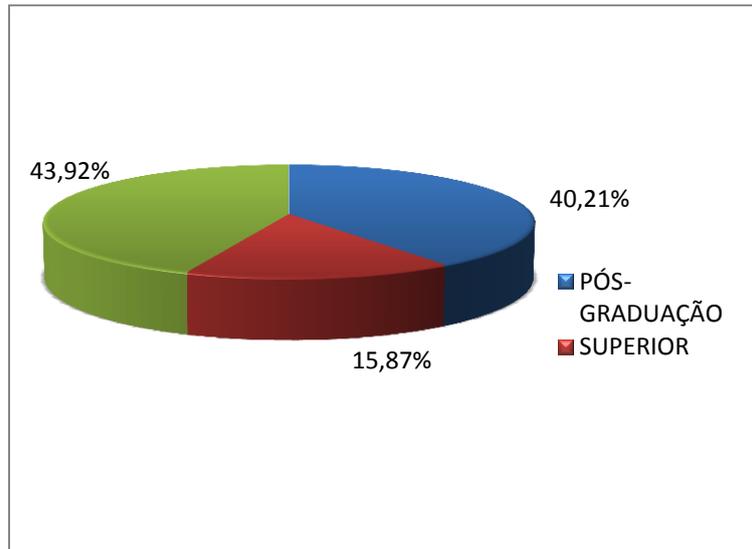


Figura 11 – Escolaridade

Em relação ao tempo de serviço os pesquisados concentram-se entre 2 a 15 anos de serviço sendo a faixa etária de 6 a 10 anos a que apresentou maior percentual conforme é demonstrado na figura 12.

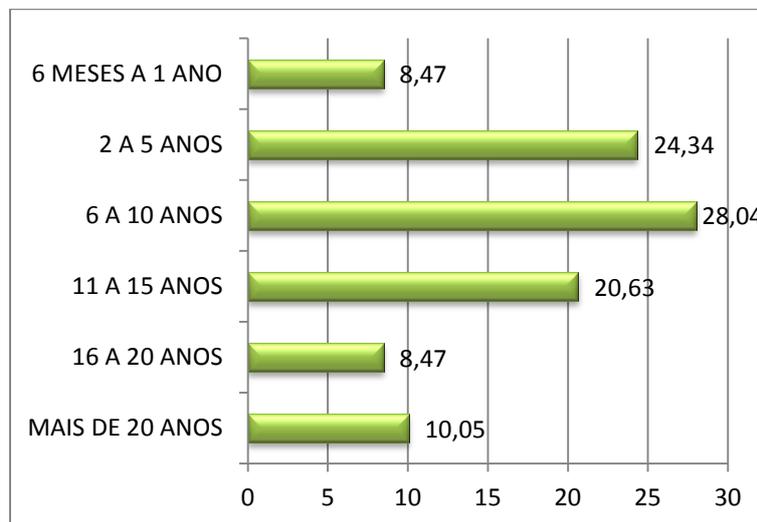


Figura 12 - Tempo de serviço no hospital.

Na figura 13 apresenta-se o tempo de serviço no setor compreendendo entre 2 a 15 anos destacando-se a faixa etária de 6 a 10 anos com maior percentual.

Considerando o início das atividades de implantação da qualidade observa-se que a maioria dos servidores acompanhou todo o processo para certificação NBR ISO 9001:2008.

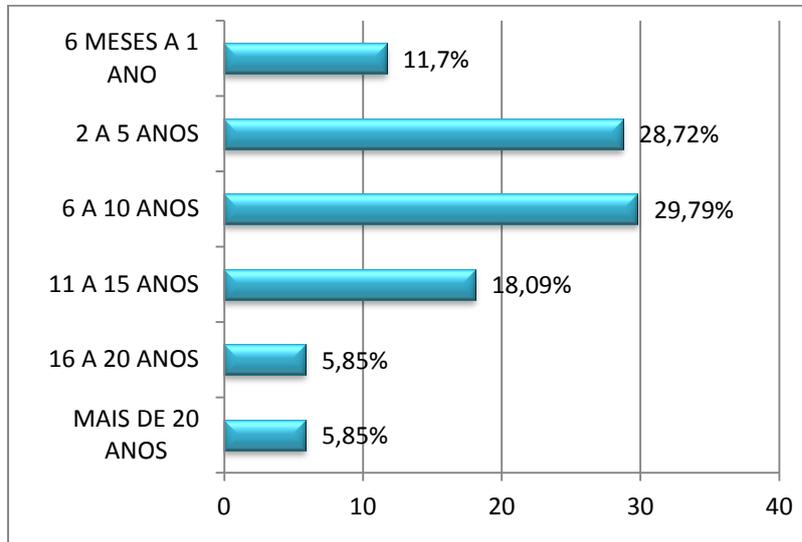


Figura 13 - Tempo de serviço no setor

5.2 Conhecimento da cultura e qualidade

Ao indagar o tempo que desenvolve a qualidade 33,86% não souberam responder a questão, como mostra a figura 14. Porém, dentre os que responderam, apresenta-se o período de 2 a 3 anos no qual é desenvolvido a qualidade segundo seus princípios. Este período coincide com o 2º ciclo da certificação NBR ISO 9001:2008 na instituição.

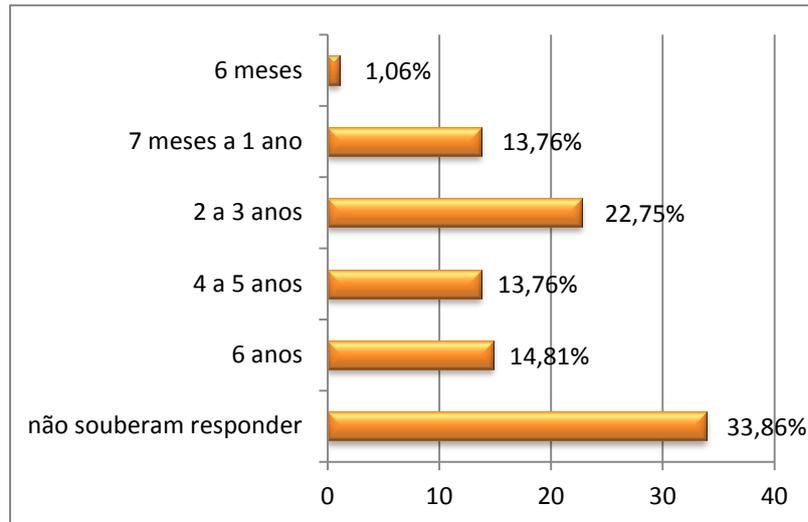


Figura 14 - Tempo que desenvolve a qualidade

Quanto ao conhecimento da política de qualidade do Hospital a maioria respondeu que tem o conhecimento da mesma (FIGURA 15). A Política da Qualidade é a força que move a empresa e faz com que todos estejam comprometidos em atender tanto as necessidades dos clientes quanto às conquistas de melhorias.

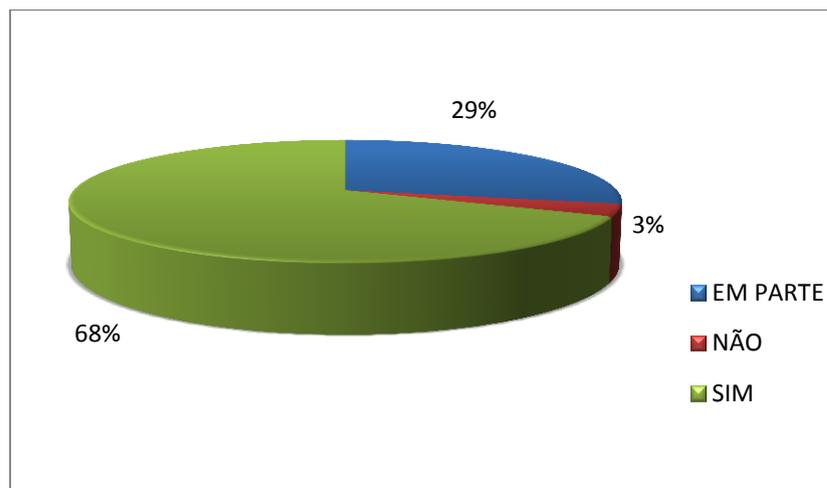


Figura 15: Conhecimento da política de qualidade

Ao perguntar se a certificação melhorou a qualidade os profissionais concordam em sua grande maioria que sim conforme é apresentado na figura 16.

