

---

## A disseminação de informações como fator determinante nos processos de implantação de programas de Qualidade Total

---

Claudio Eduardo Ramos Camfield \*  
Édio Polacinski \*\*  
Leoni Pentiado Godoy \*\*\*  
Vanessa Binotto \*\*\*\*

---

### Resumo

Este trabalho apresenta o resultado de um estudo realizado em uma Instituição Pública de Saúde, de caráter militar, na região central do Rio Grande do Sul, tendo como principal objetivo analisar a influência da disseminação de informações nos processos de implantação de programas de Qualidade Total. A pesquisa foi desenvolvida com a participação dos colaboradores e da alta gerência da organização, com a finalidade de identificar o nível de envolvimento destes no processo de implantação. Concluiu-se que os colaboradores da organização não participam na totalidade, nem ativamente do programa. Isso se deve por falta e até falha de comunicação da equipe de implantação, como também pelo fato da equipe não priorizar os sistemas mais adequados de comunicação, dificultando, assim, a disseminação das informações para o resto da organização.

Palavras-chave: Instituição Pública de Saúde. Qualidade Total. Disseminação das informações.

- 
- \* Professor do Curso de Graduação em Administração da Unifra; ccamfield@unifra.br  
\*\* Doutorando em Engenharia de Produção pela Ufsc; edio.pk@gmail.com  
\*\*\* Professora do Curso de Pós-graduação em Engenharia de Produção da UFSM; leoni@smail.ufsm.br  
\*\*\*\* Aluna Especial do Curso de Pós-graduação em Engenharia de Produção da UFSM; vbinotto@terra.com.br

## 1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, tem-se observado um crescente interesse na busca da qualidade, a qual deixou de ser uma preocupação apenas das grandes empresas industriais e passou a constituir-se em uma oportunidade de melhoria de *performance* para toda e qualquer organização.

Em virtude do Código de Defesa do Consumidor, instituído pela Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, a sociedade está cada vez mais exigente e seletiva quanto à qualidade dos produtos e serviços ofertados por toda e qualquer empresa e/ou instituição, seja esta de qualquer natureza ou finalidade, fazendo valer os direitos de quem recebe o serviço e/ou produto.

Diante dessa realidade, o serviço de saúde vem sendo pressionado para a melhoria da qualidade em relação à saúde pública, tanto pelo governo quanto pelos usuários, os quais exigem garantia da qualidade dos serviços e menores custos. Assim, para que se possa atender ao nível de qualidade exigido pelos clientes, é necessária integração dos colaboradores da organização, porque estes são os principais agentes na busca da Qualidade Total, pois é por intermédio deles que se conseguirá a qualidade dos recursos existentes.

Logo, a organização que busca obter sucesso necessita de um sistema de comunicação interno eficiente e eficaz, em que a disseminação do conhecimento por meio de informações possa obter uma coordenação e oportunizar a participação de todos no programa de gestão pela Qualidade Total.

Nesse sentido, Angeloni (2002) comenta que o compartilhamento do conhecimento é a principal atividade dentro das organizações, sendo que estas precisam criar oportunidades de tornar público o conhecimento privado, a fim de que este se torne mais efetivo na organização.

Sendo assim, a organização que está implantando um programa de Qualidade Total deve prover os meios adequados para que essas informações que geram conhecimento a respeito do programa utilizem sistemas eficazes, a fim de permitir que todos os colaboradores participem e sejam comprometidos com o programa, gerando novas idéias e sugestões.

Dessa forma, buscou-se, por meio desse estudo, analisar a influência da disseminação de informações nos processos de implantação de programas de Qualidade Total em um hospital militar público. Para isso, procurou-se identificar os pontos críticos de comunicação, analisaram-se as práticas e instrumentos de comunicação que poderiam influenciar na disseminação do programa dentro da organização, bem como, saber se os funcionários participam ou não do programa.

## 2 METODOLOGIA

O presente trabalho é de natureza exploratório-interpretativa, visto ir ao encontro de seu objetivo geral, em que, inicialmente, procurou-se descobrir e explicitar qual a influência da disseminação de informações nos processos de implantação de programas de Qualidade Total em um hospital militar público. Para isso, foi necessário, também, realizar algumas análises nos pontos críticos da comunicação, nas práticas e instrumentos de comunicação que poderiam influenciar na disseminação de um programa de qualidade dentro de uma organização e na participação dos funcionários.

O estudo classifica-se, também, em pesquisa bibliográfica, pois conforme afirmou Martins (2000, p. 11) “[...] a leitura é uma das maneiras mais utilizadas para se conhecer a realidade.” Procurou-se recolher, selecionar, analisar e interpretar as contribuições teóricas já existentes, de modo a aperfeiçoar os conhecimentos dos autores, com vistas a garantir o sucesso da aplicação prática na instituição.

Caracteriza-se, também, como estudo de caso, pois esta pesquisa tem como objetivo primordial investigar um fenômeno no contexto de um ambiente Militar, Hospital Público situado na cidade de Santa Maria – RS. Para isso, ela utilizou como referência Yin (2001, p. 32) e comenta que:

[...] um estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de um contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos.

## 2.1 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Nos pressupostos do estudo científico, pode-se dizer que há dois grandes métodos de pesquisa: o quantitativo e o qualitativo. Esses dois métodos de pesquisa não se diferenciam só pela sistemática pertinente a cada um deles, mas, especialmente, pela forma de abordagem do problema. Com isso, é necessário enfatizar que o método precisa estar apropriado ao tipo de estudo que se deseja fazer, mas é a natureza do problema ou seu nível de aprofundamento que de fato determina a escolha do método. (RICHARDSON, 1999).

No método qualitativo não se aplica ferramentas estatísticas, enquanto que, no método quantitativo utiliza-se destas para analisar e interpretar os dados levantados no processo.

Diante disso, a pesquisa utilizou os dois métodos (qualitativo e quantitativo). A abordagem qualitativa foi realizada, uma vez que o estudo tem natureza exploratório-interpretativa, visando a captar perspectivas e interpretações das pessoas a respeito de uma realidade vivenciada. Nesse ponto, Raffel (2001 apud MALHOTRA, 2001) sustenta que a pesquisa qualitativa proporciona a compreensão fundamental da linguagem, das percepções e dos valores das pessoas. É essa pesquisa que, mais frequentemente, nos capacita a decidir quanto às informações que devemos ter para resolver o problema de pesquisa e saber interpretar adequadamente a informação

Assim, a pesquisa realizou-se por meio de um diagnóstico da comunicação interna, por meio de observações no ambiente hospitalar, seguido de uma pesquisa documental, uma entrevista com a alta gerência e na elaboração do instrumento de pesquisa (questionário) para aplicação *posteriori* com os servidores em geral.

Já a abordagem quantitativa ficou caracterizada tanto na delimitação da amostra, em que foram aplicados os questionários quanto na tabulação destes para futuras análises. Assim, foram destinados a uma amostragem de 50% dos servidores, excluindo-se as chefias; posteriormente, foram distribuídos de forma proporcional e estratificados a um público composto por 31% de cabos/soldados, 26% de servidores civis,

18% de subtenentes/sargentos e 25% de oficiais. Objetivou-se estratificar o público interno por relevar fatores que os distinguem significativamente. As peculiaridades desse público encontram-se, principalmente, em relação ao modo de ingresso e permanência na organização, salários, grau de escolaridade, estatutos (servidores civis têm seu próprio estatuto) entre outras.

