

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DOUTORADO**

PALLOMA FERNANDES ESTANISLAU VAZ VENTURA



**CULTURA ORGANIZACIONAL NA GESTÃO DA
QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM
HOSPITAL PÚBLICO UNIVERSITÁRIO**

Belo Horizonte/MG

2020



PALLOMA FERNANDES ESTANISLAU VAZ VENTURA

**CULTURA ORGANIZACIONAL NA GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA
DO PACIENTE EM UM HOSPITAL PÚBLICO UNIVERSITÁRIO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como critério para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.
Área de concentração: Gestão e Educação na Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Organização e Gestão de Serviços de Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marília Alves

Belo Horizonte/MG

2020

V469c Ventura, Palloma Fernandes Estanislau Vaz.
Cultura organizacional na gestão da qualidade e segurança do paciente em um hospital público universitário [manuscrito]. / Palloma Fernandes Estanislau Vaz Ventura. - - Belo Horizonte: 2020. 129f.
Orientador (a): Marília Alves.
Área de concentração: Gestão e Educação na Saúde e Enfermagem.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Cultura Organizacional. 2. Gestão da Qualidade. 3. Segurança do Paciente. 4. Hospitais Federais. 5. Dissertação Acadêmica. I. Alves, Marília. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WX 150

Escola de Enfermagem da UFMG
Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem
Av. Alfredo Baena, 100 | 30130-100
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil
cep: 31409-9886 | tel: 3409-9889
caixa postal: 1556 | colpgrad@enf.ufmg.br



UFMG
UNIVERSIDADE FEDERAL
DE MINAS GERAIS

ATA DE NÚMERO 166 (CENTO E SESSENTA E SEIS) DA SESSÃO DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA TESE APRESENTADA PELA CANDIDATA PALLOMA FERNANDES ESTANISLAU VAZ VENTURA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTORA EM ENFERMAGEM.

Aos 26 (vinte e seis) dias do mês de agosto de dois mil e vinte, às 13:00 horas, realizou-se a sessão para apresentação e defesa da tese "*CULTURA ORGANIZACIONAL NA GESTÃO DA QUALIDADE E E SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL PÚBLICO UNIVERSITÁRIO*", da aluna *Palloma Fernandes Estanislau Vaz Ventura*, candidata ao título de "Doutora em Enfermagem", linha de pesquisa "Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Marília Alves (orientadora), Lillian Daisy Gonçalves Wolff, Cláudia Maria de Mattos Penna, Zenewton André da Silva Gama e Caissa Veloso e Souza, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

(x) APROVADA;
() REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Dellino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 26 de agosto de 2020.

Prof. Dr. Marília Alves
Orientadora (Esc.EnfUFMG)

Prof. Dr. Lillian Daisy Gonçalves Wolff
(UFPR)

Prof. Dr. Cláudia Maria de Mattos Penna
(Esc.EnfUFMG)

Prof. Dr. Zenewton André da Silva Gama
(UFRN)

Prof. Dr. Caissa Veloso e Souza
(Faculdade Novos Horizontes)

Andréia Nogueira Dellino
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

05 10 2020

Dedico este trabalho a minha mãe, mulher forte, guerreira e invencível que fez de mim tudo o que sou hoje e aos meus filhos por acreditarem em meu sonho e sonhá-lo comigo.

AGRADECIMENTOS

Cheguei ao fim de mais uma etapa da minha vida. Nessa trajetória passei por muitos momentos, alguns tristes, outros angustiantes, senão desesperadores, mas muitos, muitos, muitos momentos felizes proporcionados por pessoas que Deus coloca em nossas vidas nas ocasiões que perdemos as forças, que nos fragilizamos, enfim que precisamos de ajuda.

Se eu falar que foi uma trajetória fácil, estaria mentindo. Foi um caminho desafiante. Testou meus limites de diversas maneiras. Todavia, tornei-me uma pessoa melhor. Melhor não só como profissional, melhor como enfermeira, como mãe, como esposa, como filha, como amiga e como aluna.

Assim, agradeço sinceramente, com toda força do meu ser, a Deus que me guiou, iluminou e orientou nessa transformação. Esta é a palavra, transformação.

Aos meus filhos, Pedro e Guilherme, que apesar de pequenos, sempre com seu amor incondicional, recitavam palavras de amor e apoio. Quantas vezes de madrugada eles levavam cobertores para embrulhar-me e ajudar-me a escrever.

A minha mãe e ao meu pai por fazerem de mim o que sou hoje. Ao meu irmão por seu jeito, fazendo-me rir todo o tempo. A minha irmãzinha amada e querida, Júlia, você é minha, do meu coração.

Ao meu marido, que me aguentou esses 4 anos. E aguentou mesmo. Sei como foi difícil.

A minha sogra que, com seu jeito próprio, demonstra amor de diversas maneiras. Sempre presente.

A minha família, em especial ao meu tio Rogério, tio nada, meu pai de coração. A minha tia Cláudia por toda paciência de me ensinar a interpretar as leis e com os choros e dificuldades. A minha tia Simone por abrir sua casa na roça, tantas vezes, para aliviar-me. Meu primo Pedro, falo primo, mas meu filho de coração.

A minha amada orientadora, que foi e é em minha vida muito mais que orientadora. Nossa relação foi construída há muitos anos. Temos uma ligação ímpar e sem ela nada disso seria possível.

Minha eterna professora Claudia Penna, obrigada pelos ensinamentos ao longo da minha formação.

À Universidade Federal de Minas Gerais por toda a minha formação.

A Lourdes, Herculano, Felipe e Mariana, muito além de vizinhos, vocês são minha família.

As minhas amigas, irmãs do coração. Mariana, tão doce e amável, nós começamos juntas e terminamos juntas. Desejei tanto isso, que você veio para Marília, nunca vou esquecer-me das nossas conversas. Doane, não tenho nem palavras para dizer o que você significa em minha vida, muito obrigada por fazer parte da minha história. Renata, como me apoiou nesses anos incomodando você o tempo todo, às vezes até de madrugada. E você sempre ali, pronta para ajudar-me. As minhas companheiras, Renata e Cristiane, sempre me fazendo rir, aliviando o peso da vida. Ao meu amigo Gustavo, agora doutorando, obrigada pelos conselhos. Roberta, minha querida, obrigada pela sua ajuda em todos os momentos da minha vida. Marcelo, meu amigo querido, você foi muito importante para minha trajetória de professora. As minhas amigas mães, Marcele, Andressa, Camila e Vanessa, que sempre se queixaram da minha ausência nas festas e comemorações e por tantas vezes cuidaram dos meus filhos como seus.

A minha querida amiga Andréia, como somos parecidas. Ao meu amigo Gutenberg, nunca vou esquecer-me da sua mensagem: “li e lembrei de você” reportagem “100 mulheres do ano” da revista Times.

Enfim, sou uma pessoa abençoada, pois tenho em minha vida pessoas especiais. Como Deus é perfeito!

A todos vocês muito obrigada!

“O correr da vida embrulha tudo
A vida é assim: esquenta e esfria,
aperta e daí afrouxa,
sossega e depois desinquieta.
O que ela quer da gente é coragem.”

Guimarães Rosa

RESUMO

VENTURA, Palloma Fernandes Estanislau Vaz. Cultura organizacional na gestão da qualidade e segurança do paciente em um hospital público universitário. 129 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais – MG, 2020.

A influência da cultura organizacional na gestão da qualidade e segurança do paciente tornou-se objeto de estudo, pois é essencial para a gestão hospitalar por envolver questões subjetivas, além de técnicas de avaliação e monitoramento. O estudo teve como objetivo geral analisar a influência da cultura organizacional na gestão da qualidade e segurança do paciente em um hospital universitário da rede pública de Belo Horizonte e no cotidiano de trabalho dos profissionais. E como objetivos específicos: compreender aspectos da cultura do hospital a partir da sua evolução histórica e mudanças em curso; identificar o entendimento de cultura organizacional pelos profissionais da equipe multidisciplinar e equipe de enfermagem; identificar as concepções dos profissionais e equipe de enfermagem sobre qualidade assistencial e segurança do paciente; e compreender a visão dos profissionais de saúde sobre a influência da cultura na gestão da qualidade e segurança do paciente. Estudo de caso único, de abordagem qualitativa, utilizando o referencial teórico de Fleury e Fischer, nas unidades de clínica médica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Participaram 18 gestores, 12 enfermeiros assistenciais, 1 enfermeira da Comissão de Controle de Infecção, 1 enfermeira do suporte nutricional, 11 técnicos em Enfermagem, 1 farmacêutico clínico, 1 fonoaudiólogo, 1 fisioterapeuta, 2 assistentes sociais, 1 professor médico e 2 médicos plantonistas, totalizando 51 entrevistados. Os dados foram coletados por meio de observação, análise documental e entrevistas individuais com roteiro semiestruturado. As entrevistas foram agendadas, realizadas em ambiente privativo após esclarecimentos sobre a pesquisa, autorização para gravar e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática. Organizaram-se quatro categorias de análise: Instância político-econômica: compreendendo elementos simbólicos; Instância das políticas de gestão de recursos humanos; Instância da organização do processo de trabalho; e Gestão da qualidade e segurança do paciente. Os elementos simbólicos constituintes da cultura identificados foram poder do professor e do médico, a força da cultura da universidade, as decisões colegiadas, a estabilidade e a autonomia dos estatutários do Regime Jurídico Único, mito da clínica médica do 7º andar, sobrecarga de trabalho e dimensionamento insuficiente e o mito do serviço público. Tais elementos influenciam a gestão da qualidade e segurança do paciente, uma vez que as ações propostas não têm adesão para que se consolidem no cotidiano de trabalho e vêm cercadas pelo discurso vigente de ‘não dá tempo, aqui sempre foi assim e aqui demora mesmo, é serviço público’, mesmo com a entrada da Empresa Brasileira Serviços Hospitalares e a proposta de novo modelo de cuidado e de gestão. Conclui-se que os elementos simbólicos determinam o processo de trabalho e a relação entre as pessoas consolidando as estruturas de poder vigente, garantindo, assim, a manutenção das ações no cotidiano de trabalho dos profissionais.

Palavras-chave: Cultura Organizacional. Gestão da Qualidade. Segurança do Paciente Hospitais Federais.

ABSTRACT

VENTURA, Palloma Fernandes Estanislau Vaz. Organizational culture in quality management and patient safety in a public university hospital. 129 f. Thesis (Doctorate in Nursing) – School of Nursing, Federal University of Minas Gerais – MG, 2020.