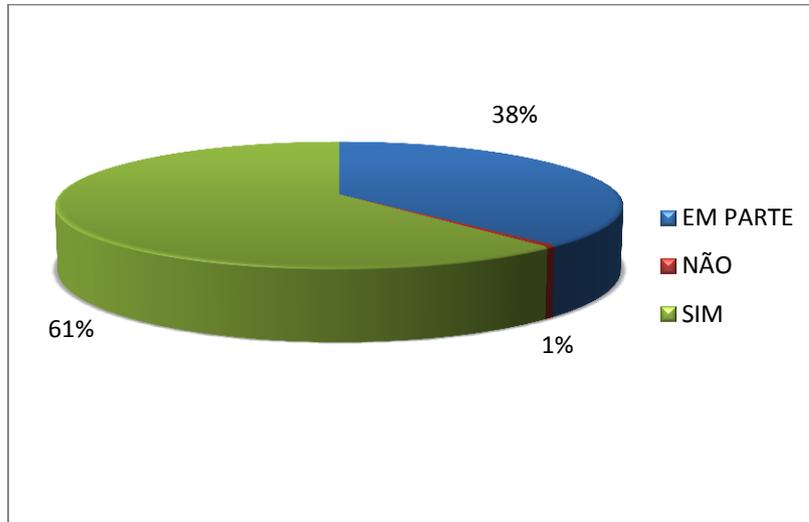


Figura 16 - Certificação melhorou a qualidade

Na figura 17 os profissionais concordam quase unanimemente que a cultura influencia a qualidade.

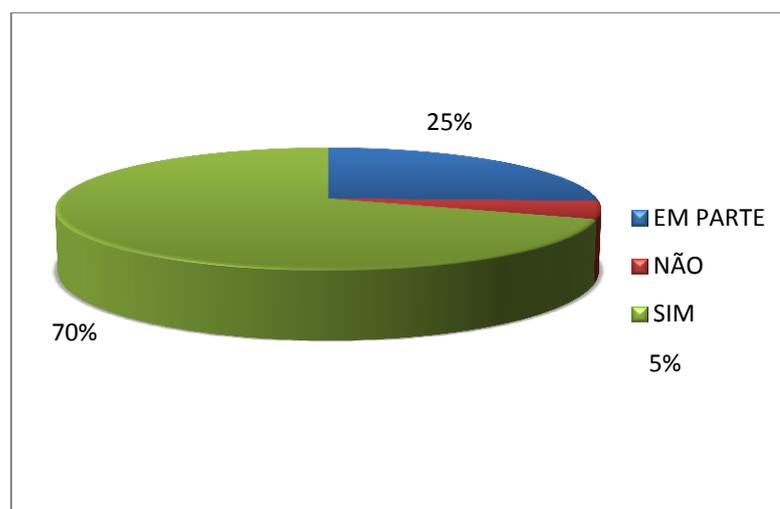


Figura 17 - Influência da cultura na qualidade

O quadro 8 a seguir sintetiza as variáveis sócio demográficas, com a finalidade de traçar o perfil dos pesquisados:

Variáveis sócio demográficas	Predominância
Setor	UTIN, UTRS E UTIC – 82,21%
Sexo	Feminino – 87,83%
Faixa etária	20 a 50 anos – 88,82%
Função profissional	Assistencial – 81,48%
Categoria profissional	Téc./aux. em enfermagem – 51,32%
Escolaridade	Pós-graduação – 40,21%
Tempo de serviço no hospital	2 a 15 anos – 73,01%
Tempo de serviço no setor	2 a 15 anos – 76,6%
Tempo que desenvolve qualidade	Não souberam responder – 33,86%
Conhece a política de qualidade	Sim – 68%
Certificação melhorou a qualidade	Sim – 61%
Cultura influencia a qualidade	Sim – 70%

Quadro 8: Síntese das variáveis sócio demográficas

Traçado o perfil sócio demográfico da população em seguida apresenta-se as práticas de qualidade realizadas no Hospital Universitário.

5.3 Práticas de Qualidade no HUUFMA

Nesta seção são apresentadas as práticas de qualidade realizadas no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA) seguindo a abordagem de processos organizados em cinco categorias que contém os requisitos exigidos pela norma ISO 9001:2008 (Sistema de Gestão da Qualidade; responsabilidade da direção; gestão de recursos; realização do produto e; medição, análise e melhoria) descritos segundo o Manual da Qualidade elaborado pelo HUUFMA.

O Sistema de Gestão da Qualidade do HUUFMA define nos requisitos gerais os processos e interações, apresentados na figura 18, os quais têm como objetivo garantir que a organização determine os processos necessários para fornecer, de forma consistente, produtos e serviços conforme NBR ISO 9001:2008.

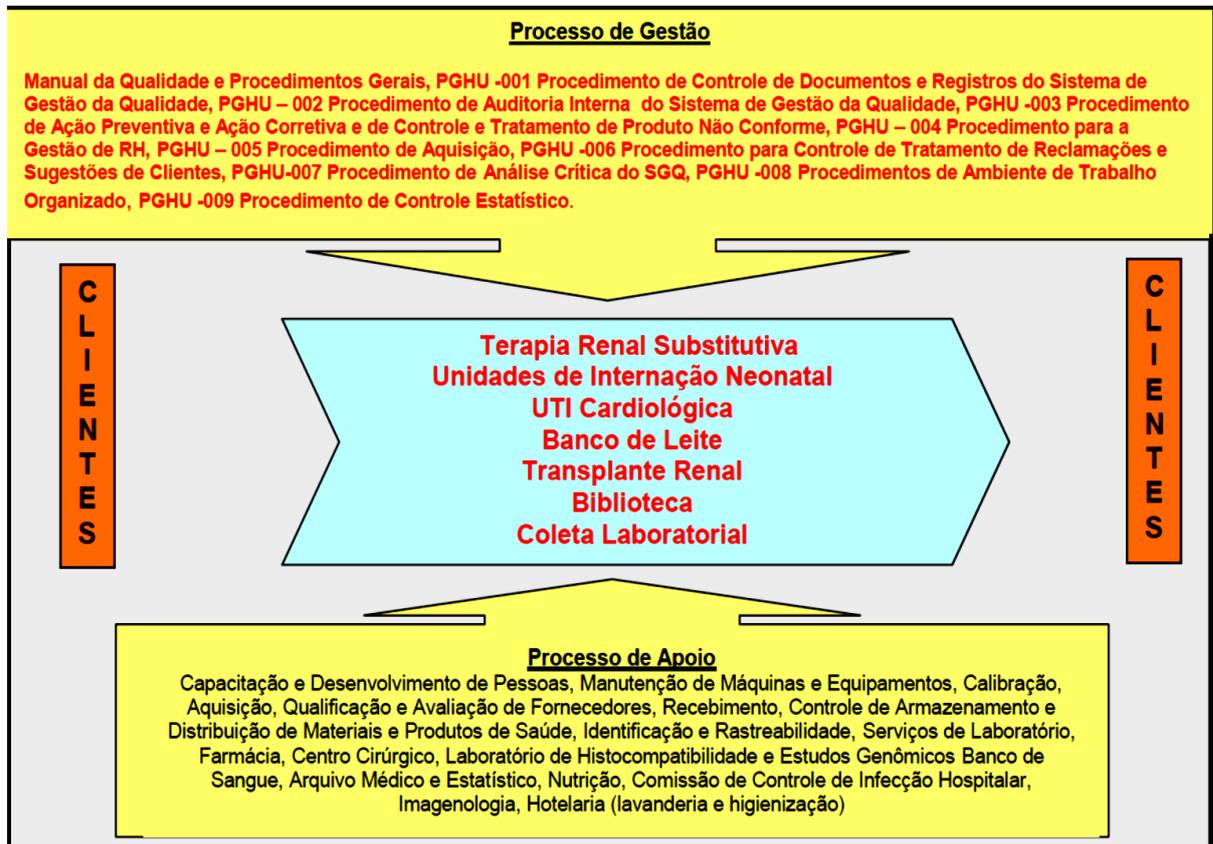


Figura 18 - Processo de Gestão

Fonte: Manual da Qualidade do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, 2014.LI

Quanto aos requisitos de documentação a governança do HUUFMA e colaboradores define e documenta a Política e objetivos da Qualidade, bem como realiza análise crítica da mesma a cada 2 anos em reunião ordinária.

A política de qualidade do HUUFMA foi revisada em 24 de março de 2014 (4ª revisão) sendo redesenhada da seguinte forma:

MISSÃO

“Formar profissionais da saúde e atender aos usuários do SUS, com qualidade”.

VISÃO

“Ser reconhecido nacionalmente como referência no âmbito da gestão, assistência, ensino e pesquisa na área da saúde”.

VALORES

- Respeito ao ser humano e aos seus direitos;

- Compromisso com sua função socioambiental na formação profissional e assistência à saúde gratuita, humanitária e solidária;

- Ética nas relações pessoais, profissionais e institucionais.

POLÍTICA DA QUALIDADE

“O Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão se compromete a fortalecer a formação de pessoal e prestar serviços na área da saúde, garantindo a sua qualidade, por meio da capacitação constante de seus colaboradores e melhoria contínua do seu Sistema de Gestão da Qualidade, visando sempre à satisfação do usuário”.