## 3 QUALIDADE TOTAL

Para melhor compreensão do leitor, faz-se necessário uma abordagem sobre o que é qualidade para a *posteriori* desmistificar a Qualidade Total; assim, discorrem-se esses temas por meio da visão de alguns dos principais teóricos no assunto.

Para Deming (1990), qualidade é qualquer coisa que o cliente necessita ou deseja, e que deve ter um grau previsível de uniformidade, baixo custo e adequação ao mercado. O autor destaca a necessidade de existir uma interação constante entre pesquisa, projeto, produção e venda para satisfazer o cliente.

Na concepção de Crosby (1992), a qualidade significa conformidade com as especificações e se origina da prevenção, em que o padrão de desempenho de qualidade é o “zero defeito”, e a medida é o preço da não-conformidade. Observa-se que o autor desenvolveu os 14 passos para a melhoria da qualidade, uma importante contribuição para a área.

Juran (1993), por sua vez, conceitua a qualidade como adequação ao uso. Diz que o gerenciamento da qualidade está constituído por três processos: planejamento, controle e melhoria, os quais constituem os pilares da “Trilogia de Juran”. Ressaltam-se outras contribuições significativas do autor: o diagrama da tripla atuação e o roteiro do planejamento da qualidade. O autor acreditava, também, que os colaboradores deveriam participar do planejamento da qualidade, e a eles deveriam ser feitas delegações de experiências de autocontrole e auto-inspeção.

Quanto à introdução do termo Controle da Qualidade Total, segundo Feigenbaum (1994), caracteriza-se como uma filosofia de compromisso com a excelência, a qual deve estar difundida em toda a organização para satisfazer aos desejos dos clientes. Em seu entendimento, a Qualidade Total passa a ser um modo de gerenciamento que tem impacto em toda a

organização. Feigenbaum (1994) apresentou outras várias contribuições: os “dezenove passos para o resultado da qualidade” e, também, “os quatro pecados mortais.”

Lobos (1991) salienta que só existirá Qualidade Total quando as ações ensinadas por todas as pessoas em uma organização, no sentido de cumprir os requisitos dos clientes, a tornam plena, preventiva, proprietária, permanente e progressiva. Cabe salientar, nesse mesmo sentido, Drügg e Ortiz (1994), os quais afirmam que o desafio da Qualidade Total é, fundamentalmente, a mobilização de todos os Recursos Humanos no processo de sensibilização e capacitação para a busca da excelência.

Para Campos (1992), controle total é aquele exercido por todas as pessoas da empresa, de forma harmônica (sistêmica) e metódica, esta baseada no ciclo *Plan, Do, Check, Act* (PDCA). É o verdadeiro objetivo de qualquer organização humana: satisfazer às necessidades de todas as pessoas. Logo, *Total Quality Control* (TQC) é o controle exercido, por todas as pessoas, para a satisfação das necessidades de todos. Para isso, surge a necessidade de um acompanhamento sistemático de indicadores de desempenho, prioridade em qualquer organização. Assim, a Qualidade Total – processo que visa o aperfeiçoamento contínuo da organização – por meio de avaliações contínuas acabou se tornando uma ferramenta muito utilizada em instituições de saúde.

Destaca-se que o controle da Qualidade Total proporciona a base fundamental da motivação positiva da qualidade a todos os funcionários e representantes da empresa, desde a alta gerência – operadores de montagem, pessoal do escritório, vendedores até a equipe de assistência técnica. A capacidade considerável desse controle total é uma das forças principais da empresa para a obtenção de produtividade total significativamente aperfeiçoada. (FEIGENBAUM, 1994).

É importante observar que a Qualidade Total apresenta duas correntes similares, porém diferenciadas do TQC. A visão japonesa, difundida principalmente por Kaoru Ishikawa, conhecida como *Company Wide Quality Control* (CWQC) – controle da qualidade por toda a empresa ou controle da qualidade amplo empresarial e a visão norte americana do TQC estabelecida, principalmente, por Armand Feigenbaum citado por Carvalho e Paladini (2005).

Em essência, o TQC japonês tem como requisitos o envolvimento de todas as áreas funcionais nas atividades direcionadas à obtenção da qualidade, além da melhoria da qualidade e utilização de métodos estatísticos. Também, o modelo japonês caracteriza-se pelo envolvimento e comprometimento de todos os funcionários, aliado ao apoio da alta direção da empresa.

Outro ponto central do TQC japonês é o gerenciamento pelas diretrizes (também conhecido como *Hoshin Kanri*) que direciona o foco organizacional às metas da organização por meio do desdobramento dessas metas, do envolvimento e da autonomia dos funcionários na gestão das atividades diárias da organização. Observa-se que o gerenciamento pelas diretrizes é baseado no ciclo PDCA, utilizando-se de um sistema integrado de procedimentos que encorajam os funcionários a analisarem as situações, estabelecerem planos de melhoria e tomarem as ações apropriadas, seja para correção, seja para progresso mais acentuado.

Já na visão americana do TQC há outra ênfase, mais voltada como um sistema eficaz para integrar a manutenção da qualidade e os esforços de melhoria dos vários grupos na organização, de modo a possibilitar a produção em níveis mais econômicos, permitindo alcançar a completa satisfação dos clientes. Nesse sentido, todos os departamentos em uma empresa têm alguma responsabilidade para alcançar a qualidade.

Carvalho e Paladini (2005) destacam outra percepção em relação ao TQC americano: que o programa deve ser conduzido por especialistas. Em contrapartida, o japonês, não dá exclusividade a estes. De qualquer modo, existem algumas diferenças entre a linha de pensamento japonesa e a americana sobre o que vem a ser o TQC, embora, em essência, o conceito seja muito similar.

Nesse sentido, no Japão é notório um maior envolvimento e comprometimento dos funcionários nas atividades de gestão da qualidade. Por outro lado, nos Estados Unidos existe muita ênfase à aplicação de métodos e técnicas associadas à qualidade, a maior preocupação é com a detecção dos problemas e segregação dos produtos com defeitos; no Japão, as empresas desenvolvem processos capazes de detectar e evitar os problemas. Alguns autores defendem, inclusive, que essa diferença pode ser explicada por fatores políticos e culturais diferenciados entre esses dois povos.

Finalmente, segundo Carvalho e Serafim (1995), no Brasil, o conceito de Qualidade Total foi introduzido em virtude da visão de Israel Vargas, que, quando responsável pela secretaria de tecnologia do Ministério da Indústria e Comércio, enviou professores a todo o mundo, a fim de escolher o sistema de gerência industrial que mais se aplicasse à realidade brasileira. O processo escolhido foi o TQC japonês.