The influence of organizational culture in the management of patient quality and safety has become the object of study, as it is essential for hospital management, as it involves subjective issues in addition to assessment and monitoring techniques. The general objective of the study is to analyse the influence of organizational culture on quality management and patient safety in a public university hospital in Belo Horizonte and in the daily work of professionals. And, as specific objectives: to understand aspects of the hospital's culture from its historical evolution and ongoing changes; identify the understanding of organizational culture by the professionals of the multidisciplinary team and the nursing team; identify the conceptions of nursing professionals and staff about quality of care and patient safety and understand the view of health professionals about the influence of culture on quality management and patient safety. A single case study, with a qualitative approach, using the theoretical framework of Fleury and Fischer, in the medical clinic units of Hospital das Clínicas, Federal University of Minas Gerais. Eighteen managers participated, 12 nurse assistants, 1 nurse of the Infection Control Commission, 1 nurse of nutritional support, 11 nursing technicians, 1 clinical pharmacist, 1 speech therapist, 1 physiotherapist, 2 social workers, 1 medical professor and 2 physicians on duty, totaling 51 respondents. Data were collected through observation, document analysis and individual interviews with a semi-structured script. The interviews were scheduled, held in a private environment after clarification about the research, authorization to record and signing the Informed Consent Form. The data were submitted to thematic content analysis. Four categories of analysis were organized: Political economic instance: comprising symbolic elements; Instance of human resources management policies; Instance of the organization of the work process; and Quality management and patient safety. The symbolic elements constituting the culture identified were: power of the teacher, the doctor, the strength of the university's culture, collegial decisions, the stability and autonomy of the statutory bodies of the Single Legal Regime, myth of the 7th floor medical clinic, work overload and insufficient dimensioning and the myth of the public service. Such elements influence the management of quality and patient safety because the proposed actions do not have adherence to consolidate themselves in the daily work, and it is surrounded by the current discourse of not giving time, it has always been like this and it really takes time here, it is public service, even with the entry of Empresa Brasileira Serviços Hospitalares and the proposal for a new care and management model. It is concluded that the symbolic elements determine the work process and the relationship between people, consolidating the structures of current power, guaranteeing the maintenance of actions in the daily work of professionals.

Keywords: Organizational Culture. Quality Management. Patient safety. Federal Hospitals.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Vertentes no estudo da cultura organizacional: a antropológica e administrativa com suas concepções e estudos e expoentes	222
Figura 2 - Cultura organizacional	28
Figura 3 - Organizações certificadas por região do país (localização)	35

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Organizações certificadas pela ONA, no Brasil, por tipo, em 2019	344
Quadro 2 - Estudos nacionais e internacionais sobre cultura organizacional Erro! Indicador não definido.	6
Quadro 3 - Reuniões observadas	444
Quadro 4 - Lista de documentos analisados	455
Quadro 5 - Categorias e subcategorias.....	499
Quadro 6 - Perfil dos gestores	50
Quadro 7 - Perfil dos enfermeiros	51
Quadro 8 - Perfil dos técnicos de enfermagem.....	511
Quadro 9 - Perfil dos profissionais da equipe multidisciplinar não médicos nem enfermeiros	52
2	
Quadro 10 - Perfil dos médicos	52
Quadro 11 - Descrição das atividades – Diário de campo	1022

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APH	Autorização de Plantão Hospitalar
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CBA	Consórcio Brasileiro de Acreditação
CC	Centro Cirúrgico
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CTA	Coordenadoras Técnicas Assistenciais
CTI	Centro de Tratamento Intensivo
CTS	Centro de Telessaúde
DIAS /NIAHO	Det Norsk Veritas International Accreditation Standardization / National Integrate Accreditation for Hospitals Organizations
EA	Eventos Adversos
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
FUNDEP	Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa
Gesqualis	Gestão pela Qualidade e Segurança do Paciente
GQ	Gestor da Qualidade
HC	Hospital das Clínicas
HSOPSC	<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i>
HU	Hospital Universitário
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
ISO	International Organization for Standardization
ISQUA	International Society for Quality in Healthcare
ITT	Instruções de Trabalho
JCI	Join Commission Internacional
MEC	Ministério da Educação
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
NATS	Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde
OECD	Organization for Economic Co-operating and Development

ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PA	Pronto Atendimento
PE	Planejamento Estratégico
PROAD	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (SUS)
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RH	Recursos Humanos
RJU	Regime Jurídico Único
RN 277	Resolução Normativa 277
RNI	Relação Normatizada Internacional
RPA	Recibo de Pagamento Autônomo
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCU	Tribunal de Contas da União
TO	Terapeuta Ocupacional
UCO	Unidade Coronariana
UF	Unidades Funcionais
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UnB	Universidade Federal de Brasília
VDTE	Vice-diretoria de Enfermagem

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	222
2.1	DAS BASES ANTROPOLÓGICAS DA CULTURA A ADMINISTRAÇÃO: RESGATANDO CONCEITOS E PROPOSTAS.....	222
2.2	QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	30
2.3	O ESTADO DA ARTE DAS PESQUISAS SOBRE CULTURA ORGANIZACIONAL: REVISÃO INTEGRATIVA.....	355
3	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	37
3.1	CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	37
3.2	CENÁRIO DE ESTUDO	38
3.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA	41
3.4	COLETA DE DADOS	42
3.5	ANÁLISE DOS DADOS	47
3.6	ASPECTOS ÉTICOS	47
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
4.1	PERFIL DOS ENTREVISTADOS.....	50
4.2	INSTÂNCIA POLÍTICO-ECONÔMICA: COMPREENDENDO ELEMENTOS SIMBÓLICOS	52
4.3	INSTÂNCIA DAS POLÍTICAS DE GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS	66
4.4	INSTÂNCIA DA ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO	74
4.4.1	PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM.....	74
4.4.2	PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR	88
4.5	GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE.....	95
5	DIÁRIO DE CAMPO – OBSERVAÇÕES.....	102
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
	REFERÊNCIAS	110
	APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA	118
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	119
	ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP – UFMG	120
	ANEXO B - APROVAÇÃO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG.....	1244

1 INTRODUÇÃO

O interesse em estudar o tema nasceu das minhas observações durante o trabalho como auditora de gestão da qualidade de serviços de saúde, utilizando ONA, *International Organization for Standardization - ISO 9001*, Resolução normativa - RN 277 e *Det Norsk Veritas International Accreditation Standardization / National Integrate Accreditation for Hospitals Organizations (NIAHO/DIAS)*, diferentes metodologias de avaliação, mas cujos resultados eram completamente diferentes. Algumas organizações implantavam o sistema de gestão da qualidade com envolvimento de todos os trabalhadores alcançando bom desempenho nos resultados assistenciais e de processos. Porém, outras organizações não conseguiam evoluir com a gestão da qualidade e melhoria dos seus resultados.

Sempre me inquietou por que alguns serviços de saúde não conseguiam implementar a gestão da qualidade mesmo possuindo recursos e aparente interesse na proposta. Esse questionamento tomou conta dos meus pensamentos por algum tempo, então decidi realizar uma pesquisa maior para buscar compreender, pelo menos em parte, por que determinados serviços tinham sucesso e outros não.

Nesse caminhar, certo dia deparei-me com o livro “A ética protestante e o espírito do capitalismo” de Max Weber. Durante a leitura, na minha cabeça, claramente se desenhava a cultura como influenciadora das ações das pessoas, fato que vivenciava nos processos de auditoria de certificação de qualidade que realizava no Brasil inteiro. E quando auditava a norma internacional vivenciava diferenças entre os países em valorizar e comprometer-se com as questões de qualidade e segurança nas organizações de saúde.

Assim, a influência da cultura organizacional na gestão da qualidade e segurança do paciente tornou-se objeto de estudo, uma vez que é essencial para a gestão hospitalar, por envolver questões subjetivas, além de técnicas de avaliação e monitoramento. Entendeu-se, neste estudo, cultura organizacional como:

Conjunto de valores e pressupostos básicos expressos em elementos simbólicos, que em sua capacidade de ordenar, atribuir significações, construir a identidade organizacional tanto agem como elemento de comunicação e consenso como ocultam e instrumentalizam as relações de dominação (FLEURY; FISCHER, 2013, p. 22).

A cultura organizacional vem sendo objeto de estudo de alguns autores (BEYER; TRICE, 1987; SCHEIN, 2010, FLEURY; FISCHER, 2013, SCHEIN; SCHEIN, 2017), porém somente alguns (BITTAR, 2004) a abordam como elemento de sucesso na implantação e

manutenção de projetos de qualidade e segurança do paciente. Estudos nessa linha podem trazer importantes contribuições para o conhecimento da influência da cultura na gestão da qualidade, na implantação de programas e na gestão da segurança do paciente, tendo em vista a elevada demanda de organizações de saúde pela certificação de qualidade e sua dependência das ações das pessoas.

Atualmente, observam-se grandes esforços de hospitais públicos e privados para implementação de Programas de qualidade e segurança do paciente, utilizando metodologias diversas, nacionais e internacionais, que lhes parecem mais adequadas ao contexto. No entanto, as abordagens, geralmente, estão ancoradas na estrutura das normas e ferramentas para a sua execução, isto é, os aspectos objetivos com foco em resultados quantitativos.

Aspectos subjetivos aparecem no decorrer do processo e estão relacionados às pessoas, seus comportamentos perante as mudanças e à filosofia da organização. Assim, a perspectiva cultural deveria ser abordada, inicialmente, com ampla comunicação e conscientização de que mudar tornou-se necessário para o equilíbrio financeiro-assistencial. Nos últimos anos, houve grande incorporação tecnológica na área de saúde e capacitação técnica, contudo pouca mudança nas relações no trabalho e na formação de uma cultura da qualidade e segurança.

A cultura é o pilar de qualquer sociedade e é nesse contexto que os indivíduos vivenciam as realidades culturais em suas vidas cotidianas. Para Certeau (2014), o cotidiano é aquilo que nos é dado a cada dia, as práticas cotidianas acontecem por meio de estratégias (normas), mas também de táticas (maneiras de fazer) e astúcias ressignificando o lugar, em um movimento de cada sujeito ali circunscrito. “O enfoque da cultura começa quando o homem ordinário se torna o narrador, quando define o lugar (comum) do discurso e o espaço (anônimo) de seu desenvolvimento” (CERTEAU, 2014, p.61).

É nesse espaço cultural que a capacidade de adaptação a novos ambientes é desenvolvida, o que influenciará na decisão de cumprir ou não as regras aceitas pelo grupo (ARISTOVA, 2016). Segundo Certeau (2014), toda atividade humana pode ser cultura, mas não é necessariamente reconhecida como tal, pois “para que haja cultura, não basta ser autor das práticas sociais; é preciso que essas práticas sociais tenham significado para aquele que as realiza” (CERTEAU, 2014, p.142). Fleury e Fischer (2013) afirmam que “uma prática social assume formas heterogêneas, às vezes disparees entre si, porque é constituída historicamente e resulta de articulações locais circunscritas a determinadas áreas de ação” (FLEURY; FISCHER, 2013).

A cultura é influenciadora e determina os atos dos grupos sociais, refletindo nas interações estabelecidas nos grupos de trabalho, isto é, grupos sociais que se formam dentro das

organizações. Nesse cenário, a cultura das organizações cria um ambiente multifacetado que, ao mesmo tempo, estabelece uma “consciência Coletiva” que Certeau (2014) denomina de tecido de uma cultura.

Essa complexidade multifacetada passa necessariamente pela abordagem dos seus padrões políticos-culturais (FLEURY; FISCHER, 2013). Nesse sentido, a cultura é um elemento que governa as ações das pessoas, manifestada nas ações diárias, a fim de consolidar um comportamento esperado pelo grupo. Corroborando, Aristova (2016) afirma que isso se dá para criação de uma identidade cultural e um sentido de pertencimento (ARISTOVA, 2016).

A cultura organizacional é permeada por concepções conscientes e inconscientes que nem sempre são demonstradas de forma racional. Para sua compreensão, é necessária a apreensão dos artefatos, das crenças e valores e dos pressupostos inconscientes, como proposto por Schein (2010). Sua abordagem é holística e tem foco nas relações estabelecidas, englobando e ampliando os ritos conforme apresentados por Beyer e Trice (1987). A proposta apresentada por Fleury e Fischer (2013) sistematiza a pesquisa da cultura organizacional abarcando os elementos propostos por Schein (2010), porém incorporando o aspecto político, visto que, segundo as autoras, é inerente ao fenômeno. Elas estudam a cultura a partir dos seus elementos simbólicos.