Para atender aos requisitos de documentação a governança estabelece os seguintes procedimentos gerais:

PGHU-001 – Procedimento de Controle de Documentos e Registros do Sistema de Gestão da Qualidade;

PGHU002 – Procedimentos de Auditoria Interna do sistema de Gestão da Qualidade;

PGHU003 – Procedimento de Ação Preventiva e Ação Corretiva e de Controle e Tratamento de Produto Não Conforme;

PGHU004 – Procedimento de Gestão de Pessoas;

PGHU005 – Procedimento de Aquisição;

PGHU006 – Procedimento de Controle e Tratamento de Reclamações e Sugestões de Clientes;

PGHU007 – Procedimento de Análise Crítica do Sistema de Gestão da Qualidade;

PGHU008 – Procedimento de Ambiente de Trabalho Organizado;

PGHU009 – Procedimento de Controle Estatístico.

5.4 Caracterização dos construtos

Nesta seção apresenta-se a caracterização dos construtos Cultura Organizacional e Qualidade por meio da padronização das médias de suas respectivas dimensões (descrito no método), bem como apresentação dos índices de confiabilidade dos mesmos (*alfa de Cronbach*).

5.4.1 Cultura Organizacional

No quadro 9 são apresentados os índices de confiabilidade interna *Alfa de Cronbach* geral e por dimensões. Analisando os resultados dos índices de confiabilidade interna observa-se que em todas as dimensões o *Alfa de Cronbach* adota valores superiores a 0,7 tornando-os todos satisfatórios segundo Hair et al (2005).

Dimensões	Alfa Cronbach	Nº de itens
Valores profissionalismo cooperativo (VPC)	0,871	5
Valores profissionalismo competitivo e individualista (VPCI)	0,760	5
Valores associados a satisfação e bem estar dos servidores (VASBES)	0,815	5
Práticas de integração externa (PIE)	0,776	5
Práticas de recompensa e treinamento (PRT)	0,724	5
Práticas de promoção do relacionamento interpessoal (PPRI)	0,751	5
Geral da Cultura Organizacional	0,939	30

Quadro 9 - *Alfa de Cronbach* geral e por dimensões da Cultura Organizacional

Na figura 19 estão apresentadas as médias gerais padronizadas de todas as respostas por dimensões da cultura organizacional e suas respectivas classificações.

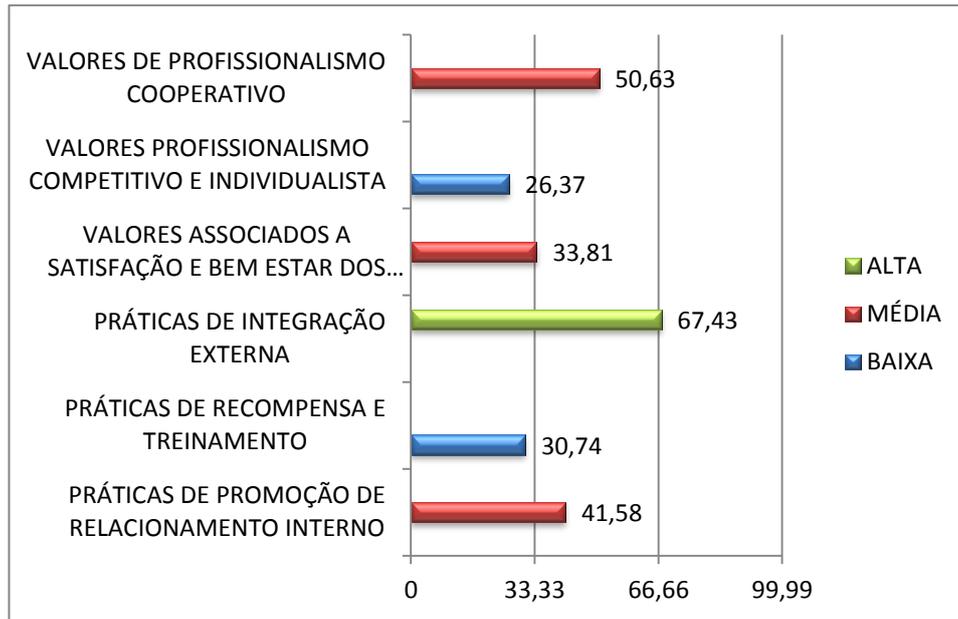


Figura 19 - Médias gerais e classificação das dimensões da cultura organizacional.

As médias gerais padronizadas apresentaram classificação média para os valores de profissionalismo cooperativo e valores associados à satisfação e bem estar dos servidores (quase baixa) e classificação baixa para valores e profissionalismo competitivo e individualista. Nas práticas organizacionais a dimensão relativa às práticas de integração externa obteve classificação alta, as práticas de promoção de relacionamento interno classificação média e as práticas de recompensa e treinamento classificação baixa.

Na figura 20 é detalhado o percentual das respostas por nível de classificação para cada dimensão da cultura organizacional, conforme percebido pelos profissionais do HUUFMA.

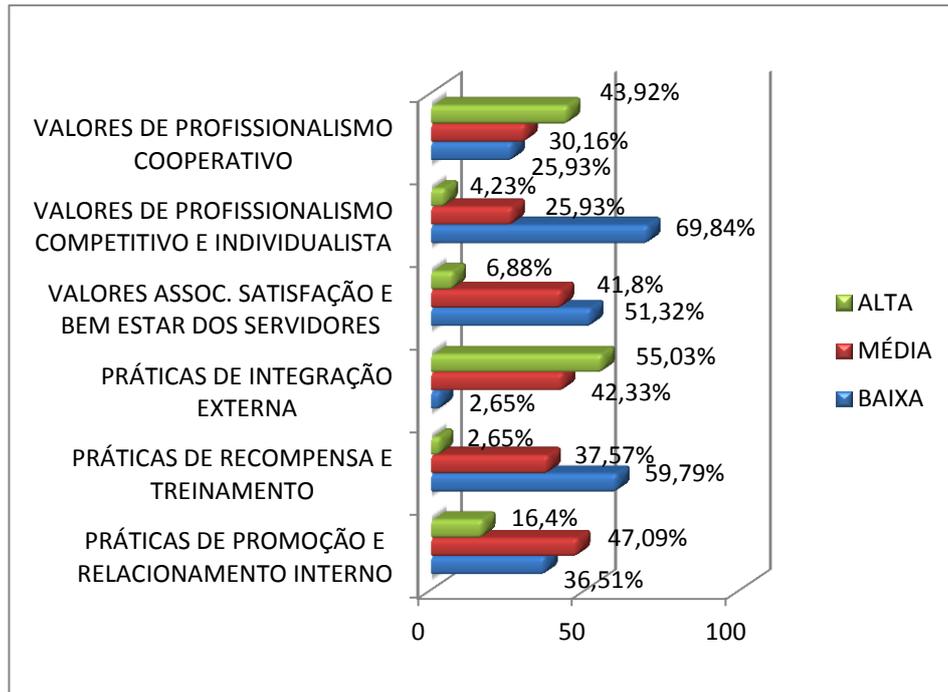


Figura 20 - Dimensões da cultura organizacional

Na figura 20 percebe-se que a maioria dos profissionais considera alto nível na dimensão valores de profissionalismo cooperativo. Este resultado evidencia que os servidores acreditam haver colaboração, iniciativa, dedicação e profissionalismo para o alcance dos objetivos comuns e das metas da organização.

Para a dimensão relativa aos valores de profissionalismo competitivo e individualista apresentou baixo nível. Esta dimensão aborda a valorização de habilidades e competências individuais no desenvolvimento de atividades negando a importância do trabalho coletivo, incentivando a competição e a falta de ética nas relações. Este resultado é favorável para a instituição, uma vez que, ajuda a manter o ambiente organizacional harmônico e agradável, tanto para os servidores quanto para os usuários.

Os valores associados à satisfação e bem estar dos servidores também apresentou baixo nível. Nesse caso os servidores reconhecem que a instituição está pouco preocupada com a humanização dos locais de trabalho, valorização do bem estar, satisfação e motivação de seus colaboradores.

Quanto às práticas organizacionais, a maioria dos servidores considera alto nível para práticas de integração externa, ou seja, as práticas realizadas pela instituição e que envolvem processos de tomada de decisão pelos gestores voltados ao planejamento estratégico e ao atendimento aos clientes externos.

Os servidores atribuíram nível baixo para as práticas de recompensa e treinamento, o que indica que a organização pouco adota as práticas de recompensa e treinamento dos profissionais ficando claro que estes realizam suas tarefas de acordo com a cultura imposta no momento de sua chegada à organização.

Quanto às práticas de promoção e relacionamento interno é evidenciado um nível médio configurando que a organização realiza, mesmo que de forma razoável, a promoção das relações interpessoais e maior coesão dos servidores.

Estudos realizados por Carvalho (2013) e Rocha (2014), que aplicaram o instrumento IBACO com 94 afirmativas aos enfermeiros no primeiro estudo e aos técnicos em enfermagem e enfermeiros no segundo estudo apresentaram resultados semelhantes ao presente estudo, conforme é demonstrado no quadro 10.