Conforme relata Carvalho e Paladini (2005), a evolução do TQC resultou no TQM, termo que surgiu a partir da metade da década de 1980. A idéia central do TQM é que a qualidade esteja presente na função de gerenciamento organizacional, em uma tentativa

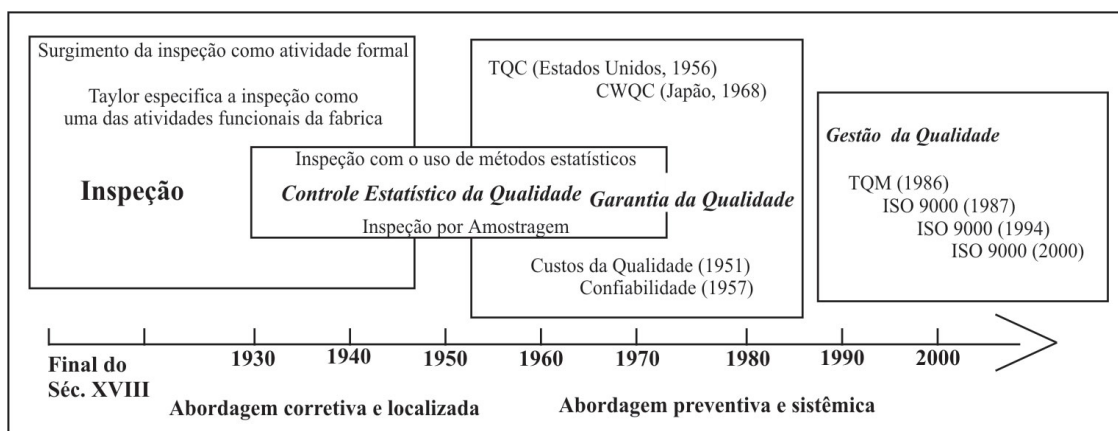
de ampliar seu foco, não se limitando às atividades inerentes ao controle.

Comparativamente ao TQM, o TQC não inclui alguns elementos que são parte dos princípios do TQM, por exemplo, o relacionamento com os fornecedores. Do final da década de 1980 até meados da década de 1990, diversos estudos indicaram elementos considerados como fatores críticos, que devem estar presentes no TQM. Os elementos mais comuns nos estudos, e respectiva descrição, são mostrados no Quadro 1.

Segundo Carvalho e Paladini (2005), o TQM é uma evolução da qualidade ao longo do tempo. Essa evolução é ilustrada no Esquema 1.

Elementos	Descrição
Liderança e apoio da alta direção	Prover liderança no processo de mudança, exemplaridade e motivação da força de trabalho da organização. Deve, também, promover e estimular as práticas e abordagens direcionadas ao TQM.
Relacionamento com os clientes	Concentrar as atividades com foco nos clientes e estabelecer canais de comunicação, visando a levantar suas necessidades e níveis de satisfação, promovendo entendimento sobre os clientes.
Gestão da força de trabalho	Aplicar os princípios de gestão de recursos com base em um sistema de trabalho em equipe e com <i>empowerment</i> , processos de recrutamento e seleção e capacitação e treinamento.
Relação com os fornecedores	Utilizar práticas de seleção e qualificação de fornecedores, bem como meios de medição de desempenho. Estabelecer relação de longo prazo com os fornecedores, visando à colaboração mútua, além de buscar melhoria da qualidade dos produtos.
Gestão por processos	Definir os processos-chave da organização, promover práticas preventivas, auto-inspeção, utilizando planos de controle e utilização de métodos estatísticos na produção.
Projeto de produto	Envolver todas as áreas funcionais no processo de desenvolvimento de produto, visando a desenvolver um produto que venha a satisfazer aos requisitos dos clientes.
Fatos e dados da qualidade	Disponibilizar os dados e informações relativas à qualidade como parte de um sistema de gestão transparente e de fácil visualização. Registros sobre indicadores da qualidade, incluindo índices de refugo, retrabalho, dados de garantia e custos da qualidade.

Quadro 1: Elementos do TQM  
Fonte: adaptado de Carvalho e Paladini (2005).



Esquema 1: Fases da evolução da qualidade  
Fonte: adaptado de Carvalho e Paladini (2005).

A intenção é mostrar que a qualidade vem evoluindo de forma mais intensiva ao longo das últimas décadas desde o final do século XVIII. As fases evolutivas compreendem uma maior ênfase em: inspeção, controle estatístico da qualidade e garantia da qualidade, chegando, finalmente, à gestão da qualidade. É importante notar que essas fases não são excludentes, e sua delimitação temporal é aproximada.

Complementando as fases evolutivas da qualidade (Esquema 1), o Fluxograma 1 ilustra a visão do TQM. A idéia do Fluxograma 1 é ilustrar que as atividades inerentes à inspeção estão presentes no controle da qualidade, que, por sua vez, estão inseridos na garantia da qualidade, e todos fazem parte da gestão da Qualidade Total.

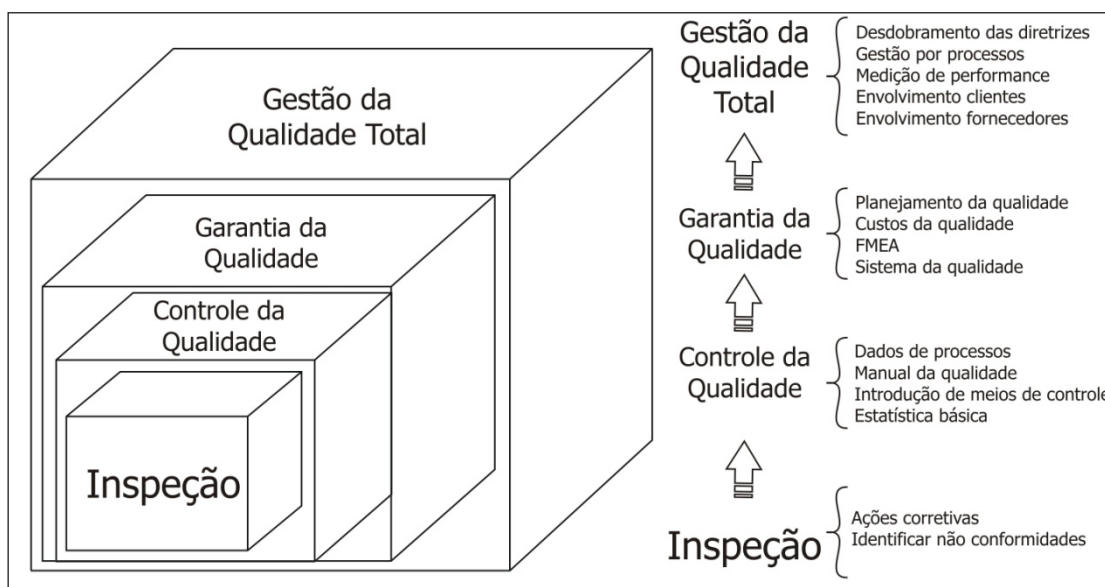
Observa-se, assim, que a Qualidade Total é bastante ampla, envolvendo não somente diversas áreas funcionais das organizações, mas também, diferentes conceitos, que vão desde a liderança até os meios de controle nos processos produtivos, sejam estes de manufatura ou de serviços.

Admitindo uma nova necessidade, a de incorporar os diversos interesses dos *stakeholders* (partes interessadas) de uma organização na busca da excelência em desempenho, surgiu mais uma evolução no conceito da Qualidade Total. Saliente-se que, em um passado não muito distante, o acionista ou proprietário da organização, era a maior parte interessada em seu desempenho, para o qual era dada a maior atenção

e importância. Isso não significa que, atualmente, ele não mais seja importante, uma vez que o equilíbrio financeiro de uma organização é um fato que assegura a continuidade de sua existência. (CARVALHO; PALADINI, 2005).