Os elementos simbólicos da cultura organizacional são forças poderosas, repassadas pelos grupos e capazes de definir comportamentos, viabilizando ou dificultando projetos institucionais, e são definidos como construções coletivas que dão significado e constroem a identidade organizacional, gerando sentimento de pertencimento ao grupo e guiando as ações dos sujeitos individual e coletivamente (FLEURY; FISCHER, 2013).

Para apreensão da instância simbólica, precisa-se recuperar a biografia da organização, principalmente a sua história e incidentes críticos que são responsáveis pela elaboração da identidade institucional, bem como mapear as relações de poder entre as categorias profissionais e entre as áreas por meio da análise das práticas de trabalho e gestão de Recursos Humanos, que revelam a teia cultural (FLEURY; FISCHER, 2013).

Para Oliveira e Matsuda (2016), nos hospitais, a cultura assume dimensões maiores, tornando-se necessário conhecer sua complexidade, tendo em vista que a peculiaridade do serviço e as heranças históricas desfavoráveis às mudanças podem intervir na construção de novos valores e práticas institucionais. Para os autores, o risco de implementar um programa de gestão da qualidade que não encontre respaldo na cultura organizacional é considerável e gera um programa sem sustentação, no qual as pessoas não irão perceber seus benefícios.

Corroborando, Fleury e Fischer (2013, p.65) afirmam que “o estudo das organizações complexas tem avançado cada vez mais sobre os limites das práticas concretas, penetrando no obscuro universo das relações e dos sentimentos para melhor compreender os fenômenos organizacionais”.

Assim, a compreensão da cultura organizacional é preponderante para o sucesso da implantação dos programas de gestão da qualidade que realmente promova melhoria e segurança assistencial. Considerando a complexidade de estudar a cultura organizacional em um Hospital Universitário, referência terciária regional, no qual atuam diversos profissionais que possuem saberes próprios e que precisam atuar em equipe, utilizou-se o referencial teórico de Fleury e Fischer (2013).

Discorrer sobre qualidade nos hospitais é, sem dúvida, entrar no universo simbólico da cultura, como descrito por Fleury e Fischer (2013). O hospital universitário como um dos cenários da assistência em saúde possui estrutura complexa, onde atuam vários profissionais com autonomia e conhecimentos diferenciados com o objetivo comum de garantir uma assistência segura e de qualidade para pacientes e familiares. Para tal, várias atividades são desenvolvidas, ora isoladamente, ora em conjunto, para o alcance dos objetivos propostos:

Hospitais são organizações prestadoras de serviços de grande importância social, possuindo alta complexidade e peculiaridade, portanto a prática da “Qualidade” adquire enfoque e diferencial específicos. Conhecer a história, evolução e funcionamento dos hospitais permite delinear o cenário em que se configuram as ações da “Qualidade”, que deram início às práticas que tiveram suas primeiras iniciativas nos setores voltados a produtos, e se aproximando posteriormente da área de prestação de serviços, como saúde, educação e outros (BONATO, 2011, p. 320).

Pensar nesse sistema é considerar uma série de interações que necessita fluir de forma clara e harmônica. Essa relação deve permear não só as áreas assistenciais, mas também áreas administrativas, tecnológicas, econômicas e de ensino e pesquisa, a fim de cumprir a missão das organizações de saúde de assistir o ser humano (TRONCHIN; MELLEIRO; TAKAHASHI, 2014). Com isso, a gestão da qualidade torna-se fundamental para assegurar esse equilíbrio, pois possui uma série de ferramentas que propicia a fluidez e melhoria contínua dos processos, uma vez que possibilita a ruptura da fragmentação da saúde, proporcionando serviços que atendam às necessidades da população com segurança.

Nesse contexto, Caldana e Gabriel (2017) afirmam que programas de gestão da qualidade possibilitaram à organização oferecer uma assistência digna, de qualidade e segura,

contribuindo para remodelar o cenário de inseguranças e incertezas que, atualmente, permeia as organizações de saúde.

Organizações públicas e privadas que implementaram a gestão da qualidade e mantiveram suas ações alcançaram resultados assistenciais e financeiros satisfatórios, além disso, modificaram a forma de trabalho inserindo os profissionais de saúde não só na assistência, mas também no planejamento do cuidado criando um ambiente seguro. Segundo Tronchin, Melleiro e Takahashi (2014), para que isso aconteça é preciso que o conceito de qualidade esteja presente na missão das organizações e incorporado por seus atores sociais. Por outro lado, algumas organizações não conseguiram êxito na implantação e/ou manutenção dos programas de gestão da qualidade, mesmo possuindo perfis similares, porte e ramo de atuação de organizações que obtiveram êxito. As justificativas são diversas, como falta de recurso, de adesão dos profissionais, de apoio da diretoria, insuficiência de profissionais, dentre outras.

Diante das diferenças encontradas no cenário nacional, ressalta-se que para consolidação da gestão da qualidade é essencial o envolvimento de pessoas, estabelecimento de mudanças nas práticas profissionais e em suas concepções, sendo a abordagem da cultura organizacional essencial para o alcance desses objetivos.

Bittar (2004) acrescenta que o conhecimento e a valorização da cultura são imprescindíveis para a conquista da qualidade em organizações complexas. Corroborando, Kurcgant e Massarollo (2014) afirmam que é preponderante o conhecimento da cultura organizacional, visto que o desempenho das pessoas é determinante para o sucesso ou fracasso de qualquer proposta, considerando que são as pessoas que, no cotidiano de trabalho, interagem e modelam a cultura organizacional. Todavia, a cultura tem sido pouco considerada pelos coordenadores, administradores dos diferentes níveis formais da estrutura como variável que influencia o gerenciamento de pessoal e propostas de mudança.

Entende-se que a implantação de qualquer programa de qualidade envolve mudanças nas unidades, nas práticas profissionais e nas relações entre os grupos. Nesse sentido, Fleury e Fischer (2013) afirmam que propostas de mudanças, às vezes, assumem modelos incompatíveis com a cultura da organização, sendo que as transformações aparentemente desejadas pelos agentes organizacionais são rechaçadas sem que se identifique a razão/motivo.

A cultura organizacional inspira comportamentos e interfere na administração das organizações. Para implementação e manutenção de um programa de gestão da qualidade, é importante que este esteja respaldado e sustentado pela cultura organizacional para que seus benefícios sejam reconhecidos por clientes internos e externos (BITTAR, 2004).

A partir do exposto, emergiram os seguintes questionamentos: como a cultura organizacional influencia na gestão da qualidade e segurança do paciente no hospital? Qual o entendimento dos profissionais sobre cultura da organização e segurança do paciente no cotidiano de trabalho? Como o enfermeiro, coordenador de unidades e da equipe de enfermagem, lida com a implementação/manutenção da gestão da qualidade e segurança do paciente?

Assim, buscaremos argumentos para subsidiar a seguinte tese: A cultura organizacional influencia a implantação do sistema de gestão da qualidade e segurança do paciente.

O estudo teve como objetivo geral analisar a influência da cultura organizacional na gestão da qualidade e segurança do paciente em um hospital universitário da rede pública de Belo Horizonte e no cotidiano de trabalho dos profissionais. Os objetivos específicos foram compreender aspectos da cultura do hospital a partir da sua evolução histórica e mudanças em curso; identificar o entendimento de cultura organizacional pelos profissionais da equipe multidisciplinar e equipe de enfermagem; identificar as concepções dos profissionais e equipe de enfermagem sobre qualidade assistencial e segurança do paciente; e compreender a visão dos profissionais de saúde sobre a influência da cultura na gestão da qualidade e segurança do paciente.

O estudo é relevante por abordar a influência da cultura organizacional na gestão da qualidade e segurança do paciente que é pouco abordada na literatura nacional e internacional, conforme evidenciado na revisão integrativa realizada neste estudo e abordada no capítulo 2.3 desta tese, o que permite ampliar a produção de conhecimento e a sua utilização pelas organizações. Há possibilidade de aplicação prática dos resultados visando à melhoria nos processos de gestão hospitalar, em grande parte relacionados à cultura organizacional.

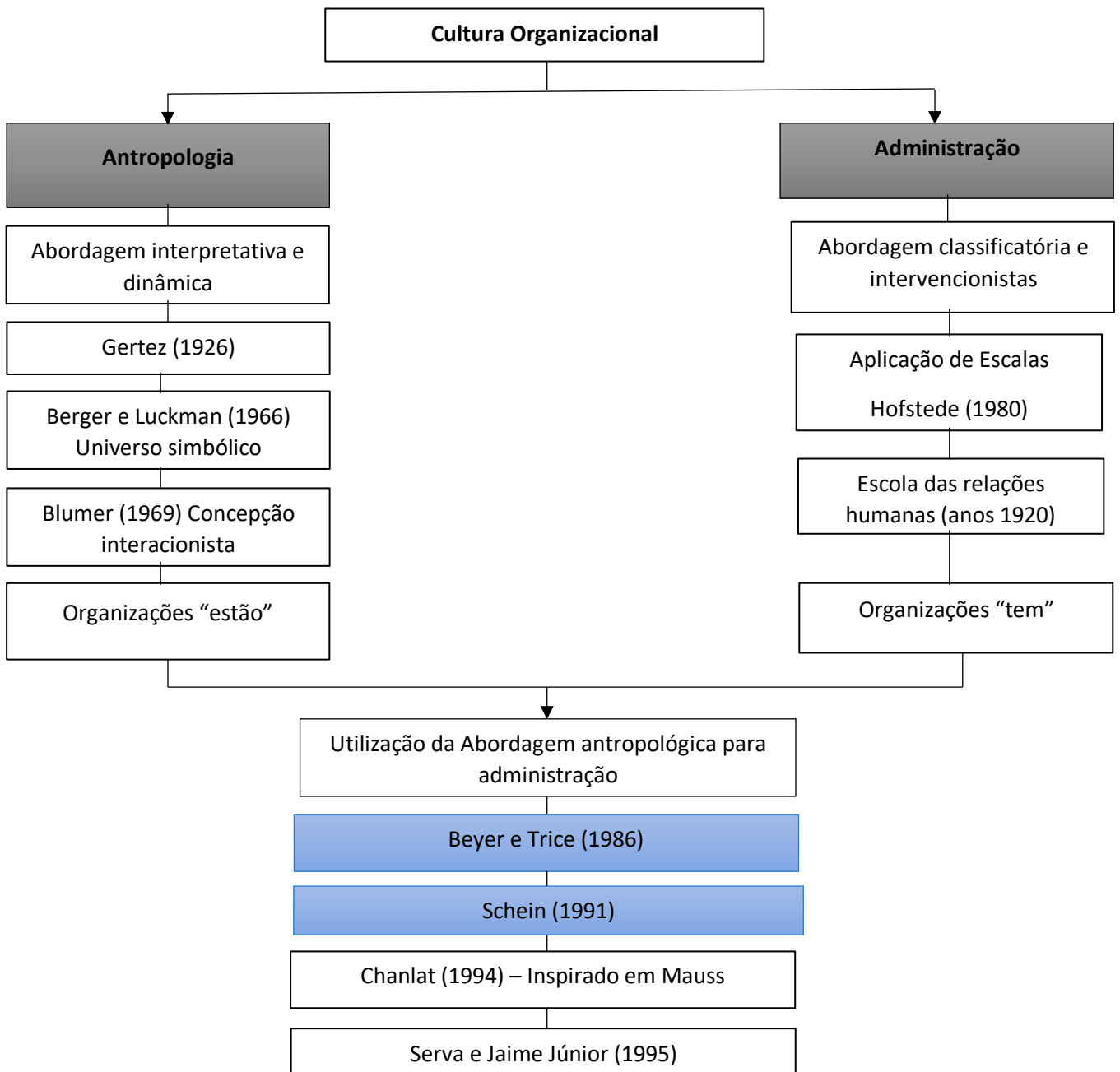
Considera-se ainda que o enfermeiro como gerente ou coordenador de Unidades e da equipe de enfermagem deve compreender a gestão da qualidade e segurança do paciente inserida na cultura organizacional, uma vez que são atores decisivos para processos de mudança. O alcance de resultados depende do seu envolvimento, tendo em vista que, em vários hospitais, esse profissional tem exercido funções de destaque na gestão da qualidade e segurança do paciente. Corroborando, Freire *et al.* (2015) depararam-se com número elevado de enfermeiros em cargos de gestão trabalhando com projetos de qualidade. Portanto, a atuação do enfermeiro é fundamental para processos de Acreditação Hospitalar, uma vez que seu trabalho promove a ligação entre os profissionais da equipe de saúde possibilitando a interdisciplinaridade e a integralidade propostas pelas metodologias de qualidade (FREIRE *et al.*, 2015).