Autores Valores e Práticas	CARVALHO, 2013	ROCHA, 2014	MACAU, 2014
VPC	Aplica-se bastante	Aplica-se razoavelmente	Alto nível = aplica-se bastante a totalmente
VPCI	Aplica-se razoavelmente	Pouco se aplica	Baixo nível = pouco se aplica a não se aplica
VASB	Aplica-se razoavelmente	Pouco se aplica	Baixo nível = pouco se aplica a não se aplica
PIE	Aplica-se bastante	Aplica-se razoavelmente	Alto nível = aplica-se bastante a totalmente
PRT	Aplica-se razoavelmente	Pouco se aplica	Baixo nível = pouco se aplica a não se aplica
PRI	Aplica-se razoavelmente	Pouco se aplica	Médio nível = aplica-se razoavelmente

Quadro 10: Comparativo entre os estudos.

Apresentados os resultados do construto cultura organizacional na seção seguinte abordam-se os resultados do construto qualidade.

5.4.2 Qualidade

Esta seção aborda os resultados referentes ao construto qualidade. No quadro 11 estão apresentados os índices de confiabilidade interna *Alfa de Cronbach* geral e por dimensões do construto qualidade.

Dimensões	<i>Alfa Cronbach</i>	<i>Nº de itens</i>
Foco no cliente	0,550	3
Liderança	0,852	3
Envolvimento de pessoas	0,646	5
Abordagem sistêmica	0,746	3
Melhoria contínua	0,558	3
Qualidade geral	0,881	17

Quadro 11 - *Alfa cronbach* geral e por dimensões da qualidade.

Observa-se que os índices de confiabilidade interna das dimensões liderança, envolvimento de pessoas, abordagem sistêmica e geral da qualidade apresentam-se satisfatórios.

Na figura 21 estão apresentadas as médias gerais padronizadas de todas as respostas por dimensões da qualidade e suas respectivas classificações. Evidencia-se nesta figura classificação alta para foco no cliente e aos demais princípios classificação média.

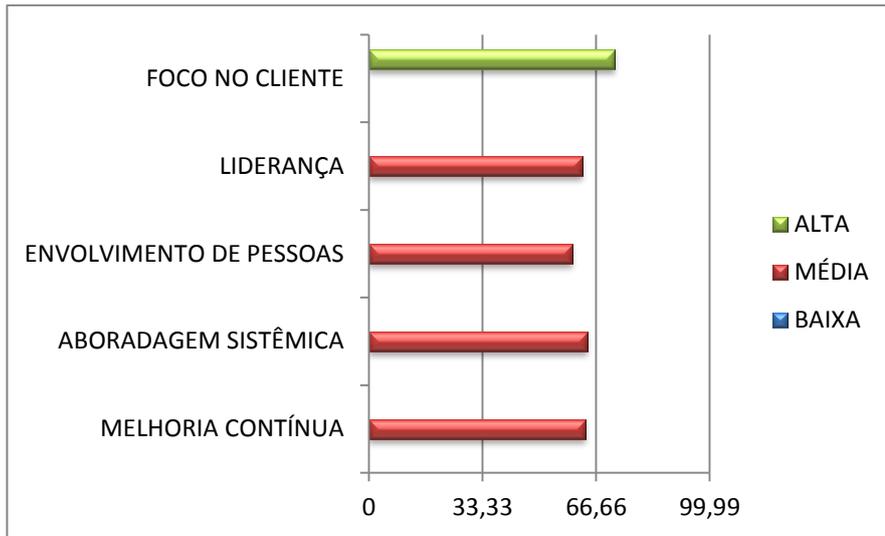


Figura 21 - Médias gerais e classificação das dimensões qualidade.

Na figura 22 estão apresentados os percentuais das respostas e as classificações em relação às médias padronizadas para as dimensões do construto qualidade. Os resultados demonstram que a maioria dos pesquisados consideram nível alto para as dimensões relativas ao envolvimento de pessoas e foco no cliente e nível médio para demais.

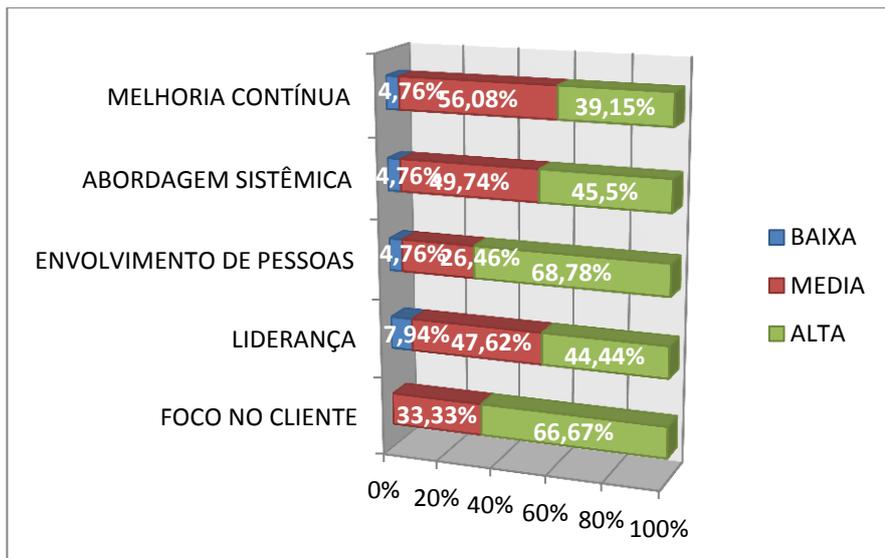


Figura 22 - Dimensões da Qualidade

De modo geral, os pesquisados reconhecem em suas práticas todos os princípios da qualidade sendo enfatizado o envolvimento de pessoas e o foco no cliente, os quais contribuem fortemente para a integração das pessoas em torno de um objetivo comum que é a satisfação do cliente.

5.4 Relação da cultura organizacional e qualidade

Com a finalidade de relacionar os elementos da cultura organizacional aos princípios da ISO 9001:2008 percebidos pelos servidores dos HUUFMA calculou-se o coeficiente de Correlação de *Pearson* que indica a existência de associação positiva ou negativa entre os construtos. Segundo Hair et al (2005) este coeficiente varia de -1,00 a +1,00 e tem a finalidade de mensurar a associação linear entre duas variáveis métricas, de modo que quanto mais próximo de 1, maior é o nível de associação entre as variáveis.

No quadro 12 está apresentada a matriz de correlação entre as dimensões dos construtos Cultura Organizacional e Qualidade.

		SIGNIFICÂNCIA												
		FC	LID	EP	AS	MC	QUA	VPC	VPCI	VASB	PIE	PRT	PRI	CUL
CORRELAÇÃO	FC	1,0000	p=,000	p=,000	p=,000	p=,000	p=,689	p=,000	p=,113	p=,123	p=,000	p=,023	p=,002	p=,000
	LID	,3464	1,0000	p=0,00	p=0,00	p=,001	p=,063	p=,000						
	EP	,4356	,6128	1,0000	p=0,00	p=0,00	p=,046	p=,000	p=,002	p=,000	p=,000	p=,000	p=,000	p=,000
	AS	,3645	,5956	,5620	1,0000	p=0,00	p=,021	p=,000	p=,036	p=,000	p=,000	p=,000	p=,000	p=,000
	MC	,5012	,4481	,6744	,5200	1,0000	p=,008	p=,000	p=,025	p=,000	p=,000	p=,000	p=,000	p=,000
	QUA	-,0293	-,1354	-,1451	-,1682	-,1913	1,0000	p=,673	p=,750	p=,092	p=,897	p=,516	p=,631	p=,460
	VPC	,2715	,4707	,4306	,3604	,3767	-,0308	1,0000	p=,000	p=0,00	p=0,00	p=0,00	p=0,00	p=0,00
	VPCI	,1156	,1158	,2229	,1530	,1633	-,0233	,5205	1,0000	p=0,00	p=0,00	p=0,00	p=0,00	p=0,00
	VASB	,1125	,4443	,4524	,3509	,3769	-,1230	,6611	,4723	1,0000	p=0,00	p=0,00	p=0,00	p=0,00
	PIE	,3629	,4683	,4625	,4570	,4612	-,0095	,6043	,4020	,4654	1,0000	p=0,00	p=0,00	p=0,00
	PRT	,1656	,3915	,3961	,2596	,3159	-,0475	,6596	,6107	,7910	,5150	1,0000	p=0,00	p=0,00
	PRI	,2240	,5247	,5033	,4031	,3533	-,0352	,7178	,4724	,7249	,5285	,7061	1,0000	p=0,00
	CUL	,2555	,4907	,5010	,4030	,4153	-,0541	,8565	,7141	,8485	,7119	,8760	,8605	1,0000

Correlação fraca
 Correlação moderada
 Correlação forte

Quadro 12 – Matriz de correlação e significâncias da Cultura Organizacional e Qualidade

De modo geral, é possível constatar no quadro 12, que a maior parte das correlações entre os construtos foram associações positivas, o que indica haver relação direta entre estas.