A alteração nesse enfoque, ocorrida há alguns anos, considera, hoje, outros indivíduos, grupos de indivíduos, ou seja, agentes interessados no desempenho de uma organização. Isso ocorre pelo fato de não ser suficiente que uma organização concentre seus esforços somente no desempenho financeiro. Na verdade, o enfoque atual deve considerar que uma organização é constituída, basicamente, por pessoas e processos e deve ser estruturada em função das demandas e dos atendimentos das necessidades desses seus diversos agentes internos e externos.

Os agentes internos e externos são, geralmente, apresentados pelos próprios acionistas, ou proprietários, citados anteriormente, pelos clientes da organização, pela força de trabalho, pelos fornecedores e pela comunidade e sociedade. A comunidade pode ser entendida como a parcela que recebe as ações da organização local, enquanto a sociedade tem um sentido mais amplo, ou seja, amplia a abrangência das ações da organização ou dos efeitos decorrentes dessas ações. Esse conceito de agentes internos e externos ou, em outras palavras, das partes interessadas no desempenho de uma organização, é sintetizado no termo *stakeholders*.



Fluxograma 1: Visão evolutiva para TQM  
 Fonte: adaptado de Carvalho e Paladini (2005).

Conforme Carvalho e Paladini (2005), depois do TQM surgem os modelos de excelência em desempenho, os quais compõem um prêmio da qualidade, de nível nacional, e visam a avaliar a gestão de uma organização com relação às práticas de gestão utilizadas e os resultados organizacionais, de forma direcionada, para atender às necessidades de seus *stakeholders*. Esses modelos estabelecem um conjunto de critérios e itens que a organização deve cumprir por meio de suas práticas que conduzem a resultados de excelência.

Logo, as organizações provenientes de quaisquer setores econômicos, industriais ou de serviços, públicas ou privadas, descrevem, por meio de um relatório de gestão, as práticas organizacionais que são empregadas, de modo a atenderem aos critérios e itens dos modelos de excelência. Esse relatório de gestão é avaliado por especialistas que trabalham voluntariamente no processo de avaliação por meio de uma atribuição de pontuação dos critérios e itens, individualmente.

Observa-se que, além da redação de comentários que descrevem os pontos fortes e as oportunidades de melhoria para a organização, as organizações têm, posteriormente, um retorno em forma de relatório de avaliação, podendo ou não, serem premiadas. A premiação funciona como um reconhecimento das práticas de gestão utilizadas pelas organizações que atingem determinada pontuação, destacando-se pela excelência e alto desempenho.

Por fim, percebe-se que no Brasil o interesse pela qualidade está aumentando consideravelmente. Clientes e usuários estão se tornando cada vez mais exigentes. Eles não estão mais dispostos a aceitar qualidade inferior. Os cidadãos estão insistindo para que todos os setores melhorem a qualidade dos seus serviços; inclusive o setor público, foco desse trabalho, vem desenvolvendo práticas, para se adequar a essa realidade.

#### **4 A QUALIDADE DOS SERVIÇOS DA SAÚDE**

Garvin (2000) expõe que o aprendizado organizacional pode ser rastreado ao longo de três estágios superpostos: a primeira fase é a cognitiva, em que há uma ampliação dos conhecimentos e mudança no modo de pensar; a segunda fase é a comportamental

em que ocorre mudança de comportamento e a terceira fase é a de melhoria de desempenho e, como consequência, de resultados. Todo esse processo requer tempo para a transformação de uma organização ordinária em uma organização que aprende; este processo é consequência de atitudes, comprometimentos e modelos gerenciais meticulosamente estabelecidos, que se acumulam de maneira gradual e constante ao longo do tempo.

Nessa linha de pensamento, percebe-se que a qualidade, em sua metodologia de gestão para os serviços de saúde, que é o caso desse estudo, concorda plenamente com o autor supracitado, o qual propõe a participação de todos os componentes da organização, como médicos, enfermeiros comprometidos com o modelo de gestão da qualidade, em que o aprendizado é mútuo e passa por essas fases sempre visando à melhoria contínua, tendo forte contribuição para que o programa de Qualidade Total se desenvolva da melhor maneira possível dentro da organização.

Nos hospitais, a qualidade iniciou-se timidamente e, em princípio, aplicada às rotinas administrativas. Algumas experiências de hospitais americanos, auxiliados por peritos em qualidade, consultores e administradores, resolveram uma série de problemas que existiam em suas dependências, foram publicadas por Berwick, Godfrey e Roessner (1994).

Assim, a medicina e a qualidade de ontem, que se confrontavam, evoluíram para a ciência médica e a qualidade de hoje, agora alinhadas, que certamente proporcionam velocidade, consistência e melhoria contínua dos resultados.

De acordo com Deming (1990 apud BONILLA, 1993, p. 24), a qualidade por ser de natureza sistêmica ou holística preza pela compreensão da inter-relação entre os componentes organizacionais. Portanto essa forma avalia os subsistemas e suas contribuições aos objetivos de toda organização, estimulando a cooperação entre as partes.

Partindo dessa premissa, pode-se dizer que a qualidade tem compromisso com o trabalho em equipe para atender às exigências e necessidades dos pacientes. Evidencia-se, então, a necessidade de maior comunicação e integração com os clientes internos em todo o sistema de serviço. A comunicação com o cliente interno cria o ambiente necessário à melhoria ininterrupta dos processos desses serviços.

## 5 ANÁLISE DAS PRÁTICAS E DOS INSTRUMENTOS DE COMUNICAÇÃO UTILIZADOS NA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE QUALIDADE TOTAL NO HOSPITAL ESTUDADO

Com base nas entrevistas e na análise documental, foi possível tecer algumas análises das práticas utilizadas pelo hospital militar para a disseminação das informações.

Notou-se que o Programa de Gestão pela Qualidade Total (PGQT) pode ser visto como fomentador das melhorias na comunicação institucional do hospital, pois, por meio da implantação do programa, podem-se constatar novos instrumentos e novas práticas que têm propiciado diferentes canais de comunicação, principalmente ascendente, a exemplo do Método de Solução e Análise dos Problemas (Masp). Algumas dessas práticas e instrumentos que eram pouco ou nunca utilizados vêm tornando-se parte da cultura do hospital desde que o programa de Qualidade foi implementado.

Conforme Godoy (1999, p. 8), a implantação de um programa de Qualidade Total é um processo de aprendizado, portanto, deve estar adaptado às necessidades, usos e costumes da entidade, já que a qualidade deve ser vista como o aperfeiçoamento do gerenciamento já existente.

- a) Programa 5S's: conforme Oliveira (2001, p. 137), os efeitos do programa 5S's foram percebidos pelo público do hospital e resultaram no comprometimento maciço dos servidores. Mesmo não estando previstas recompensas, foi melhorada a auto-estima e o ambiente de trabalho. Nos 5S's os servidores participaram de atividades não-rotineiras como os cursos e tiveram a possibilidade de aplicar seus conhecimentos com criatividade.
- b) Masp: o Método de Solução e Análise dos Problemas, além de incentivar as relações interpessoais, aproximando os servidores e estimulando a participação na resolução dos problemas, trata-se também de um canal de comunicação ascendente entre Unidades

Gerenciais Básicas (UGB's) e direção, pois depois de concluídas suas ações pelo grupo, o Plano de Melhoria da Qualidade é transmitido à direção por intermédio do Comitê da Qualidade, que deve analisar as questões levantadas, principalmente dando feedback àquelas que necessitam de apoio, aprovação ou recursos, que são viabilizados apenas pela direção.