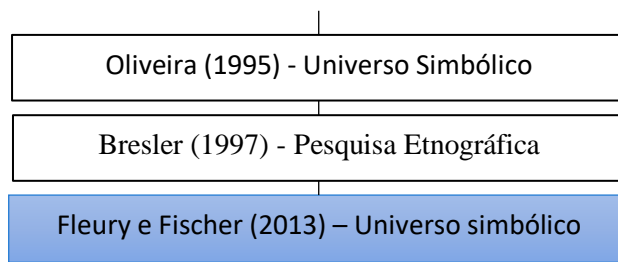
2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 DAS BASES ANTROPOLÓGICAS DA CULTURA A ADMINISTRAÇÃO: RESGATANDO CONCEITOS E PROPOSTAS

Neste capítulo, discutem-se as bases da cultura organizacional a partir de visão antropológica que considera cultura como elemento observável, mas não gerenciável, e as bases da administração que veem a cultura como pragmática passível de compreensão e modificações.

Figura 1 - Vertentes no estudo da cultura organizacional: a antropológica e administrativa com suas concepções e estudos e expoentes





Fonte: Autoria própria

O termo cultura organizacional começa a ser usado para demarcar a cultura no interior das organizações a partir da década de 1970 e início dos anos 80. Para Barbosa (1996), iniciou-se o reconhecimento de que a cultura de uma empresa pode funcionar como complicador ou aliado na implementação de novas políticas e projetos, e, ganhando notoriedade, o tema passou a ser discutido em eventos de administração.

A administração possui abordagem prática, buscando controlar as variáveis que interferem no alcance dos objetivos e resultados institucionais. Seu enfoque é ferramental, com a construção de escalas e sistemas classificatórios, cujo objetivo está na intervenção e controle da cultura das organizações. Nesse sentido, Hofstede (1980), estudando relação de valores nacionais e organizacionais de uma organização com filiais em diferentes países, estabeleceu cinco dimensões da cultura, a saber: distância do poder, individualismo/coletivismo, masculinidade/ feminilidade, resistência a incerteza e orientação em longo prazo/orientação em curto prazo (HOFSTEDE, 1980; MINKOV; HOFSTEDE, 2012).

Na abordagem antropológica, o pesquisador mergulha na vida das organizações buscando a compreensão do significado das ações, condutas, práticas e formas simbólicas. Geralmente, utiliza-se a abordagem etnográfica que consiste na inserção do pesquisador na cultura da sociedade estudada por meio da observação e de longa interação social com o grupo (MASCARENHAS, 2002).

Assim, a compreensão da cultura dá-se a partir da investigação de como o sistema de significados está organizado e a sua influência no comportamento do grupo (MINAYO, 2010). Clifford Geertz (2008) em seu trabalho “A Interpretação das culturas” descreve uma teoria interpretativa da cultura na qual a entende como um sistema entrelaçado de símbolos, atribuídos aos acontecimentos sociais, aos comportamentos, às organizações e aos processos delineados (GEERTZ, 2008)

Os símbolos ou elementos simbólicos são constituintes da cultura organizacional na vertente antropológica. Berger e Luckmann (1966, 2014) afirmam que, no universo simbólico,

os indivíduos de um grupo percebem a realidade e atribuem integração, justificativa e legitimidade às ações. A dimensão simbólica, na abordagem antropológica, é integrante da prática social, buscando a compreensão e análise da cultura por meio do interacionismo simbólico, no qual os fenômenos e os padrões são significados atribuídos ao objeto e construídos pelo grupo que utiliza mecanismos de legitimação para transmissão às novas gerações (BERGER; LUCKMAN, 1966, 2014).

A concepção interacionista descreve que o comportamento humano é dirigido e orientado em dois sentidos, o simbólico e o relacional. O simbólico constitui-se como uma rede de significados compartilhados pelo grupo e o relacional remete que as ações humanas são orientadas em relação ao outro (BLUMER, 1969).

Com os avanços das pesquisas sobre cultura organizacional, uma abordagem multidisciplinar, isto é, antropologia e administração, surge como proposta para compreensão da complexidade da cultura organizacional, sob a influência da escola das relações humanas aproximando-se da antropologia. Assim, duas vertentes metodológicas foram utilizadas: a etnografia e a observação participante (MASCARENHAS, 2002). Nessa vertente estão os estudos de Janice Beyer e Harrison Trice (1987), Chanlat (1994), Serva, Júnior (1995), Oliveira (1995), Bresler (1997), Schein (2010) e Fleury e Fischer (2013). (MASCARENHAS, 2002; FLEURY; FISCHER, 2013)

Chanlat (1994, 2010) em suas obras, “O indivíduo na organização: as dimensões esquecidas” e “Gestão Empresarial: uma perspectiva antropológica”, defende a abordagem antropológica para cultura nas organizações, utilizando como referencial Marcel Mauss. Mauss (2017) defende que os fenômenos mesmo sendo materiais são muito mais em virtude das ideias que das coisas. Nessa linha, encontram-se as obras de Serva, Jaime Júnior (1995), “Observação participante e pesquisa em administração: uma postura antropológica”, Bresler (1997), “Pesquisa bibliográfica: pesquisa participante e cultura organizacional”, e Oliveira (1995), “Cultura de empresa: um estudo de caso”.

Beyer e Trice (1987) definem cultura como uma “rede compartilhada de concepções, normas e valores que se encontra submersa à vida organizacional”. Segundo os autores, “a fim de criar e manter a cultura, essas concepções, normas e valores devem ser afirmados e comunicados aos membros de uma organização de forma tangível”. Consideram-se tangíveis as formas culturais manifestas nos ritos, rituais, mito, histórias, estórias, símbolos, linguagens, gestos, ambiente físico e artefatos. Porém, a compreensão da cultura das organizações passa pela identificação dos significados que os ritos carregam. Há, segundo os autores, seis tipos de

ritos: de passagem, de degradação, de progressão, de renovação, de redução de conflitos e de integração (BEYER; TRICE, 1987).

Os ritos de passagem destinam-se a facilitar a transição das pessoas na vida social, papéis e *status* que são novos para elas visando minimizar mudanças nas regras sociais que os indivíduos reproduzem (BEYER; TRICE, 1987).

Os ritos de degradação são as rupturas de uma identidade social que tem como objetivo reafirmar o valor da importância social e da função desenvolvida. Tem-se como exemplo proposto pelos autores o processo de despedida ou substituição de um alto executivo (BEYER; TRICE, 1987).

Os ritos de progressão servem para o fortalecimento da identidade social e do seu poder, destinando-se a proporcionar o reconhecimento público dos indivíduos por suas realizações, motivar e enfatizar o valor social do desempenho de papéis sociais (BEYER; TRICE, 1987).

Os ritos de renovação são para reformar as estruturas sociais e melhorar seu funcionamento para legitimar e reforçar os sistemas existentes de poder e autoridade. Já os ritos de redução de conflitos servem para reestabelecer o equilíbrio das relações sociais, por exemplo, as negociações coletivas (BEYER; TRICE, 1987).

Os ritos de integração destinam-se a incentivar e reavivar sentimentos comuns em um sistema social, reafirmando a retidão moral de normas usuais (BEYER; TRICE, 1987).

Contudo, não há, conforme os autores, somente esses tipos puros de ritos, há muitas lacunas nas tipologias e, considerando a dinamicidade das organizações de saúde, ritos podem ser criados ou reconfigurados. Para Beyer e Trice (1987), as pessoas desenvolvem e compartilham as concepções e entendimentos, que se transformam em ações práticas. Assim, os ritos ajudam os gestores a analisar os eventos institucionais visando chamar a atenção para os acontecimentos relevantes que não foram analisados ou esquecidos, pois esses podem ser comparados e avaliados. Sua análise perpassa pela compreensão da cultura, uma vez que os eventos do cotidiano das organizações são uma mistura de um ou mais tipo de rito. Por isso, os gestores precisam aprender e desenvolver as habilidades práticas, uma vez que:

Alguns desses ritos são ineficazes como formas culturais. Valores culturais desejados estarão ausentes ou comprometidos na medida em que eles não transmitem mensagens consistentes sobre a cultura desejada. Em tais casos, os gestores precisarão decidir se desejam criar um e mais vigorosos ritos ou tentar reanimar antigos. Novas formas de cultura podem ser adicionadas para tentar dinamizar ritos antigos, mas os gestores podem encontrar a substituição gradual para ritos mais eficazes (BEYER; TRICE, 1987, p.22).

Schein e Schein (2017, p. 6) definem cultura como:

Padrão de pressupostos básicos compartilhados e aprendidos por um grupo como ele resolveu seus problemas de adaptação externa e integração interna, que tem funcionado bem o suficiente para ser considerado válido e, portanto, ser ensinado aos novos membros como a forma correta de perceber, pensar e sentir em relação a esses problemas.

O autor define três níveis de cultura que são: artefatos, crenças e valores expostos e pressupostos inconscientes. O primeiro nível apresentado são os artefatos, no quais o fenômeno cultural é visível ao observador, incluindo todos os fenômenos que você iria ver, ouvir e sentir, por exemplo, a arquitetura do ambiente físico, a linguagem, a tecnologia e produtos, seus mitos e histórias contadas sobre a organização, suas listas publicadas de valores e seus rituais e cerimônias. Ao analisar a cultura, é importante reconhecer que artefatos são fáceis para observar, mas difíceis para se decifrar, uma vez que as crenças e valores expressos são racionalizações ou aspirações. Para entender a cultura de um grupo, deve-se tentar obter seus pressupostos básicos compartilhados e compreender o processo de aprendizagem pelo qual os pressupostos básicos evoluíram (SCHEIN; SCHEIN, 2017).

O segundo nível refere-se às crenças e valores expostos que são expressos na cultura, a razão do comportamento que as pessoas descrevem de forma racional, mas as razões subjacentes ao seu comportamento que estão abrigadas no seu inconsciente (SCHEIN; SCHEIN, 2017).

O terceiro nível, dos pressupostos inconscientes ou pressupostos básicos, é determinado pelo comportamento, percepção, pensamentos e sentimentos. Eles garantem as crenças e valores, visto que os comportamentos compartilhados pelo grupo se mostram adequados para resolver problemas (SCHEIN; SCHEIN, 2017).