Acerca da cultura organizacional, observa-se que esta se relacionou positiva e fortemente com todas as suas dimensões integradoras, com resultados acima de 0,7. Porém, ao correlacionar a cultura organizacional com as dimensões da qualidade apresentou associações positivas e moderadas com exceção de foco no cliente que apresentou associação fraca como mostra de forma resumida a figura 23.

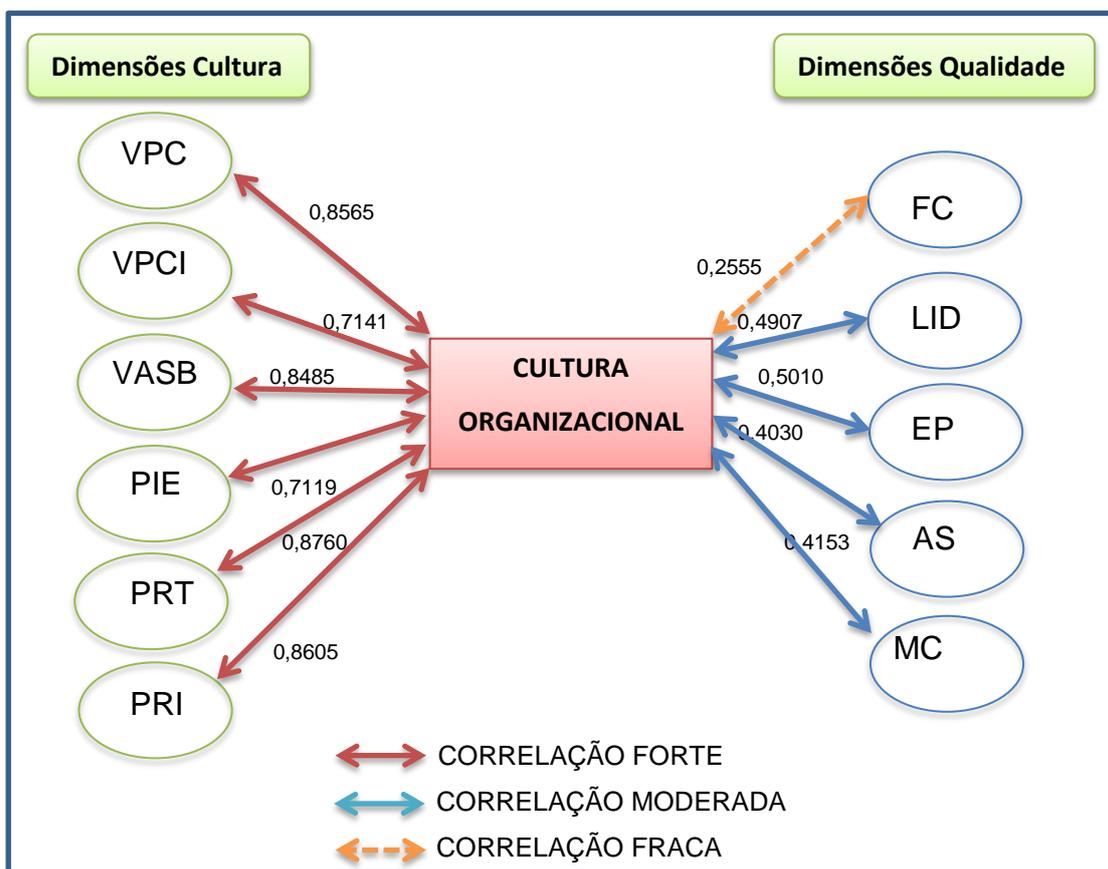


Figura 23 - Correlações do construto cultura organizacional, suas dimensões e as dimensões da qualidade.

Em relação ao construto qualidade constata-se correlação negativa e fraca com suas dimensões. As dimensões entre si se relacionaram de forma positiva e moderada, com exceção das dimensões foco no cliente, abordagem sistêmica e liderança que se associaram de maneira fraca, conforme ilustra a figura 24.

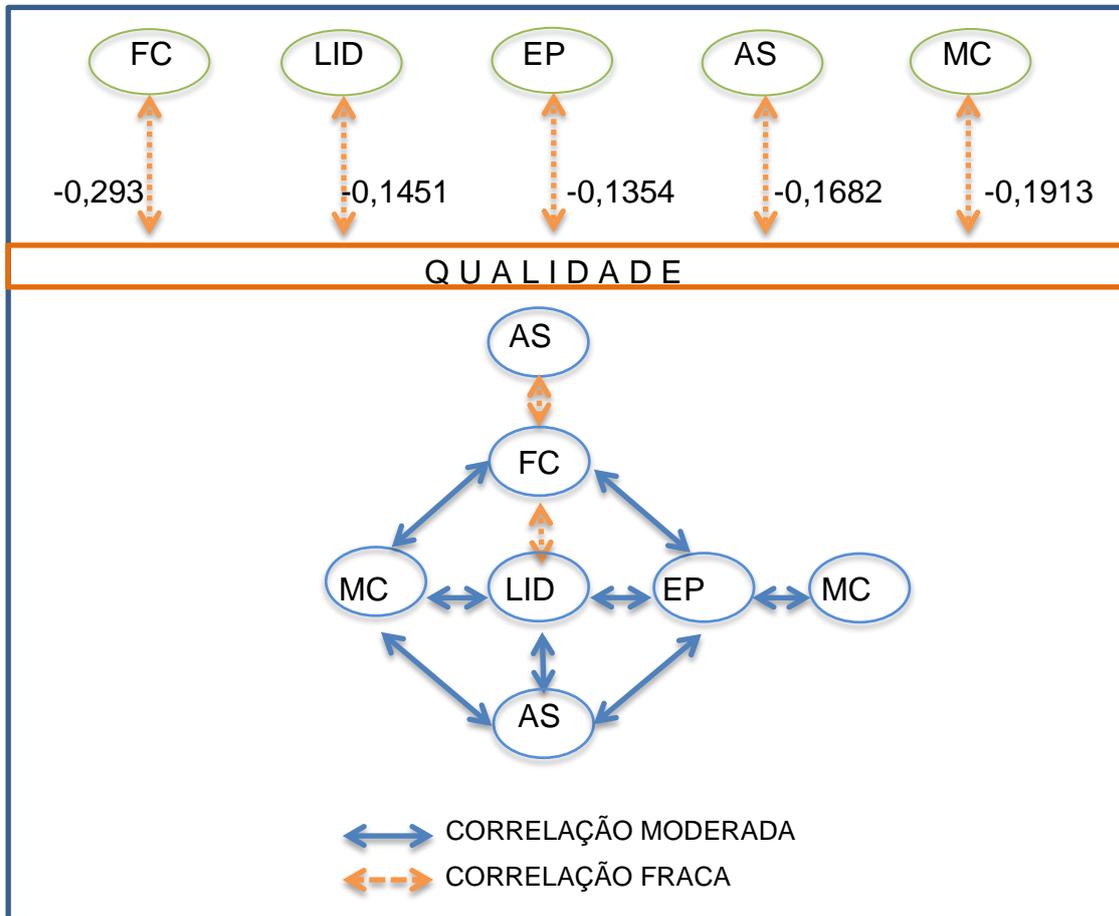


Figura 24 - Correlações entre as dimensões da qualidade

Correlacionando cada dimensão da cultura organizacional com as dimensões da qualidade destacam-se as associações moderadas dos valores de profissionalismo cooperativo, valores associados à satisfação e bem-estar dos servidores e as práticas de recompensa e treinamento com os princípios da qualidade liderança e envolvimento de pessoas. As práticas de integração externa associam-se moderadamente com todas as dimensões da qualidade exceto com o foco no cliente. As práticas de promoção de relacionamento externo também se associam de forma moderada com liderança, envolvimento de pessoas e abordagem sistêmica (FIGURA 25).