- c) Pesquisas de satisfação interna e externa: as pesquisas de satisfação interna e externa são realizadas semestralmente pelas Unidades Gerenciais Básicas (UGB's), oportunizando um canal de comunicação aos usuários e ao público interno, a fim de avaliar a satisfação e os problemas existentes nos serviços prestados pelo hospital e aqueles inerentes aos servidores e suas UGB's. Os resultados são divulgados nos murais do comitê, localizados no *hall* de entrada do "pavilhão da qualidade" e por todas UGB's.
- d) Formaturas e eventos: as formaturas são práticas de comunicação institucionalizadas no Exército, legitimadas histórica e mundialmente nas Forças Armadas. Consistem um discurso chamado informalmente de "Formatura Diária"; ocorrem no início ou final do expediente e são proferidas pelos chefes das sessões. Quando proferida pelo diretor do hospital é denominada de Formatura Geral, pois, se destina a todo o efetivo. Os eventos, desde o início da implementação do Programa de Gestão pela Qualidade, em outubro de 1998, no hospital já realizaram: trinta Ciclos de Palestras Científicas; trinta Ciclos de Treinamentos e Reciclagem para Praças de Saúde; duas edições do Curso de Atualização em Urgências Médicas; trinta palestras de Desenvolvimento Humano, quatorze sobre Técnicas de Saúde e vinte oito sobre Instruções e Aperfeiçoamento Profissional.
- e) Reuniões do comitê e ouvidoria: as reuniões dos comitês possuem o objetivo de agregar representantes de diversos setores do hos-



pital, a fim de se obter atividades planejadas, relatadas e discutidas em grupo, para que sejam conseguidas soluções frente às dificuldades encontradas. É preocupação do coordenador da Qualidade manter os grupos coesos, comprometidos e atualizados. Os principais assuntos tratados pela Ouvidoria são relacionados a dúvidas sobre os atendimentos externos.

- f) Ciclos de palestras, cursos, instrumentos e murais: as palestras são divulgadas no Informativo trimestral na coluna “Ações do Programa de Qualidade Total”, no qual são descritos também os cursos, as pesquisas, os eventos, as visitas entre outras práticas que possam ocorrer. A divulgação das palestras é feita por meio de convites, memorandos, formaturas e de cartazes distribuídos nos murais do hospital e enviados a outras unidades do Exército em Santa Maria.

Os cursos abrangem a área de saúde e serviços operacionais. Há uma razoável frequência de cursos direcionados especificamente aos conhecimentos da Qualidade, como cursos de 5S's, Fluxograma e Padronização de Processos.

Os instrumentos de comunicação vêm assumindo funções muito importantes na condução de políticas de comunicação interna e nos programas de qualidade. Dos instrumentos mais difundidos no hospital, destacam-se os murais. Esses murais apresentam características bem definidas, como mural da Qualidade, de Comunicação Social, dos Servidores Civis e dos demais setores.

- g) *Intranet*: a falta de um *software* na sistematização das rotinas administrativas internas é uma das frequentes queixas e solicitações dos servidores. A administração do Hospital tem se empenhado em fazer levantamentos orçamentários e avaliações de *softwares* já utilizados por outras unidades de saúde do Exército, a fim de implantar algum modelo no hospital.

- h) Informativo: sua distribuição é feita aos usuários e ao público interno, também, é enviado a aproximadamente trinta grandes unidades do exército, quinze Organizações Militares de Saúde, diretorias de comando, anunciantes e fornecedores.

- i) Guia do usuário e boletim interno: a primeira edição do guia surgiu em 1999, com periodicidade anual e finalidade de consulta dos usuários. O boletim interno registra o dia-a-dia do hospital, tratando de assuntos referentes ao funcionamento interno da organização. Também marca atividades dos servidores e acontecimentos diários que envolvam segurança, saúde, direitos, deveres, etc.

- j) Caixa de sugestões: por já existir um sistema de sugestões implantado ao usuário do hospital, foi detectado por intermédio da pesquisa de opinião realizada com os servidores, que estes não possuem um sistema de sugestões, alguns utilizam as caixas de sugestões dos usuários, sinal de desinformação em relação à funcionalidade das caixas e a falta de um canal próprio, como a existência de caixas de sugestões para os servidores.

## 6 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Fundamentado nos resultados obtidos por meio da aplicação do instrumento de pesquisa na amostra de servidores delimitada, possibilitou algumas análises.

No Gráfico 1, em relação às informações, há uma diversidade de respostas, ressaltando a forma de disseminação por meio de conversas: 41% sargentos e subtenentes, seguido pelo meio escrito 36% os civis. Outra forma de propagação das informações é por meio do responsável do setor, o qual chega a 32 % nos cabos e soldados. Outro dado relevante é o de chegarem poucas informações aos oficiais, sendo propagadas pelo responsável do setor 25%. Cabe destacar que esse dado demonstra uma grande falha no sistema de informação.

Ainda no Gráfico 1, nota-se que as formas de propagação das informações variam de acordo com o posto e/ou graduação das pessoas. Ressalta-se que, para os funcionários militares, a presença de uma pessoa responsável para repassar as informações é imprescindível, em que este, no meio civil, não se faz muito presente, apenas 5% contra de informações por escrito. Esses parâmetros demonstram uma falta de padronização no processo de disseminação das informações. Outro destaque que se pode ressaltar no mesmo Gráfico é que dentre os funcionários militares, os subtenentes e sargentos são os que mais disseminam as informações por meio de conversas, ou seja, estes utilizam as conversas informais para repassarem também informações pertinentes ao programa de qualidade.

No Gráfico 2, observa-se em relação às práticas ou instrumentos de comunicação, que as formaturas são consideradas por 21% dos cabos e soldados, seguidos de reuniões e do boletim interno. Para 26% dos servidores civis os mais utilizados são os murais, avisos e cartazes, seguidos de reuniões e contatos pessoais. Já 19% dos subtenentes e sargentos consideram o boletim interno, de maior utilização, seguido de reuniões e formaturas. Para 21% dos oficiais a formatura é o melhor meio de disseminação das informações, seguido de reuniões 20%, murais com avisos e cartazes e boletim interno, ambos com 17%.

Os murais contém avisos e cartazes, e as formaturas, no caso dos funcionários militares, são os instrumentos de comunicação mais utilizados pelo hospital.

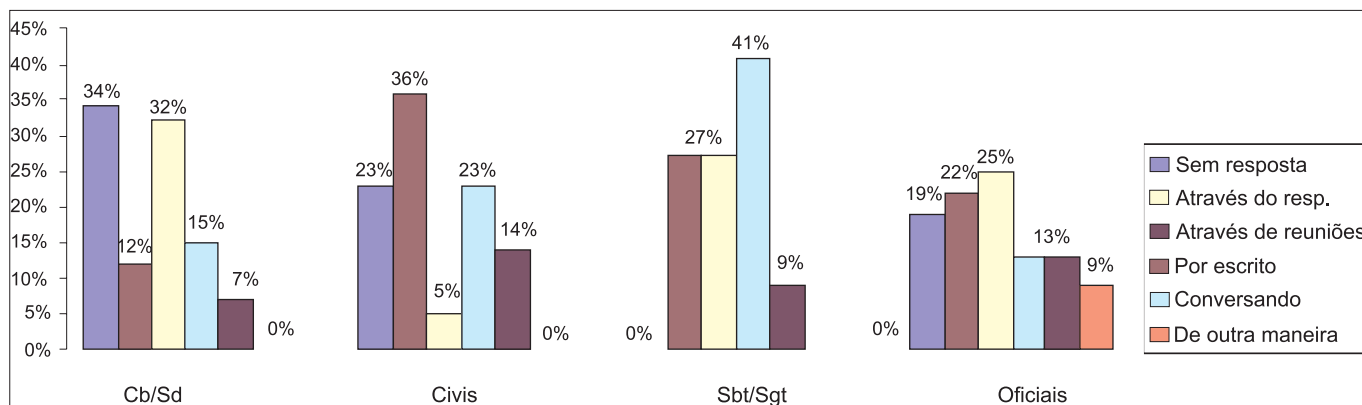


Gráfico 1: Formas de propagação das informações do que ocorre no hospital

Fonte: questionários (2002).