Nesse sentido, Schein e Schein (2017) afirmam que a liderança fundadora é relevante para a compreensão da cultura nas organizações, uma vez que originalmente é a fonte das crenças e valores de um grupo que se move para lidar com problemas internos e externos, concluindo que:

A cultura é uma abstração, já que as forças criadas em situações social e organizacional derivadas da cultura são poderosas. Se nós não entendermos o funcionamento dessas forças, nós nos tornamos vítima para elas. Forças culturais são poderosas porque elas operam fora da nossa consciência. Nós precisamos compreendê-la não somente por causa do poder, mas porque elas ajudam a explicar muitas das nossas experiências intrigantes e frustrantes na vida social e na vida organizacional (SCHEIN; SCHEIN, 2016, p. 7).

Schein e Schein (2017) discorrem sobre a necessidade de se adotar uma postura clínica, isto é, investigação da cultura organizacional por meio de observação com intuito de aumentar nossa compressão sobre o fenômeno contribuindo para melhoria da gestão das organizações.

No entanto, a dimensão dos mecanismos de dominação e das relações de poder não é considerada nessas abordagens, ou seja, os padrões culturais não são percebidos como instrumentos de dominação, a cultura somente é percebida como instrumento de domínio das forças naturais. Assim, Fleury e Fischer (2013) propõem em sua abordagem a incorporação da dimensão política e das relações de poder na compreensão da cultura organizacional, avançando no modelo proposto por Schein (2010).

Fleury e Fischer (2013) trabalham os três níveis propostos por Schein (2010) como:

- Artefatos: analisam os artefatos por meio da história das organizações, da biografia institucional, dos incidentes críticos, convergindo com dimensão política e as relações de poder estabelecidas entre as categorias (FLEURY; FISCHER, 2013).
- Crenças e valores: referendam as autoridades consideradas legítimas, mantêm os mitos e símbolo, que fortalecem a coesão mantendo os sistemas de poder. Contudo, estas não surgem casualmente nem são facilmente absorvidas como fundamento do comportamento coletivo. São produtos de um processo de aprendizado social ocorrido no bojo da luta empreendida pela organização. Nesse sentido, resguardam e mantêm as organizações, sendo acatadas e protegidas pelas pessoas sem crítica e percepção consciente de que é a base de suas ações e decisões (FLEURY; FISCHER, 2013).
- Pressupostos básicos, na proposta das autoras, são difíceis de discernir, mantêm-se invisíveis à observação do agente externo e usam mecanismos de escamoteação e mimetismo para não se revelarem com facilidade aos estranhos e, dessa forma, garantem a sua sobrevivência (FLEURY; FISCHER, 2013).

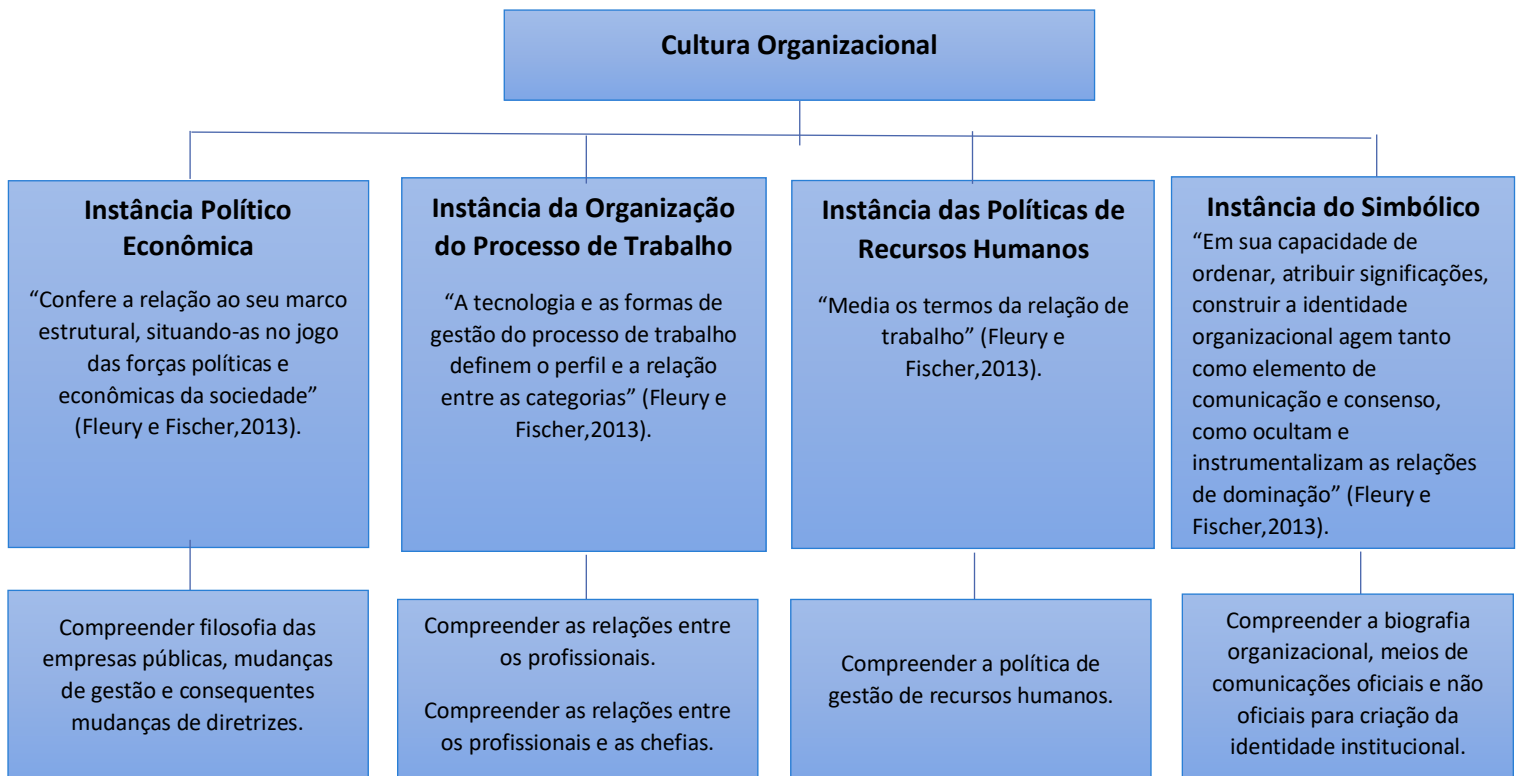
Fleury e Fischer (2013), ao discutirem a cultura organizacional, tomam como base o arcabouço teórico de Schein e Schein (2017), mas incorporam a ele a dimensão política que se expressa por meio das relações de poder presentes nas organizações.

Assim, apontam que a cultura organizacional abarca elementos simbólicos, isto é, abrange um conjunto de valores e pressupostos básicos, com características e dinamicidade próprias, que lhe permitem ordenar, atribuir significações e construir a identidade organizacional. Os elementos simbólicos no cotidiano de trabalho são, por exemplo, o sentimento de colaboração, o mito da grande família, do amor à organização e do seu reconhecimento social, a afetividade entre os trabalhadores. Fatos históricos marcantes,

contatos repassados por determinados sujeitos, como diretores ou coordenadores, que tenham promovido melhorias no processo de trabalho ou o reconhecimento da importância dos trabalhadores para organização também se inserem no rol dos elementos simbólicos.

Portanto, para a compreensão da cultura organizacional, faz-se necessário mapear as relações de poder entre as categorias e entre as áreas da organização: análise das práticas de trabalho e das práticas administrativas, principalmente aquelas relativas à gestão de Recursos Humanos (RH) e ao sistema de comunicação. É preciso também construir uma biografia da organização, recuperando em sua história os elementos essenciais e incidentes críticos responsáveis pela elaboração da identidade organizacional. Isso permite analisar e interpretar os elementos simbólicos presentes na vida organizacional, propiciando material importante para compreensão dos padrões de relações no trabalho (FLEURY; FISCHER, 2013), conforme pode ser observado na figura abaixo:

Figura 2 - Cultura organizacional



Fonte: Autoria Própria com base na obra de Fleury e Fischer (2013).

A história da organização é importante para compreensão da identidade organizacional, principalmente o fundador ou diretores que foram responsáveis por imprimir os valores institucionais. Nesse sentido, a recuperação dos incidentes críticos, como crises, mudanças de gestão, fracassos ou sucessos, é uma oportunidade para apreensão dos elementos simbólicos,

uma vez que os valores são questionados ou preservados pelo grupo (FLEURY; FISCHER, 2013).

A política de gestão de Recursos Humanos é instrumento que media a relação entre capital e trabalho. É necessário compreender os processos de treinamento, desenvolvimento e socialização de novos membros, aprofundando-se nas práticas explícitas e implícitas nas quais são repassados os valores institucionais expressos nos elementos simbólicos responsáveis pela inclusão do indivíduo ao grupo e exclusão de outros, demonstrando os padrões culturais da organização (FLEURY; FISCHER, 2013).

Os meios de comunicação oficiais e os informais são responsáveis pela transmissão e cristalização do universo simbólico de uma organização. O mapeamento desses meios permite compreender como são estabelecidas as relações entre as categorias e as unidades da organização (FLEURY; FISCHER, 2013).

A compreensão da organização do processo de trabalho perpassa pelo enfoque que a organização, inserida no contexto social, político e econômico, delinea sua identidade institucional moldando os padrões da relação de trabalho. Assim, o momento político de um governo autoritário ou democrático, os movimentos de classe, dentre outros, são elementos definidores das relações no trabalho nas organizações (FLEURY; FISCHER, 2013).

Assim, buscando compreender o jogo de forças entre capital e trabalho, alguns momentos são determinantes, como greves e conflitos internos, explicitando as estruturas de poder no jogo político das forças sociais que incide sobre as organizações e conseqüentemente sobre as relações no trabalho regulando os termos dessas relações que refletem na sociedade de maneira dialética (FLEURY; FISCHER, 2013).

O processo de trabalho possibilita o mapeamento das relações de poder entre as categorias e as áreas na dimensão política constitutiva do elemento simbólico (FLEURY; FISCHER, 2013). Nesse sentido, as autoras consideram a cultura organizacional e as relações de poder, após seus estudos que buscaram encontrar elementos epistemológicos que permeiam esses conceitos inter-relacionados que se autoinfluenciam, afirmando que:

Ao focar as esferas da cultura e do poder organizacional, não as concebo como características independentes, mas ao contrário, como padrões inter-relacionados, que se influenciam mutuamente guardam entre si práticas pouco conhecidas, mas que são significativamente importantes para definir o perfil de uma organização, penetrar em seu complexo universo e compreender as causas de fenômenos aparentemente inexplicáveis (FLEURY; FISCHER, 2013, p. 66).

Assim, para compreensão da relação entre cultura e poder nas organizações, as autoras orientam politizar o conceito de cultura organizacional para abranger os comportamentos, as decisões, os processos e as relações nas quais a dinâmica organizacional se estabelece:

Esta politização do conceito implica uma releitura da realidade, onde a cultura e o poder passam pelo filtro das diversas abordagens oriundas de diferentes áreas do conhecimento: a Sociologia, a Antropologia, a Psicologia, entre outras. Não se trata, no entanto, de pinçar ideias convenientes e justapô-las para formar características explicativas do que é observado no contexto organizacional, mas de elaborar a concepção específica dos componentes políticos constituintes dos padrões culturais identificados nessas organizações (FLEURY; FISCHER, 2013, p. 66).

A partir dessa abordagem, as resistências a mudanças não podem ser consideradas genericamente como impedimentos para os projetos de desenvolvimento institucionais, pois continuam válidas e internalizadas as premissas básicas da cultura da organização, inviabilizando projetos e prioridades estratégicas almejadas pela direção.