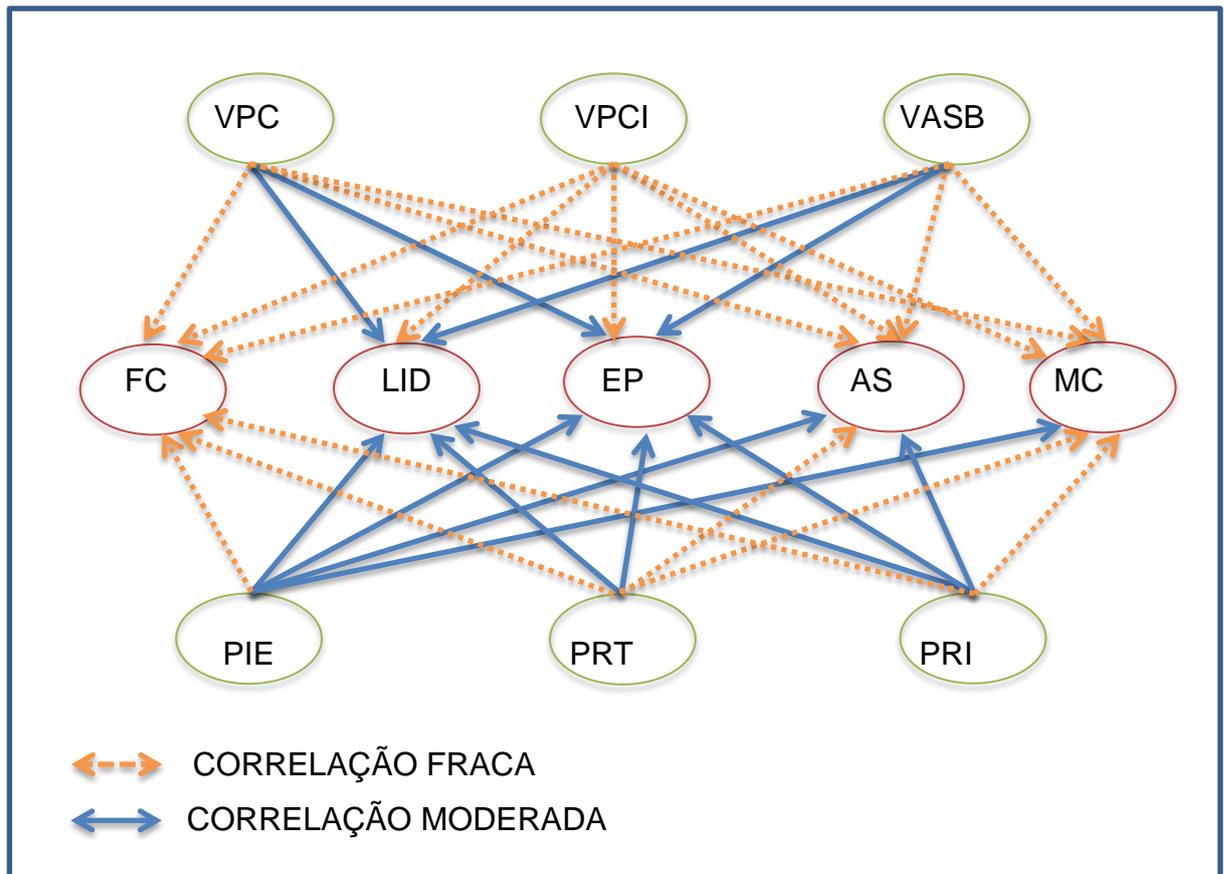


Figura 25 - Correlações das dimensões da cultura organizacional e dimensões qualidade.

Em síntese houve associações moderadas e positivas entre a maioria das dimensões excetuando-se foco no cliente que associou-se fracamente com todas as dimensões da cultura organizacional e valores de profissionalismo competitivo e individualista que associou-se fracamente com todas as dimensões da qualidade (FIGURA 9).

No próximo capítulo apresentam-se as considerações finais deste estudo enfocando os principais resultados e sugestões para estudos futuros.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa objetivou-se identificar elementos da cultura organizacional que influenciam nos princípios da qualidade ISO 9001/2008 na percepção dos profissionais em um Hospital Universitário. Para tanto desenvolveu-se uma pesquisa descritiva, correlacional e quantitativa

Inicialmente caracterizou-se o perfil dos respondentes da pesquisa em atendimento ao primeiro objetivo. Dentre os setores certificados destacaram-se com maior percentual de participantes da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Unidade de Terapia Renal Substitutiva e Unidade de Terapia Intensiva Cardiológica. A população é predominantemente do gênero feminino, idade compreendida entre 20 a 50 anos, maior percentual de pós-graduados e ensino médio, técnicos e auxiliares em enfermagem que desenvolvem atividades essencialmente assistenciais, e com tempo de serviço de 2 a 15 anos. Quanto ao tempo que desenvolve a qualidade destacou-se em maior percentual os que não souberam responder, porém afirmam conhecer a política de qualidade do hospital e que a cultura influencia diretamente na qualidade.

Em seguida evidenciaram-se as práticas de qualidade dos setores certificados do HUUFMA apresentando o Sistema de Gestão de Qualidade que define os processos de gestão e de serviços de apoio em atendimento aos requisitos gerais. Citou-se os procedimentos gerais estabelecidos pelo HUUFMA em cumprimento dos requisitos de documentação exigidos pela norma.

Ao caracterizar o construto cultura organizacional o estudo revelou que a maioria dos profissionais considera alto nível da dimensão valores de profissionalismo cooperativo e para as práticas de integração externa; médio nível para as práticas de promoção e relacionamento interpessoal; e baixo nível para valores de profissionalismo competitivo e individualista, para valores associados à satisfação e bem-estar dos servidores e às práticas de recompensa e treinamento.

Quanto à análise do construto qualidade evidenciou-se que os profissionais de saúde reconhecem em suas práticas todos os princípios da qualidade com foco maior para o princípio envolvimentos de pessoas e foco no cliente.

A análise de correlação entre os construtos cultura organizacional e qualidade revelou-se a existência de associações positivas para maioria das dimensões analisadas. As correlações entre as dimensões do construto cultura organizacional apresentaram-se associações fortes e positivas. Porém a correlação do construto cultura organizacional com as dimensões da qualidade apresentou associações positivas e moderadas com exceção do foco no cliente que apresentou associação fraca.

Ao correlacionar cada dimensão da cultura organizacional com as dimensões da qualidade evidenciou-se que houve associações moderadas e positivas entre a maioria das dimensões excetuando-se foco no cliente que associou-se fracamente com todas as dimensões da cultura organizacional e valores de profissionalismo competitivo e individualista que associou-se fracamente com todas as dimensões da qualidade.

E considerando que a cultura organizacional é fator determinante para o sucesso ou o fracasso do programa da qualidade este estudo apresentou aspectos fortes e fracos que influenciam positivo e negativamente na qualidade e que devem ser melhor trabalhados na instituição.

Primeiramente, destacam-se como aspectos fortes os valores de profissionalismo cooperativo e às práticas de integração externa em que os profissionais executam suas tarefas com espírito de colaboração, profissionalismo e capacidade de iniciativa por meio de ações de planejamento estratégico, tomada de decisões e atendimento ao cliente externo.

Em relação aos pontos fracos apontam-se os valores associados à satisfação e bem estar dos servidores e as práticas de recompensa e treinamento em que a instituição pouco se preocupa com a humanização do ambiente do trabalho, valorização do bem estar, satisfação e motivação dos mesmos; além de não adotar práticas de recompensa aos funcionários. Essas características culturais podem levar a insatisfação e desmotivação dos servidores à medida que suas necessidades e recompensa não são consideradas, impedindo o crescimento profissional e comprometendo diretamente na qualidade dos serviços prestados.

Outro ponto a ser destacado é o empenho dos gestores e a forma como a cultura de qualidade tem sido trabalhada entre os servidores; pois um percentual significativo da população do estudo não souberam responder a quanto tempo trabalham com a qualidade.

Dessa forma, os resultados apresentados confirmam que os objetivos propostos para este estudo foram alcançados o que possibilitou um maior conhecimento e compreensão quanto à cultura organizacional e às práticas de qualidade percebidas pelos profissionais do HUUFMA.

As limitações deste estudo referem-se à dificuldade de comparar os achados obtidos na presente pesquisa com outros estudos, principalmente ao correlacionar os construtos.

Ao finalizar este trabalho espera-se contribuir para o desenvolvimento de futuros estudos, bem como fornecer subsídios aos gestores dos hospitais, pesquisadores e demais interessados pela temática para elaboração de estratégias para melhor gerir a cultura organizacional em prol da qualidade na gestão.

REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR ISO 9000**: Sistema de gestão da qualidade: fundamentos e vocabulários. Rio de Janeiro: ABNT, 2005.
- ALCADIPANI, R.; CRUBELLATE, J. M. Cultura organizacional: generalizações improváveis e conceituações imprecisas. **Revista de Administração de Empresas**, v. 43, n. 2, p. 64-77, abr./jun. 2003.
- ALCÂNTARA, V. C., et al. Desenvolvimento de uma escala de avaliação da cultura organizacional para micro e pequenas empresas. **Revista da micro e pequena empresa**. Campo Lima Paulista, v 6, n 3, p. 36-57, set-dez, 2012.
- ALVES, V. L. S. **Gestão da qualidade**: ferramentas utilizadas no contexto contemporâneo da saúde. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2012.
- BANAS, F. Construindo um sistema de gestão da qualidade: baseado na norma ISO 9001:2008. São Paulo: Epse, 2010.
- BRASIL. Lei nº 9610, de 19 de fevereiro de 1998. Dispõe sobre a legislação de direitos autorais. Brasília, 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9610.htm
- BOUER, G. Qualidade: conceitos e abordagens. In: CONTADOR, J. C. (Org.). **Gestão de operações**: a engenharia de produção a serviço da modernização da empresa. São Paulo: Edgard Blucheher, 1997.
- BRADLEY, M. Starting total quality management from ISO 9000. **The TQM Magazine**, v.6, n.1, p.50-4, 1994.
- BUMESTER, H. **Gestão da qualidade hospitalar**. São Paulo: Saraiva, 2013. 296 p.
- CALORI, R.; SARNIN, P. Corporate culture and economic performance: a french study. **Organization Studies**, v. 12, n. 1, p. 49-74, 1991.
- CAMERON, K. S.; QUINN, R. E. **Diagnosing and Changing Organizational Culture**. 2. ed. [S. L .]: San Francisco, 2006.