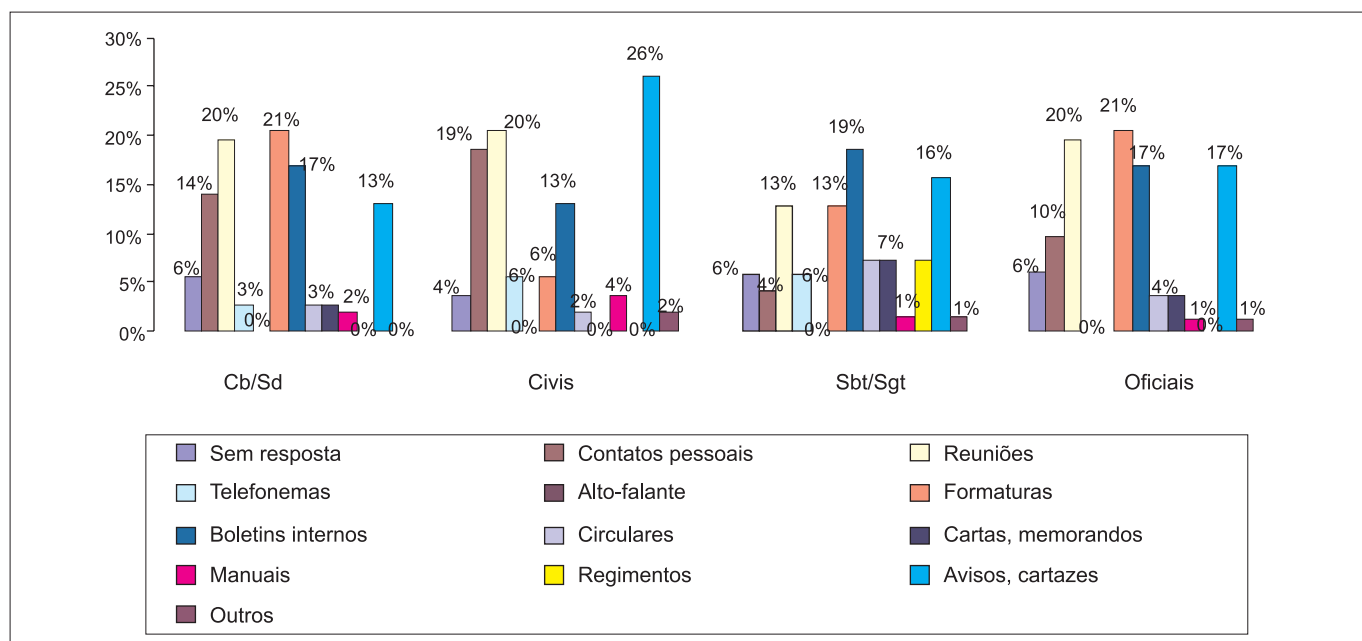


Gráfico 2: Práticas ou instrumentos utilizados na comunicação do PQT do hospital

Fonte: questionários (2002).

Em relação ao Gráfico 3, percebe-se a realidade encontrada pelo hospital quanto às principais dificuldades vivenciadas no processo de implantação do 5S's; todos os grupos consideram a falta de recursos o maior problema encontrado em relação ao Programa de Gestão pela Qualidade Total, ficando assim caracterizado: 51% de cabos e soldados, 36% dos servidores civis, 50% dos subtenentes e sargentos e 50% dos oficiais consideram essa opção.

Quanto aos Gráficos 4 e 5, referentes ao encaminhamento de algumas sugestões ao Programa de Qualidade Total, verificou-se que 30% dos cabos e soldados já encaminharam sugestões ao programa, logo 70% não encaminharam, tendo como motivo a falta de interesse e informação. Já os servidores civis, 67% consideram que não há tempo nem interesse em encaminhar sugestões ao programa e 22% já encaminharam.

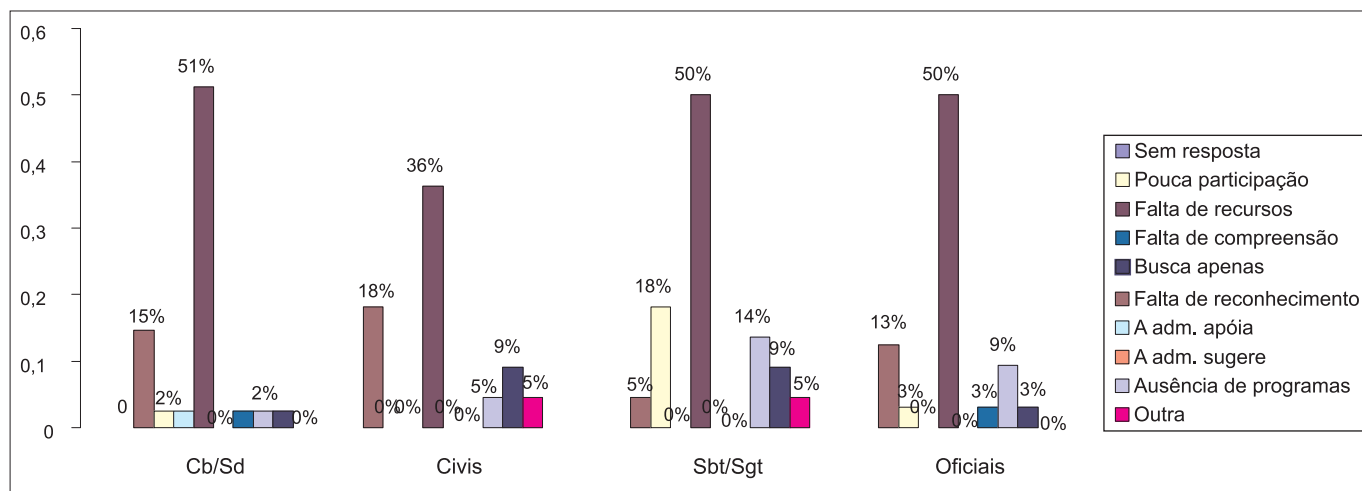


Gráfico 3: As principais dificuldades encontradas no hospital em relação ao Programa

Fonte: questionários (2002).