Nesse contexto, poder e cultura relacionam-se suplantando as normas, os regulamentos e as regras, em múltiplas relações de forças presentes em todas as esferas da organização, bem como alcançam todos os indivíduos manifestando-se em formas heterogêneas, às vezes díspares entre si, uma vez que são historicamente constituídas e sua eficácia baseia-se na capacidade de esconder as contradições existentes (FLEURY; FISCHER, 2013).

2.2 QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

Este capítulo propõe resgatar os conceitos de qualidade e segurança do paciente em uma perspectiva histórica e demonstrar o panorama nacional acerca das creditações no país.

A qualidade na saúde considera em sua definição a segurança como a primeira dimensão por entidades e organismos mundiais, como o Instituto Avedis Donabedian, o Instituto de Medicina (Institute of Medicine (IOM) e Organização para Cooperação Econômica e Desenvolvimento (Organization for Economic Co-operating and development – OECD). Assim sendo, são possíveis, em diferentes perspectivas, algumas iniciativas históricas nesse resgate, como a de Semmelweis, que, em 1847, propôs instituir a obrigatoriedade de higienização das mãos após relacionar a febre puerperal com exame médico-obstétrico, reduzindo de 18% para 1% a mortalidade materna. Outro ator importante nessa construção foi Florence Nightingale que, em 1855, organizou a estrutura física para atendimento aos doentes e mapeou a sazonalidade das doenças (NASCIMENTO; DRAGANOV, 2015; BRASIL, 2014).

Coldman, em 1911, nos EUA, propôs reforma hospitalar após a avaliação de 337 altas médicas, nas quais encontrou 123 erros médicos, estabelecendo metas de desempenho para a equipe por meio do cumprimento de medidas e ações com foco na redução das falhas. Seu trabalho, porém, não foi aceito pela comunidade médica que o proibiu de questionar a competência médica. Tal medida culminou com sua saída do Hospital Geral de Massachusetts e do estabelecimento do colégio americano dos cirurgiões que traçou padrões mínimos para hospitais (Minimum Standards) visando à melhoria da qualidade da assistência prestada nos hospitais americanos por meio da redução das iatrogenias (GASPARY, 2014; NASCIMENTO; DRAGANOV, 2015).

Em 1926, o Colégio Americano dos Cirurgiões promulgou o primeiro manual de padronização, sendo avaliado e aprovado em 3290 hospitais, entre 1917 e 1950. Porém, com as dificuldades financeiras provenientes do aumento dos custos relacionados com a crescente complexidade e demanda das especialidades médicas após a 2ª guerra mundial, iniciou-se parceria com a Associação Médica Americana, Associação Médica Canadense, Colégio Americano de Clínicos e Associação Americana de Hospitais com intuito de promover a acreditação voluntária, resultando, em 1952, na criação do programa da *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* com objetivo de disseminar a Cultura da qualidade nas instituições e saúde e espaços acadêmicos (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Em 1966, Donabedian publica seu trabalho “Evaluating the Quality of Medical Care” definindo três etapas para acesso ao desempenho: estrutura, processos e resultado, conhecidas como “tríade de Donabedian”. Seus trabalhos foram determinantes para discussão a respeito da qualidade e segurança, sendo o clássico “An Introduction to Quality Assurance in Healty Care”, do autor, responsável por apresentar os sete pilares da qualidade na assistência à saúde, ou seja, eficácia, eficiência, efetividade, aceitabilidade, legitimidade, equidade e otimização, concretizando as diretrizes para construção de um sistema de saúde seguro:

1. Eficácia: capacidade de produção de melhorias na saúde e no bem-estar. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias.
2. Eficiência: é a relação entre o benefício oferecido pela assistência à saúde e seu custo econômico.
3. Efetividade: é a relação entre o benefício real oferecido pela assistência à saúde e o resultado potencial, representado esquematicamente por uma fração em que os estudos epidemiológicos e clínicos oferecem as informações e resultados para obter a resultante dessa relação.

4. Aceitabilidade: sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias. Depende da efetividade, eficiência e adequação, além da acessibilidade ao cuidado, características da relação médico-paciente e as amenidades do cuidado.
5. Legitimidade: é a possibilidade de adaptar satisfatoriamente um serviço às partes interessadas ou à sociedade como um todo, confirmando sua aceitação e credibilidade.
6. Equidade: é a distribuição dos serviços de acordo com as necessidades de saúde objetivas e percebidas da população.
7. Otimização: é o equilíbrio entre melhorias e o custo dessas melhorias (DONABEDIAN, 2003).

Este trabalho possibilitou que metodologias fossem elaboradas, desenvolvidas, aperfeiçoadas e disseminadas mundialmente, e entidades internacionais foram estabelecidas com objetivo promover pesquisas, disseminar boas práticas em saúde e fomentar melhoria e segurança assistencial, como *Institute for Healthcare Improvement* nos Estados Unidos, responsável pela abordagem geopolítica e social da saúde expressa no *Triple Aim* e *The Health Foundation* (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, [201-?]; SHAH, 2019).

Um marco importante na história mundial da qualidade em saúde foi o estabelecimento da Sociedade Internacional para qualidade em Saúde (International Society for Quality in Health Care-ISQUA), em 1984, que tem como parceiro técnico importante a Organização Mundial da Saúde. O ISQUA reconhece as metodologias de qualidade espalhadas pelo mundo desde que estas estabeleçam requisitos que avaliem a segurança do paciente e a gestão de riscos (ISQUA, [201-?]).

Em 1990, o psicólogo James Rassin, após pesquisas sobre a natureza do erro humano, publica seu trabalho “Human Error” caracterizando a natureza e tipos de erros. Em 2000, o autor propõe o modelo que aponta que os sistemas possuem uma série de camadas, fazendo analogia aos processos instrucionais com furos. Os perigos não gerenciados das atividades passarão entre os furos alinhados das camadas causando erros/falhas no sistema (NASCIMENTO; TRAVASSOS, 2010).

No ano seguinte, divulgou-se o relatório “Crossing the Quality Chasm” propondo como o sistema de saúde pode ser desenhado para inovação e melhoria dos sistemas de saúde. Em 2000, foi promulgado pelo IOM o relatório “Errar é humano, construindo um sistema seguro” que levantou o número de eventos adversos (EA) ocorridos na assistência à saúde. Esse trabalho foi divulgado pela mídia como situação catastrófica, gerando comoção mundial. Após esse

relatório, mundialmente foi intensificada a discussão do estabelecimento de padrões de qualidade e segurança para saúde. Assim, lançaram-se duas campanhas mundiais, “salve 100 mil vidas” e com o sucesso a meta foi aumentada para “salve 5 milhões de vidas”. No mesmo ano ocorreu a 55ª Assembleia Mundial da Saúde, promovida pela “World Alliance for Patient Safety”, promovendo discussões e recomendações sobre a urgência de adotar ações para segurança na saúde. Esse evento foi determinante para lançamento das campanhas mundiais de segurança do paciente. Em 2008, a Organização Mundial da Saúde lança o *checklist* de cirurgia segura e no ano seguinte a padronização dos conceitos de segurança do paciente (NASCIMENTO; DRAGANOV, 2015; BRASIL, 2014).

No Brasil, as discussões sobre qualidade na saúde tiveram início nos anos 1990. A crise econômica na saúde fomentou os trabalhos iniciais acerca de padrões de qualidade como alternativa para alcance do equilíbrio entre segurança assistencial e custo. Com base em metodologias internacionais, formulou-se o Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade (PBQP) e, em 1998, publicou-se a primeira edição do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar vinculado ao Ministério da Saúde. Posteriormente, sem conseguir alavancar o programa de acreditação, o processo foi desvinculado do Ministério da Saúde e a Organização Nacional de Acreditação (ONA, [201-?]) foi fundada em 1999, iniciando efetivamente os trabalhos e o estabelecimento das diretrizes de avaliação no país (RODRIGUES; LAGE, 2016).

Atualmente, a ONA é uma entidade não governamental e sem fins lucrativos que certifica a qualidade de serviços de saúde no Brasil com foco na segurança do paciente. É reconhecida pela ISQUA e possui parcerias com organizações acadêmicas e organizações de saúde em mais de 100 países. Sua missão é aprimorar a gestão, qualidade e segurança da assistência no setor saúde por meio do Sistema Brasileiro de Acreditação (ONA, 2019). A metodologia aplica-se a hospitais, ambulatórios, laboratórios, serviços de pronto atendimento, hemoterapia, nefrologia e terapia renal substitutiva, diagnóstico por imagem, radioterapia e medicina nuclear, dietoterapia, processamento de roupas para a saúde, manipulação, esterilização e reprocessamento de materiais, odontologia, *home care* e programas de saúde e prevenção de riscos para pacientes saudáveis com fatores de risco e pacientes portadores de condições crônicas.

Segundo os dados da ONA, são 795 certificações válidas. Os hospitais representam 41,26% das certificações e os hospitais-dia 1,64% , evidenciando que as certificações são mais representativas nos hospitais quando comparados com outros serviços de saúde, como descrito no quadro abaixo.

Quadro 1 - Organizações certificadas pela ONA, no Brasil, por tipo, em 2019

Organizações Certificadas pela ONA por tipo	Nº	%
Ambulatório	126	15,85
Atenção Domiciliar - Assistência	1	0,13
Atenção Domiciliar - Internação e assistência	14	1,76
Diagnóstico por Imagem, Radioterapia e Medicina Nuclear	78	9,81
Hemoterapia	44	5,53
Hospital	328	41,26
Hospital-dia	13	1,64
Laboratório	118	14,84
Nefrologia e Terapia Renal Substitutiva - Agudo e Crônico	11	1,38
Nefrologia e Terapia Renal Substitutiva - Crônico	1	0,13
Processamento de Roupas para Serviços de Saúde	3	0,38
Programas da Saúde e Prevenção de Riscos	3	0,38
Pronto Atendimento	10	1,26
Serviços de Dietoterapia	3	0,38
Serviços de Esterilização e Reprocessamento de Materiais	2	0,25
Serviços de Manipulação	9	1,13
Serviços de Oncologia	25	3,14
Serviços Odontológicos	6	0,75
Total	795	100%

Fonte: ONA (2019).

O Brasil possui 7.514 hospitais segundo o Relatório de Gestão de 2017 do Ministério da Saúde, destes 341 (hospitais e hospitais-dia) são certificados, assim somente 4,5% dos hospitais no Brasil possuem sistema de gestão certificado pela metodologia ONA.

Em relação às regiões do país, há uma concentração de certificações na região Sudeste, destacando-se Minas Gerais e São Paulo. Nesse cenário, nota-se ainda que a maioria das certificações é de hospitais privados, o que gera reflexão sobre o cenário do país acerca desse tema na saúde pública.

Figura 3 - Organizações certificadas por região do país (localização)



Fonte: ONA (2019).

2.3 O ESTADO DA ARTE DAS PESQUISAS SOBRE CULTURA ORGANIZACIONAL: REVISÃO INTEGRATIVA

Com o objetivo de compreender a situação das pesquisas nacionais e internacionais e avançar no estudo do tema, foi realizada revisão integrativa da literatura com os descritores indexados no *DESC*: cultura organizacional, gestão da segurança, organização e administração, programa de qualidade total, organizações, gestão da qualidade, controle de qualidade, administração de serviços de Saúde, hospitais federais e hospitais gerais, com estratégia de busca com os descritores isolados e em conjunto, nos idiomas inglês, português e espanhol nos últimos 10 anos. Foram encontrados 11 artigos sobre cultura organizacional na área de saúde.