CAMPOS, V. F. **TQC: controle de qualidade total** (no estilo japonês). Belo Horizonte: Fundação Christiano Ottoni, 1992.

CARPINETTI, L. C. R.; MIGUEL, P. A. C.; GEROLAMO, M. C. **Gestão da qualidade ISO 9001:2008: princípios e requisitos**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

CARVALHO, M. C.; et al. Valores e práticas de trabalho que caracterizam a cultura organizacional de um hospital público. **Texto e contexto enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 746-753, jul./set. 2013.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
Acesso em: 26 jan. 2013

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO. Instituições de saúde acreditadas/certificadas. Disponível em:
<http://cbacred.org.br/acreditacao/acreditacao/acreditacao-internacional.asp>.
Acesso em: 13 de fev. 2013.

CROSBY, P. B. **Qualidade é investimento**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1986.

COUTO, R. C.; PEDROSA T. M. G. **Hospital: acreditação e gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

CRUZ, S. G.; FERREIRA, M. M. F. Percepção da cultura organizacional em instituições públicas de saúde com diferentes modelos de gestão. **Revista de Enfermagem Referência**, Portugal, série 3, n. 6, mar. 2012.

DEMING, W. E. **Qualidade: a revolução da administração**. Rio de Janeiro: Marques-Saraiva, 1990.

DIAS, R.. **Cultura organizacional**. São Paulo: Alínea, 2003.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. [S.l.]: Oxford University Press, 2002

DSOUZA, S.; SEQUEIRA, A. H. **A critical analysis of service quality and performance through Malcolm Baldrige National Quality Healthcare Criteria: benefits and research directions.** 2012. Disponível em: <http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2018089> Acesso em: 29out. 2013.

FEIGENBAUM, A. V. **Controle da qualidade total.** São Paulo: Makron Books, 1994.

FELDMAN, L. B. **Como alcançar a qualidade nas instituições nas instituições de saúde:** critérios de avaliações, procedimentos de controle, gerenciamento de riscos hospitalares até a certificação. São Paulo: Martinari, 2004.

FERREIRA, M. C. et al. Desenvolvimento de um instrumento brasileiro para avaliação da cultura organizacional. **Estudos de Psicologia**, v. 7, n. 2, p. 271-280, 2002.

FLEURY, M. T. L.; FISCHER, R. M. **Cultura e poder nas organizações.** 2. ed. São Paulo: Atlas, 1996. 170 p.

FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE. **O Prêmio Nacional da Qualidade® (PNQ), concedido pela FNQ, constitui o maior reconhecimento público à excelência da gestão das organizações com sede no Brasil.** Disponível em: <http://www.fnq.org.br/avalie-se/pnq>. Acesso em: 12 de nov. de 2014.

FREITAS, A. B. Traços brasileiros para uma análise organizacional. In: MOTTA, F. C. P.; CALDAS, M. P. (Org.). **Cultura organizacional e cultura brasileira.** São Paulo: Atlas, 2010. p. 38-54.

FREITAS, M. E. **Cultura organizacional: formação, tipologias e impacto.** São Paulo: Makron, McGraw-Hill, 1991.

FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE. **Modelo de excelência da gestão.** São Paulo: FNQ, 2014.

GODEIRO, P. O. **A influência da cultura orgânica na adoção de práticas de qualidade seis sigma: um estudo exploratório no segmento de farmácia de manipulação do estado do Rio Grande do Norte.** 2008. 142 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Rio Grande do Norte, 2008.

HAIR, J. F.J. **Fundamentos de métodos de pesquisa em administração**. Porto Alegre: Bookman, 2005

HOFSTEDE, G. H. **Cultures and organizations: software of the mind**. 2nd. New York: Mc Graw Hill, 2005.

HUUFMA. **Manual da Qualidade**. São Luís, 2014. 18 p.

ISHIKAWA, K. **Controle da qualidade total**. Rio de Janeiro: Campus, 1993.

JURAN, J. M. **A qualidade desde o projeto: os novos passos para o planejamento da qualidade em produtos e serviços**. São Paulo: Cengage Learning, 2011.

LABBADIA, L. L. et al. O processo de Acreditação Hospitalar e a participação da enfermeira. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 83-87, abr. 2004.

LIMA, M. B. B.P. B. **A gestão da qualidade e o redesenho de processos como modelo de desenvolvimento organizacional em hospitais públicos universitários: o caso do Hospital das Clínicas da UNICAMP**. 2006. 193f. Dissertação (Mestrado em Engenharia Mecânica) – Univeridade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

LUCENA, L. M.; OLIVEIRA, J. A. Cultura organizacional em hospitais privados de Natal/RN. **Revista Pensamento Comtemporâneo em Administração**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 16-28, jan./abr. 2010. Disponível: <<http://www.uff.br/rpca/volume%208/cultura.pdf>>. Acesso em: 19/05/2013.

LUONGO, J. **Gestão da qualidade em saúde**. São Paulo: Rideel, 2011.

MACHADO, M.H.; VIEIRA, A. L. S.; OLIVEIRA, E. Construindo o perfil da enfermagem. **Enfermagem em Foco**, v. 3, n. 3, p. 119-122, 2012.

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2006. 720p.

MARANHÃO, M. **ISO série 9001 versão 2008: Manual de Implementação – passo a passo para solucionar o quebra cabeça da gestão**. 9. ed. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2001.

MELLO, C. H. P. et al. **ISO 9001:2008**: sistemas de gestão da qualidade para operações de produção e serviços. São Paulo: Atlas, 2009.

MEZOMO, J. C. **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos**. 1. ed. São Paulo: Loyola, 2001

MOLLER, C. **O lado humano da qualidade**: maximizando a qualidade de produtos e serviços através do desenvolvimento de pessoas. São Paulo: Pioneira, 1997.

MOTTA, F. C. P. Cultura e organizações no Brasil. In: MOTTA, F. C. P.; CALDAS, M. P. (Org.). **Cultura organizacional e cultura brasileira**. São Paulo: Atlas, 2010. p. 25-37.

MOURA, N. M. S.; COSTA, I. S.; SALLES, D.M.R. Impactos da implantação de um sistema de gestão da qualidade baseado em norma ISSO na cultura de laboratório no instituto nacional de tecnologia – INT. **Sustainable Bussiness International Journal**. Abril,2012.

ONA. **Manual brasileiro de acreditação**: manual das organizações prestadoras de serviços hospitalares. Brasília; ONA, 2010.

OTT, J. S. **The Organizational Culture Perspective**. Pacific Grove: Brooks/Cole Publishing Company, 1989.

PADOVEZE, C. L.; BENEDICTO, G. C. Cultura organizacional: análise dos impactos dos instrumentos no processo de gestão. **REAd.**, v. 11, n. 2, mar./abr. 2005. Disponível em: <http://www.read.ea.ufrgs.br/edicoes/pdf/artigo_323.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2013.

PASCHINI, S. **Estratégia**: alinhando cultura organizacional e estratégia de recursos humanos à estratégia de negócio – a contribuição efetiva de recursos humanos para a competitividade do negócio. Rio de Janeiro: Quality Mark, 2006.

PEREIRA, S. N. **Qualidade em saúde**: o papel dos sistemas de informação. 2009. 117f. Dissertação (Mestrado em Engenharia Biomédica) – Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2009.

PETTIGREW, Andrew M. On studying organizational cultures. **Administrative science quarterly**, v. 24, n. 4, p. 570-581, 1979.

PRATES, A. S., BARROS, B. T. O estilo brasileiro de administrar: sumário de um modelo de ação cultural brasileiro com base na gestão empresarial. In: MOTTA, F. C. P.; CALDAS, M. P. (Org.). **Cultura organizacional e cultura brasileira**. São Paulo: Atlas, 2010. p. 55-69.

QUINTO NETO, A. **Processo de acreditação**: a busca da qualidade nas organizações de saúde. Porto Alegre: Dacasa, 2000.

ROBBINS, S. P. **Comportamento Organizacional**. 9. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

ROCHA, A. E. et al. Sistema de Gestão de Qualidade: um desafio na gestão pública. **Revista do Hospital Universitário/UFMA**, São Luís, v. 9, n. 1, p. 30-34, 2008.

ROCHA, F. L. R. et al. A cultura organizacional de um hospital público brasileiro. **Revista escola de enfermagem. USP**, v.48, n.2, p.308-314, 2014.

ROUSSEAU, D. M. Assessing organizational culture: The case for multiple methods. In SCHNEIDER, B. (Org.). **Organizational climate and culture** San Francisco: Jossey-Bass, 1990. p. 153- 192.

SAMPIERE, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. **Metodologia da Pesquisa**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013. 624p.

SANTOS, N. M. B. F. **Cultura organizacional e desempenho**: pesquisa, teoria e aplicação. Lorena: Stiliano, 2000.