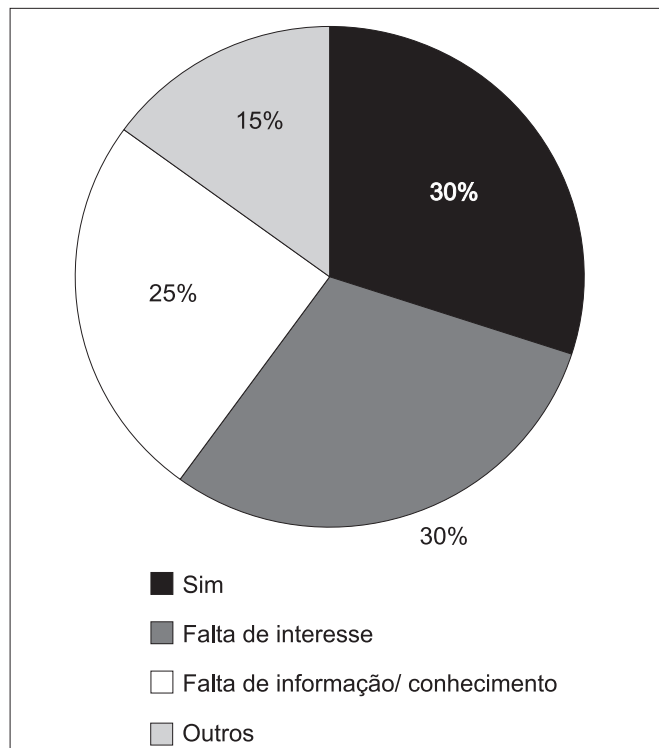


Gráfico 4: A frequência dos cb/sd em dar sugestões ao Programa

Fonte: questionários (2002).

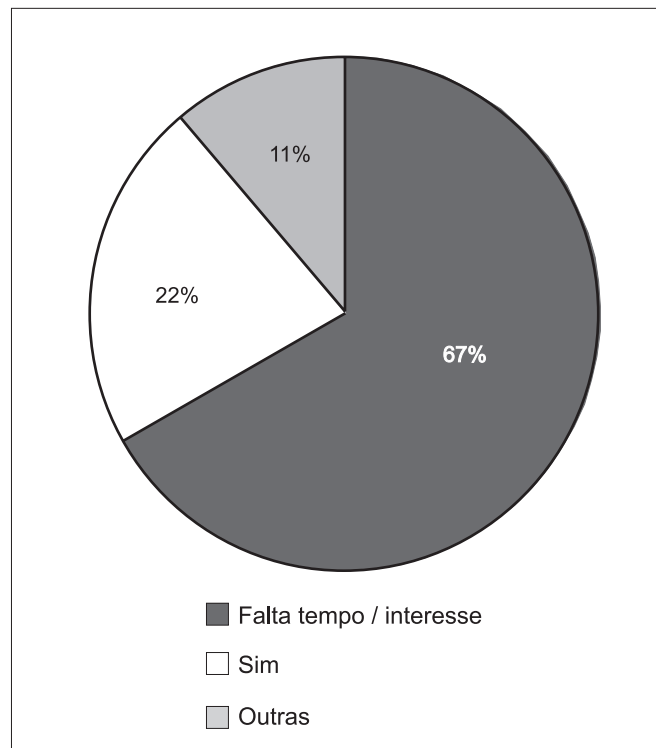


Gráfico 5: A frequência dos civis em dar sugestões ao Programa

Fonte: questionários (2002).

Nos Gráficos 6 e 7, observa-se que falta tempo ou interesse para encaminhar sugestões ao Programa, visto que 50% dos subtenentes e sargentos não participaram; 20% destes consideraram que falta informação ou conhecimento e 30% deram outras respostas. Já para os oficiais, o interesse em encaminhar sugestões é bem maior, chegando a totalizar 61%, destes, 19 % sugeriram melhorias no atendimento e 10% melhorias da organização estrutural técnica do setor. Já 29% não enviaram sugestões por falta de tempo ou interesse e 10% por falta de informação ou conhecimento.

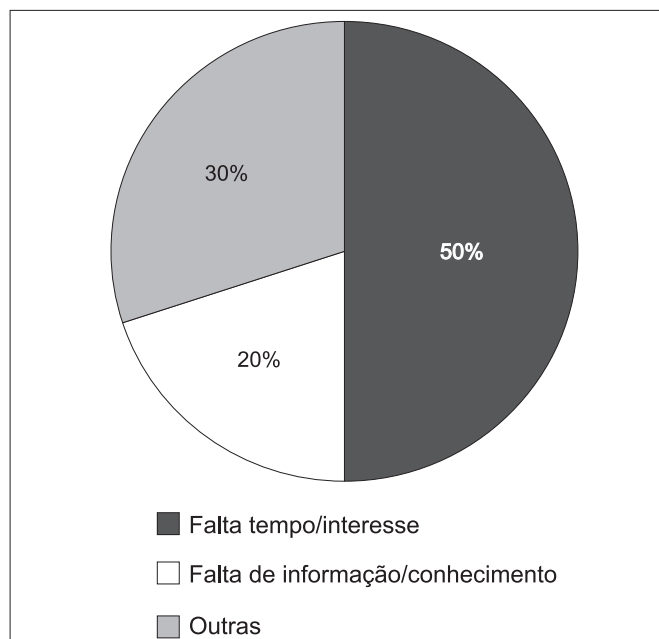


Gráfico 6: A frequência dos st/sgt em dar sugestões ao PQT

Fonte: questionários (2002).

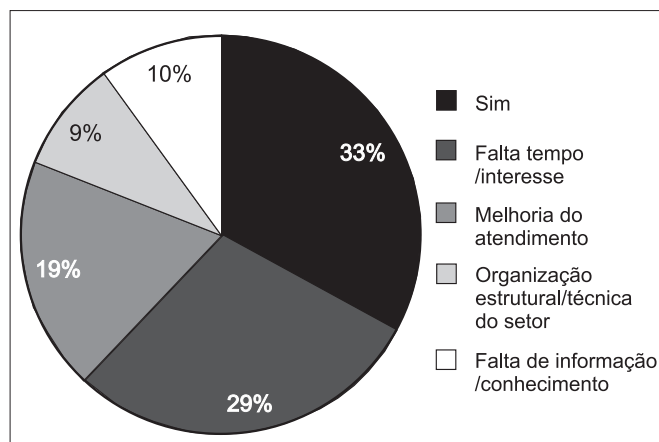


Gráfico 7: A frequência dos oficiais em dar sugestões ao PQT

Fonte: questionários (2002).

## 7 CONCLUSÃO

A realidade apresentada neste estudo pode ser entendida como aquela vivenciada por outras empresas que, em algum momento, já tentaram implantar um programa de Qualidade Total e não obtiveram sucesso. Tal inferência torna-se cabível quando foi realizada uma associação da teoria estudada com a realidade constatada pelo levantamento de dados na instituição de saúde.

Nesse sentido, o cruzamento entre o referencial teórico e o levantamento na organização possibilitou salientar que, os servidores recebem capacitação e treinamento sobre as ferramentas da qualidade, porém não participam ativamente; consideram-se pouco informados em relação ao programa e aos objetivos da qualidade, afirmando que o programa apenas busca resultados imediatos, não dando continuidade aos seus propósitos.