Em relação à origem dos estudos, encontrou-se: 03(três) na Europa, 02 (dois) na Ásia, 02 (dois) nos Estados Unidos, 03(três) na América do Sul (1 em Buenos Aires (Argentina) e 02 (dois) no Brasil) e 01 revisão integrativa conduzida por pesquisadores da Austrália. Em relação à abordagem tem-se a predominância de estudos quantitativos com aplicação de questionário de avaliação de cultura: 09 (nove) estudos de delineamento quantitativo, 01(hum) estudo de revisão integrativa e 01(hum) estudo de abordagem qualitativa.

Quadro 2 - Estudos nacionais e internacionais sobre cultura organizacional

Autor (es)/ Ano	Título
Carvalho, M. C. <i>et al.</i> (2013)	Valores e práticas de trabalho que caracterizam a cultura organizacional de um hospital público (Brasil).
Kaufman, G.; McCaughan, D. (2013)	The effect of organisational culture on patient safety. (EUA)
Jacobs, R. <i>et al.</i>, (2013)	The relationship between organizational culture and performance in acute hospitals. (Inglaterra)
Wagner, C; Mannion, R; Hammer, A. <i>et al.</i> (2014)	The associations between organizational culture, organizational structure and quality management in European hospitals. (Europa)
Rocha, F. L. R. <i>et al.</i> (2014)	A cultura organizacional de um hospital público brasileiro (Brasil).
Carlstrom, E.; Olsson, L. (2014)	The association between subcultures and resistance to change--in a Swedish hospital clinic. (Suécia, Europa.)
Joseph, M. L. (2015)	Organizational culture and climate for promoting innovativeness. (EUA)
Ramos, S. <i>et al.</i> (2015)	Maternidad Segura y Centrada en la Familia: la cultura organizacional de maternidades de la provincia de Buenos Aires (Buenos Aires, Argentina)
Jafree, S. R. <i>et al.</i> (2016)	Nurse perceptions of organizational culture and its association with the culture of error reporting: a case of public sector hospitals in Pakistan. (Paquistão, Asia)
Braithwaite, J. <i>et al.</i> (2017)	Association between organizational and workplace cultures, and patient outcomes: systematic review. (Nova Gales, Australia)
Lui, J. N. M.; Johnston, J. M. (2019)	Validation of the nurse leadership and organizational culture (N-LOC) questionnaire. (Hong Kong, Ásia)

Fonte: Dados da pesquisa.

Os estudos relatam a importância da abordagem da cultura organizacional nas propostas de mudança, projetos, gestão da qualidade, resultados institucionais e assistenciais e na segurança do paciente, visto que seus elementos são forças poderosas que influenciam a construção de sistema de saúde mais eficiente e seguro.

Assim, pode-se observar que o tema cultura organizacional na área de saúde é pouco explorado na literatura e com abordagem qualitativa, buscando entender o significado atribuído aos grupos as ações não possuem expressividade nas publicações.

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Este capítulo discorrerá sobre a trajetória metodológica, abrangendo a caracterização da pesquisa, cenário de estudo, participantes, instrumentos e procedimentos da coleta de dados, técnica de análise dos dados e as considerações éticas.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de caso único, de abordagem qualitativa, utilizando-se o referencial teórico de Fleury e Fischer, considerando a complexidade do objeto de estudo e o objetivo que se deseja alcançar. Para Yin (2015), o estudo de caso apresenta-se como estratégia apropriada quando se trata de situações cujo objetivo é conhecer fenômenos individuais, grupais ou organizacionais. Isso permite a compreensão de fenômenos sociais complexos, o que possibilita aos investigadores apreenderem as características holísticas de eventos da vida real, como comportamentos de pequenos grupos e processos organizacionais. Como método de pesquisa, o estudo de caso é válido para responder às questões “como” e “por que” viabilizando a abordagem quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes (YIN, 2015), como a complexidade do hospital.

O caso estudado foi a cultura organizacional da unidade de clínica médica de um hospital universitário público. A unidade de análise foram os elementos simbólicos constituintes da cultura organizacional no cotidiano de trabalho de profissionais da saúde.

A pesquisa qualitativa não visa à quantificação de fenômenos, mas propõe entender as sinuosidades das relações humanas e os resultados da sua atividade cujo universo de investigação é o cotidiano no qual as experiências de senso comum são interpretadas e reinterpretadas pelos sujeitos (MINAYO, 2010; TURATO, 2011). Segundo Turato (2011), permite a compreensão dos significados e sentidos individuais ou coletivos no contexto de vida real das pessoas, tendo muito a contribuir com pesquisadores que almejam estudar aspectos gerenciais e administrativos das organizações de saúde.

Para Minayo (2010), as pesquisas qualitativas aplicam-se ao estudo das relações, representações, crenças, percepções e opiniões, frutos das interpretações que sujeitos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmo, sentem e pensam. Nesse contexto, esse tipo de abordagem permite a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo estudado desvelando processos sociais ainda pouco conhecidos (MINAYO, 2010).

O estudo de caso de abordagem qualitativa possibilita a construção de novas abordagens a partir da análise de determinado contexto, bem como as relações e percepções a respeito de um fenômeno, gerando conhecimento sobre características significativas das vivências, tais como propostas de mudança e intervenção (MINAYO, 2010).

Schein e Schein (2017) faz uma crítica à construção de escalas quantitativas e tipologias classificatórias para compreensão da cultura, considerando que o próprio conceito de cultura ainda carece de maior precisão teórica e os instrumentos de investigação precisam ser adequados para alcançar níveis mais profundos, nos quais os padrões culturais se formam e se sedimentam (SCHEIN; SCHEIN, 2017). Portanto, o estudo de caso de abordagem qualitativa possibilitou a investigação da influência da cultura organizacional na gestão da qualidade e segurança do paciente de um hospital universitário da rede pública, possibilitando a análise dos elementos que interferem no processo, bem como os significados atribuídos a eles.

3.2 CENÁRIO DE ESTUDO

O cenário de estudo foi constituído pelas unidades de clínica médica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC/UFMG), localizadas no 7º e 3º andar do mesmo. O 7º andar leste possui 39 leitos, distribuídos em 7 enfermarias de 5 leitos e 2 enfermarias de 2 leitos destinadas ao isolamento por contato; o 7º andar norte, 24 leitos distribuídos em 18 leitos de cardiologia para pacientes pós-alta da Unidade Coronariana (UCO) e 6 leitos de isolamento respiratório; e o 3º andar sul possui 24 leitos.

Essa opção considerou as dificuldades de um estudo sobre cultura em todo o hospital, uma vez que há várias subculturas: “Hospital é a soma de diferentes tipos de organização”, cada setor possui suas peculiaridades e com isso sua subcultura; “cada área/subárea de um hospital possui sua própria cultura, cria seus próprios mitos, suas maneiras peculiares de relacionamento e a maneira como respondem aos estímulos do meio interno e externo” (BITTAR, 2004, p.2). Considerando as particularidades de cada setor em hospitais, o autor afirma que os setores fechados, como o centro cirúrgico (CC) e o centro de tratamento intensivo (CTI), possuem “grupos mais coesos, observadores de regras, de protocolos, enfim de disciplina”. Por outro lado, setores abertos sofrem a influência de todos os outros processos e profissionais, visto que recebem pacientes para continuidade dos cuidados e atuação de vários profissionais das diversas clínicas e saberes. Assim, o presente estudo foi realizado nas unidades de clínica médica do HC/UFMG.

O complexo hospitalar do HC/UFMG é formado pelo edifício central, Hospital São Vicente de Paulo, com capacidade instalada de 547 leitos de internação em várias especialidades e 8 (oito) anexos, destinados ao atendimento ambulatorial.

O HC/UFMG realiza, aproximadamente 54 mil atendimentos/ano de urgência, 18 mil internações/ano, 430 mil consultas ambulatoriais/ano e 21 mil cirurgias por ano. É referência municipal e estadual para assistência de alta complexidade. No ensino é responsável pela formação de alunos de graduação e pós graduação totalizando aproximadamente 2600 alunos/ano. Possui 69 programas de residência médica nas diversas áreas, 02 (dois) programas de residência multiprofissional em três áreas (saúde do Idoso, atenção cardiovascular e cuidado Humanizado da criança e adolescente) e 1 programa de residência em cirurgia e traumatologia buco maxilo facial com um total aproximado de 600 residentes/ano. Para formação de recursos humanos em saúde possui Centro de Pesquisas Clínicas, que realiza estudos clínicos e pesquisas de bioequivalência/biodisponibilidade, o Centro de Telessaúde (CTS) que utiliza tecnologias de informação e comunicação e o Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (NATS) que realiza análise das novas tecnologias considerando seu valor na melhoria da qualidade da assistência. Na extensão, está desenvolvendo projetos relacionados a política de humanização e a atenção integral à saúde do idoso (BRASIL, 2018). Trata-se de um hospital universitário de porte extra, que tem como atividades fim o ensino, pesquisa e assistência de forma integrada. Portanto o HC/UFMG além de importante centro de ensino e assistência, é reconhecido como centro produtor de conhecimento. É um dos maiores hospitais universitários federais e mais relevante do país, considerando a complexidade dos atendimentos e número de profissionais formados(D12).

O Hospital foi escolhido considerando alguns critérios: a história de implantação do sistema de gestão da qualidade que teve início em 2001 e ao longo de 16 anos apresenta avanços e retrocessos sem conseguir consolidar o processo; e a importância histórica e complexidade do Hospital por ser referência no sistema municipal e estadual e em patologias de alta complexidade, sendo necessária a articulação de vários profissionais para lidar com essa realidade (BRASIL, [201-?]a). Além disso, nesse período, passou por importantes mudanças na gestão com a entrada da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), vinculada ao Ministério da Educação, que se tornou responsável pela administração dos Hospitais Universitários Federais do Brasil, anteriormente administrados pelas Universidades Federais. Tais mudanças influenciam os elementos simbólicos da cultura sedimentada por vários anos como hospital da universidade e, ainda, pouco explorados. Neste estudo, serão explorados o contexto histórico e as mudanças recentes.

Nesse cenário, torna-se relevante estudar a influência da cultura organizacional nas práticas dos profissionais em um hospital que está implementando a gestão da qualidade, pois essa construção passa pelo significado que os profissionais atribuem à proposta, viabilizando-a ou mesmo a inviabilizando.

A história da implementação da gestão da qualidade iniciou-se em 2001, quando o programa acreditação foi incluído no plano diretor. Nesse mesmo ano, criou-se uma comissão multiprofissional a fim de planejar e executar ações para implantação desse programa (BRASIL, [201-?]a). Em 2009, realizou-se uma oficina de planejamento na organização cujo objetivo foi difundir boas práticas de gestão e, entre suas deliberações, houve a proposta de qualificação do corpo gerencial e busca de certificação de qualidade da organização (BRASIL, [201-?]a).

Durante essa construção, o HC/UFMG recebeu avaliação diagnóstica pela metodologia da ONA, mas o processo não prosseguiu. Em 2010, estabeleceu-se parceria entre o HC/UFMG, Ministério da Saúde e Hospital Alemão Oswaldo Cruz que financiou processo de gestão da qualidade por meio da Join Commission International (JCI), e o ciclo de visitas educativas teve início. Em dezembro de 2013, outra mudança significativa de gestão ocorreu com a entrada da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) vinculada ao Ministério da Educação que se tornou responsável pela reestruturação dos hospitais universitários federais que “optassem” por esse modelo. A proposta buscava a modernização da gestão, conservando e reforçando o papel estratégico desempenhado por essas unidades de centros de formação de profissionais de saúde e de prestação de assistência da população integralmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). No início de 2018, o HC/UFMG recebeu a última visita educativa da JCI, sendo a auditoria de certificação cancelada em novembro e a certificação de qualidade ainda não foi conquistada (BRASIL, [201-?]a).