SCHEIN, E. H. **Cultura organizacional e liderança**. São Paulo: Atlas, 2009.

SIQUEIRA, M. M. M. et al. **Medidas do comportamento organizacional**: ferramentas de diagnóstico de gestão. São Paulo: Artmed, 2008.

TAMAYO, A. **Cultura e Saúde nas Organizações**. São Paulo: Artmed, 2004.

WALDMAN, D. The contribution of total quality management to a theory of work performance. **Academy of Management Review**, v.19, n. 3, p. 510-536, 1994.

APÊNDICE A – Questionário sócio demográfico e qualidade.

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

SETOR: _____

IDADE: _____

SEXO: M

F

ATIVIDADE:

1. CHEFIA/COORDENAÇÃO
 2. ASSISTENCIAL
 3. TÊC. ADMINISTRATIVO

FUNÇÃO:

1. MÉDICO
 2. ENFERMEIRO
 3. AUX./TÊC. ENFERMAGEM
 4. FARMACÊUTICO
 5. NUTRICIONISTA
 6. FISIOTERAPEUTA
 7. PSICÓLOGO
 8. AUX. ADMINISTRATIVO
 9. OUTROS

ESCOLARIDADE:

1. ENSINO FUNDAMENTAL
 2. ENSINO MÉDIO
 3. SUPERIOR
 4. PÓS-GRADUAÇÃO

TEMPO DE SERVIÇO NO HOSPITAL: _____

TEMPO DE SERVIÇO NO SETOR: _____

TEMPO QUE DESENVOLVE SUAS ATIVIDADES SEGUINDO OS PRINCÍPIOS DA QUALIDADE: _____

CONHECE A POLÍTICA DE QUALIDADE DESTE HOSPITAL? (1) SIM (2) NÃO (3) EM PARTE

A CERTIFICAÇÃO ISO 9001:2008 MELHOROU A QUALIDADE DOS SERVIÇOS NO HOSPITAL?

(1) SIM (2) NÃO (3) EM PARTE

A CULTURA INFLUENCIA NO DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DO HOSPITAL?

(1) SIM (2) NÃO (3) EM PARTE

NESTA SEÇÃO DE AFIRMATIVAS VOCÊ DEVERÁ ASSINALAR O GRAU EM QUE CADA UMA DELAS CARACTERIZA SUA ATUAÇÃO NAS ATIVIDADES DO HOSPITAL, EM UMA ESCALA DE 1 A 5, CONFORME É APRESENTADA a seguir:

1	2	3	4	5
Não se aplica de modo nenhum	Pouco se aplica	Aplica-se razoavelmente	Aplica-se bastante	Aplica-se totalmente

Tenho flexibilidade a adaptar-me às mudanças requeridas.

Matenho comunicação regular e eficaz com as pessoas.

Realizo minhas atividades buscando satisfazer as necessidades e expectativas dos clientes (pacientes).	
A liderança (gerentes e coordenadores do setor) encorajam seus colaboradores a focalizarem suas atividades nas necessidades e expectativas dos pacientes.	
Os líderes do setor transmitem a missão, visão e valores da instituição a sua equipe.	
A liderança do setor está ativamente envolvida com a gestão da qualidade.	
Valorizo mais a cooperação.	
Sinto-me motivado (a) para realizar minhas atividades nesta instituição.	
Participo ativamente das reuniões para melhoria dos serviços.	
Estou ativamente empenhado no desenvolvimento das atividades em prol da qualidade.	
Valorizo mais a competição.	
Tenho noção clara dos principais objetivos deste hospital	
Tenho conhecimento de todo o processo que envolve as atividades deste setor.	
Realizo as atividades conforme orientação dos POP's (Procedimento Operacional Padrão) e instruções normativas.	
Sempre participo das atividades de educação continuada (capacitação, treinamento...).	
Encara o problema, falha e dificuldade como oportunidade de melhoria.	
Aceita bem as mudanças para melhoria dos serviços.	

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do projeto: Cultura Organizacional e Gestão da Qualidade em um Hospital Universitário

Pesquisador responsável: Adriana de Jesus Macau **Orientadora:** Lúcia Rejane da Rosa Gama Madruga

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria

Telefone para contato (inclusive a cobrar): Adriana - (98) 88006894; Lúcia - (55) 91914026

Prezado(a) Senhor(a):

Você está sendo convidado (a) a responder às perguntas deste questionário de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder este questionário, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você se decidir a participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito. Esta pesquisa tem como objetivo Identificar as influências entre os elementos da cultura organizacional que impactam na implementação da certificação ISO 9001/2008. Sua participação nesta pesquisa consistirá apenas no preenchimento deste questionário, respondendo às perguntas formuladas que abordam cultura organizacional e qualidade. O preenchimento deste questionário não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica para você. As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma. Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre os temas abordados que possibilitará o desenvolvimento de práticas para aperfeiçoamento da gestão da qualidade.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

São Luís _____, de _____ de 2013.

Assinatura do pesquisado

Pesquisador Responsável

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009. Email: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br. Web: www.ufsm.br/cep

APÊNDICE C – Termo de Confidencialidade

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

TÍTULO DO PROJETO: CULTURA ORGANIZACIONAL E GESTÃO DA QUALIDADE EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Lúcia Rejane da Rosa Gama Madruga

INSTITUIÇÃO/DEPARTAMENTO: Universidade Federal de Santa Maria / Programa de Pós-Graduação em Administração

Local (ais) da coleta de dados: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos participantes cujos dados serão coletados por meio de questionário aplicados aos servidores do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão.

Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas no Prédio 74 C, sala 4307 do Programa de Pós-Graduação em Administração, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade da Pesquisadora Prof^a. Dra^a. Lúcia Rejane da Rosa Gama Madruga. Após esse período, os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em / / 2013, com o número do CAAE

_____.

Santa Maria (RS), 12 de dezembro de 2013.

Pesquisador Responsável

ANEXO A – Questionário IBACO.

Instrumento Brasileiro para avaliação da cultura organizacional - IBACO

Pesquisa para amostragem da Cultura Organizacional. Assinale o grau em que cada uma delas caracteriza sua empresa, em uma escala de 1 a 5, conforme mostrado abaixo:

1	2	3	4	5
Não se aplica modo nenhum	Pouco se aplica	Aplica-se razoavelmente	Aplica-se bastante	Aplica-se totalmente

Sua resposta deve refletir o que de fato acontece na empresa (hospital) e não a sua opinião ou grau de satisfação com o que ocorre. Responda por favor, a todas as questões não deixando nenhuma em branco. Obrigada!

No hospital que você trabalha...

01. Os empregados têm ampla liberdade de acesso aos diretores.	
02. O atendimento às necessidades do cliente é uma das metas mais importantes.	
03. As necessidades pessoais e o bem-estar dos funcionários constituem uma preocupação constante da empresa.	
04. Persegue-se a excelência de produtos e serviços como forma de satisfazer aos clientes.	
05. Os empregados que apresentam ideias inovadoras costumam ser premiados.	
06. Investe-se no crescimento profissional dos empregados.	
07. O acompanhamento e atendimento das necessidades dos clientes são feitos constantemente.	
08. Mantêm-se relações amigáveis com os clientes.	
09. Os chefes imediatos são como uns pais para os empregados.	
10. Os empregados recebem treinamento para poderem desenvolver sua criatividade.	
11. Os empregados são premiados quando apresentam desempenho que se destaca dos demais.	
12. Programas para aumentar para aumentar a satisfação dos empregados são desenvolvidos.	
13. É prática comum a comemoração dos aniversários pelos empregados.	
14. A preocupação do empregado com a qualidade do seu serviço	

é bem vista	
15.As inovações são em geral introduzidas para atender às necessidades do mercado.	
16. Eventos sociais com distribuição de brindes são comumente realizados para os empregados.	
17. O esforço e a dedicação ao trabalho são qualidades bastante apreciadas.	
18. Programas destinados a melhorar o bem-estar dos empregados são implantados e testados.	
19. O profissionalismo dos empregados é visto como uma grande virtude.	
20. As relações entre empregados e membros do alto escalão são cordiais e amigáveis.	
21. A preocupação em superar as dificuldades do dia-a-dia é vista como de grande valor.	
22. Os empregados que demonstram dedicação e espírito de colaboração são os melhores modelos a serem seguidos.	
23. Somente os bons empregados recebem benefícios que lhes garantem um melhor bem-estar.	
24. A criatividade é um dos requisitos básicos para a ocupação de cargos gerenciais.	
25.O crescimento profissional é considerado indispensável a permanência do empregado na casa.	
26.As inovações costumam ser introduzidas através de programas de qualidade.	
27. Os empregados se relacionam como se fosse uma grande família.	
28. Os empregados costumam ser premiados quando alcançam metas pré-estabelecidas.	
29. A competição é valorizada, mesmo que de forma não sadia por que o objetivo da empresa é a produtividade e o lucro.	
30. A competição é vista como indispensável à obtenção de bons resultados.	