Assim, diante do exposto, associam-se essas questões ao décimo segundo Princípio de Deming (1990) “Remova as barreiras que privam as pessoas do justo orgulho pelo trabalho bem executado.” Este princípio mostra as barreiras entre os escalões mais altos e os funcionários, impossibilitando-os de executarem suas tarefas da melhor maneira possível. Portanto, o papel do líder hospitalar é o de remover as barreiras e passar informações, dando oportunidade para todos a participarem das decisões, situação que não vem ocorrendo com eficiência, pois, conforme mostrado no Gráfico 3, o hospital ainda não disponibiliza recursos necessários para a eficácia do programa. Também, essas barreiras podem ser evidenciadas no Gráfico 4 no qual se percebe que 70% dos cabos e soldados não participam ativamente do programa, pois não dão sugestões, talvez isso ocorra, porque 25% deles não obtiveram do hospital informações e conhecimento a respeito do programa.

Analisando de forma sistêmica as informações repassadas a todos os colaboradores do hospital, percebe-se que estas dão suporte à qualidade dos serviços prestados e sustentam o processo de tomada de decisões dentro de cada setor no ambiente hospitalar. Portanto, são os colaboradores, os dominantes da força de melhoria da qualidade, ou seja, criatividade, inovação, persistência, determinação e todas as ou-

tras características que distinguem as pessoas que trabalham em equipe para produzir um resultado desejado.

Outro fator identificado foi a falta de motivação do pessoal em relação ao programa, a qual foi atribuída principalmente à falta de esforços integrados e a uma liderança difusa ou pequena pela maioria das chefias e, ainda, à falta de planejamento na condução de uma política de pessoal dentro do programa. Nesse sentido, o fator liderança deve especialmente ser aprimorado nas chefias das UGB'S, já que depende destes a condução do programa em cada setor.

Assim, ressalta-se dentre todos os Princípios de Deming (1990), observados na interpretação das respostas, especialmente, o sétimo princípio: "A função da administração não é supervisionar e sim liderar", pois a liderança consiste em proporcionar uma melhor comunicação ascendente. Isso demonstra claramente que essa é uma grande dificuldade de comunicação, diagnosticada em relação ao Programa de Gestão pela Qualidade Total no hospital.

Quanto ao modo como recebem as informações, observou-se um fato relevante: os oficiais recebem mais as informações por meio do chefe do setor (subtenente ou sargento) como na maioria das Organizações Militares, estes, o subtenente ou o sargento são os maiores contatos com cabos e soldados e com um público em geral. Esse público (oficiais), por deter-se no atendimento superlotado de usuários, possui menos interatividade com outros públicos, limitando-se mais ao seu setor e às diretrizes da chefia.

Perceberam-se, ainda, outros problemas apontados pelo público interno (oficiais) em relação ao programa, como: a falta de recursos materiais e financeiros, número insuficiente de pessoal para atender a demanda, acúmulo de funções e sobrecarga de trabalho (Gráfico 7 quando fala em melhoria do atendimento e organização estrutural e técnica do setor).

Por fim, de acordo com as informações obtidas e análises realizadas, conclui-se que os colaboradores da organização não participam na totalidade nem ativamente do programa de qualidade por falta e falha de comunicação da equipe de implantação, como também, pelo fato da equipe não dedicar a devida prioridade aos sistemas mais adequados de comunicação, dificultando assim a disseminação das informações para o resto da organização e o sucesso do programa de qualidade.

Porém, cabe destacar que o hospital vem se empenhando em implementar o programa de qualidade, entretanto, necessita melhorar suas práticas de comunicação interna, o que pode ser feito, pois a cultura militar tem muitos pontos a favor, como os princípios de disciplina, responsabilidade e bom relacionamento entre as pessoas, precisando, apenas, investir esforços na sensibilização e na motivação dos servidores. Conclusivamente, essa é a melhor maneira de saber o que querem e o que pensam, no entanto, torná-los mais satisfeitos em suas atividades e participativos na organização, facilitará mais a disseminação das informações na organização e, em consequência, trará melhorias nos resultados dos processos de implantação do programa de qualidade.

### **The dissemination of information as determinative factor in the processes of implantation of programs of Total Quality**

#### **Abstract**

This work presents the result of a study accomplished in a Health Public Institution of military character in the central area of Rio Grande do Sul. It had as main goal to analyze the influence of the dissemination of information in the implantation processes of total quality programs. The research was developed with the collaborators' participation and the high management of the organization, with the purpose of identifying the involvement level of these in the implantation process. It was concluded that the collaborators of the organization don't participate in the totality, nor actively in the program. This is due to the lack and even fails of communication of the implantation team, as well as for the fact of the team not giving the due priority to the most appropriate systems of communication, making difficult the dissemination of the information for the rest of the organization.

Keywords: Health Public Institution. Total quality. Dissemination of the information.

## REFERÊNCIAS

- ANGELONI, Maria Terezinha. **Organizações do conhecimento**: infra-estrutura, pessoas e tecnologia. São Paulo: Saraiva, 2002.
- BERWICK, Donald M.; GODFREY, A. Blanton; ROESSNER, Jane. **Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde**. São Paulo: Makron Books, 1994. 296 p.
- BONILLA, José A. **Resposta à crise**: Qualidade Total e autêntica para bens e serviços. São Paulo: Makron Books, 1993.
- CAMPOS, V. F. **TQC**: Controle da Qualidade Total (no estilo japonês). 7. ed. Belo Horizonte: Fundação Christiano Ottoni, 1992.
- CARVALHO, M. M. de; PALADINI E. P. **Gestão da Qualidade**: teoria e casos. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
- CARVALHO, A. V. de; SERAFIM, O. C. G. **Administração de recursos humanos**. São Paulo: Pioneira, v. 2, 1995.
- CROSBY, P. **Qualidade sem lágrimas**: a arte de gerência descomplicada. Rio de Janeiro: José Olimpio, 1992.
- DEMING, E. **Qualidade**: a revolução da administração. Tradução Francis H. Aubert, Maria Esmene Comenale, Áurea Consenza Dal Bó. Rio de Janeiro: Markes-Saraiva, 1990.
- DRÜGG, Kátia Issa; ORTIZ, Dayse Domene. **O Desafio da Educação**: a Qualidade Total. São Paulo: Makron Books, 1994.
- FEIGENBAUM, Armand V. **Controle da Qualidade Total**. São Paulo: Makron Books, 1994. v. 4.
- GARVIN, David A. Construindo a Organização que Aprende. In: **Gestão do Conhecimento**: on Knowledge Management. Série Harward Business Review Book. Rio de Janeiro: Campus, 2000.
- GODOY, Leoni P. **Desenvolvimento de Metodologia para Melhoria dos Serviços hospitalares**: caso Hospital Universitário de Santa Maria. Santa Maria. 1999. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção)–Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 1999.
- HUTTON, David W. **Managing Change in Health Care**. Section VI: Implementation. ASQC Quality Press, Milwaukee, Wisconsin, 1998.
- JURAN, J. M. **Juran na liderança pela qualidade**. São Paulo: Pioneira, 1993.
- LOBOS, Júlio. **Qualidade**: através de pessoas. 10. ed. São Paulo: J. Lobos, 1991.
- MALHOTRA, Naresh K. **Pesquisa de marketing**: uma orientação aplicada. 3. ed. Porto Alegre, RS: Bookman, 2001.
- MARTINS, Gilberto de Andrade. **Manual para elaboração de monografias e dissertações**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1994.
- OLIVEIRA, David Vital de. **Implementação de um programa de Gestão pela Qualidade em serviços de saúde**. 2001. Tese (Mestrado em Engenharia de Produção)– Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2001.
- RICHARDSON, Roberto J. **Pesquisa Social**: métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- YIN, Robert K. **Estudo de Caso**: planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.