O HC/UFMG estabeleceu como visão ser reconhecido até 2018 como hospital universitário de excelência, com a missão de desenvolver a assistência em saúde com eficiência, qualidade e segurança e, de forma indissociável e integrada, o ensino, a pesquisa e a extensão (D1, D2) (BRASIL, [201-?]a).

Assim, estabeleceu uma proposta de gestão da qualidade que buscava sedimentar a cultura e a prática de qualidade e segurança na organização, capacitar o corpo profissional, garantir o gerenciamento de riscos e a implementação das metas internacionais de segurança e promover a comunicação dos processos de melhoria da qualidade em toda a organização com objetivo de disseminar os processos relacionados à qualidade e segurança do paciente, obter maior efetividade e eficiência das ações voltadas à melhoria da qualidade e segurança do

paciente, promover a cultura da gestão de riscos e eventos adversos e garantir a implantação das metas internacionais de segurança do paciente. Esse programa proposto visava subsidiar a implantação de um sistema de melhorias contínuas e ações estratégicas com vistas à ampliação da segurança e redução dos riscos para pacientes e profissionais, além de garantir qualidade na produção da assistência, do ensino e da pesquisa (BRASIL, [201-?]a). O contexto de mudança de gestão, associado à implantação de um sistema de gestão da qualidade, gerou ambiente de contribuições e resistências propício para ao estudo da cultura organizacional.

3.3. PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram da pesquisa 51 profissionais entre gestores e profissionais assistenciais, sendo entrevistados 18 gestores e 33 profissionais da assistência das diversas profissões. Foram critérios de inclusão dos gestores do nível estratégico e tático, considerando a sua importância na manutenção ou mudança da cultura organizacional: serem responsáveis pela estratégia da instituição ou atuarem na unidade de clínica médica. E critérios de exclusão gestores das outras unidades do hospital. Para a equipe assistencial foram critérios de inclusão: trabalhar nas unidades de clínica médica na assistência direta ao paciente, independente do vínculo de trabalho e trabalhar na Unidade há mais de 06 (seis) meses. E critérios de exclusão estar afastado do trabalho no momento da coleta de dados por motivos diversos e ter menos de 06 (seis) meses de trabalho na unidade de clínica médica.

Ressalta-se que o quadro de gestores do complexo HC/UFMG, incluindo os ambulatórios totaliza 84 trabalhadores, sendo um superintendente, 03 (três) gerentes, um ouvidor, um auditor, 07 (sete) chefes de divisão, 16 chefes de setor e 55 chefes de unidade.

Assim, foram entrevistados 18 gestores: o chefe da unidade de clínica médica, 02 (dois) coordenadores de Enfermagem, o coordenador da equipe multiprofissional, 04 (quatro) coordenadores das especialidades da multiprofissional (Terapia ocupacional, Farmácia, Psicologia, Fisioterapia), o gestor da Vigilância Epidemiológica, o gestor da Qualidade (GQ), do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), 03 (três) gestores de Recursos Humanos (RH) e 04 (quatro) membros da alta direção (superintendente, gerente de atenção à saúde, gestor da divisão de cuidados, gestor do setor de cuidados). Foi incluído como informante-chave o Gestor do Setor de Apoio Diagnóstico e Terapêutica por ter sido responsável pelo início da implantação do Sistema de Gestão da Qualidade. Um Gestor da Qualidade não concedeu entrevista por indisponibilidade de agenda pela proximidade da auditoria externa, mas participou da pesquisa fornecendo informações e documentos importantes.

A equipe assistencial da unidade de clínica médica é composta de 80 técnicos em enfermagem, 20 enfermeiros, 32 médicos (29 médicos EBSEH e 03 (três) UFMG), 09 (nove) professores médicos, 10 farmacêuticos clínicos, 05(cinco) fonoaudiólogos, 11 fisioterapeutas, 02(dois) assistentes sociais, 10 terapeutas ocupacionais (foi entrevistado o gestor) e 11 psicólogos (entrevistado o gestor).

A amostra dos profissionais da assistência direta aos pacientes foi de 33 profissionais, sorteados da escala de trabalho, e que se organizaram para participar da pesquisa, pois o processo de inserção no campo possibilitou a parceria e vontade da equipe para contribuir com o estudo. Assim, foram entrevistados 12 enfermeiros assistenciais, uma enfermeira da Comissão de Controle de Infecção (CCIH), uma enfermeira do suporte nutricional, 11 técnicos em Enfermagem, um farmacêutico clínico, um fonoaudiólogo, um fisioterapeuta, 2 (dois) assistentes sociais, um professor médico e 2 (dois) médicos plantonistas. Farmacêuticos clínicos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e psicólogos atendem a unidade de clínica médica e outras unidades do hospital. Foram entrevistados somente 03(três) médicos porque outros 06 (seis) contatados se recusaram a conceder entrevista argumentando que não tinham informação sobre o tema e sugeriram que procurasse os enfermeiros, pois estes teriam as informações.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio de observação, análise documental e entrevistas individuais, em lugar privativo, utilizando um roteiro semiestruturado e de acordo com a disponibilidade dos participantes. Realizou-se, previamente, teste-piloto para verificar a compreensão das questões e adequação ao alcance dos objetivos. Os dados foram coletados no período de maio a setembro de 2018.

Fez-se contato prévio com a diretoria do HC/UFMG, que autorizou a realização da pesquisa, a chefe da unidade e a coordenação de enfermagem para apresentar o estudo e identificar expectativas com relação a este. Após a autorização da direção, solicitou-se a escala de trabalho da Unidade para sorteio dos entrevistados. Os profissionais sorteados foram informados individualmente sobre os objetivos e finalidade da pesquisa e concordaram em conceder entrevistas, exceto seis médicos que se recusaram com o argumento de não ter conhecimento sobre o tema. As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos participantes e realizadas em ambiente privativo mediante assinatura do Termo de

Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e autorização para gravá-las; posteriormente, foram transcritas para manter a fidedignidade das informações e tiveram duração média de 22 minutos.

Minayo (2010) define entrevista como uma conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador, destinada a fornecer informações pertinentes a um objeto de pesquisa. O roteiro semiestruturado é norteador da entrevista com questões importantes para delimitação do objeto de pesquisa, dando-lhe forma e facilitando a comunicação, possibilitando evidenciar a concepção dos fatos, segundo a percepção dos sujeitos. O roteiro semiestruturado deve ser flexível, permitindo o surgimento de novos temas trazidos pelos entrevistados.

Para compreensão do objeto de estudo, formulou-se um roteiro de entrevista considerando a constituição da cultura organizacional. Nesse sentido, Schein e Schein (2017) afirmam que a essência da cultura organizacional está nas premissas subjacentes que dão gênese aos valores e aos comportamentos referendando as autoridades consideradas legítimas, ao manter símbolos que fortalecem a coesão, e definem sistema de poder e de comunicação vigente. Dessa forma, questões foram propostas com o objetivo de apreender os valores e pressupostos básicos que possam expressar os elementos simbólicos da cultura por meio da investigação da comunicação, organização do processo de trabalho, políticas de gestão de recursos humanos, histórico da organização e socialização de novos membros conforme proposto por Fleury e Fischer (2013).

Utilizou-se a saturação de dados para encerramento da coleta de dados por meio de entrevistas. A saturação de dados é utilizada nas pesquisas qualitativas, pois permite determinar a amostra, cessando a inclusão de novos participantes, quando as informações se tornam repetidas, sem o aparecimento de dados novos acerca do tema (FONTANELA; RICAS; TURATO, 2008).

As observações foram realizadas de forma livre, no cotidiano de trabalho dos profissionais da clínica médica, incluindo conversas informais, comportamentos, gestos, expressões, atitudes ou outras questões relevantes a respeito do objeto de estudo (MINAYO, 2010). Também foram observadas reuniões dos colegiados gestores (a convite da chefe da clínica médica), da qualidade, do Núcleo de Segurança do Paciente, da equipe de enfermagem da unidade de clínica médica e eventos comemorativos da semana de Enfermagem, Campanha de Higienização das Mãos na Semana Internacional de Higienização das Mãos. Foram observados os plantões diurnos e noturnos, durante a semana, finais de semana e nos feriados. As notas de observação (NO) foram registradas em um diário de campo, com 68 páginas, em texto em *Word*, em folha A4, espaço simples, totalizando 168 horas. Nos resultados, os registros das observações são identificados pela sigla NO seguida da data e do local em que foi realizado

a observação. A observação tem a finalidade de realizar uma investigação científica cujo observador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, colhe dados (YIN, 2015).

Quadro 3 - Reuniões observadas

Reuniões	Data	Indexação
Reunião de acompanhamento das NC da clínica Médica pela Gestão pela Qualidade e Segurança do Paciente (Gesqualis)	03/05/2018	R1
Reunião do Projeto Gestão de Conflitos - Escola de Enfermagem da UFMG na Unidade de Clínica Médica	09/05/2018	R2
Reunião do Colegiado Gestor com a Direção	11/05/2018	R3
Reunião mensal dos enfermeiros (diurno/noturno) e coordenação de enfermagem 7 ° andar para discussão das rotinas da Unidade	17/05/2018	R4
Reunião da Divisão de Enfermagem com a coordenação - Tema: Discussão da meta 2: comunicação	18/05/2018	R5
Reunião da Divisão de Enfermagem com Coordenação para discussão da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)	21/05/2018	R6
Reunião com Consórcio Brasileiro de Enfermagem – Visita Educativa	22/05/2018	R7
Reunião do Colegiado Gestor da Enfermagem	24/05/2018	R8
Reunião do Projeto Gestão de Conflitos	08/06/2018	R9
Reunião do Grupo de Gestão de Processo	19/06/2018	R10
Reunião do Projeto Gestão de Conflitos	21/06/2018	R11
Reunião dos enfermeiros para a discussão da escala	09/07/2018	R12
Reunião da Divisão de Enfermagem com os Coordenadores – Indicadores e Carinho de Emergência	11/07/2018	R13
Reunião da Divisão de Enfermagem com os Coordenadores - Metas Internacionais de Segurança do paciente	08/08/2018	R14

Fonte: Dados da pesquisa.

Considerando a importância histórica da Organização, para análise da cultura organizacional, analisaram-se os seguintes documentos: história da Organização, relatórios de auditoria, questionários de avaliação da cultura de segurança do paciente, planejamento estratégico (PE) e seu desdobramento no nível operacional, apresentados no quadro abaixo.

Quadro 4 - Lista de documentos analisados

Título do Documento	Tipo de Documento	Ano	Indexação
Plano Diretor Estratégico HC/UFMG 2018 - 2022	Plano	Versão 18-12-2018	D1
Mapa Estratégico do Plano Diretor Estratégico	Mapa Estratégico	2018 - 2022	D2
Organograma	Organograma do HC	24/08/2016	D3
Plano Operativo - PO	Plano de contratualização com o SUS	01/10; 2018 a 30/09/2020	D4
Relatório de Atividades da Ouvidoria HC-UFMG/EBSERH	Relatório	2018	D5
Contrato entre a SMS e HC-UFMG	Contrato	25/04/2017	D6
Termo aditivo entre SMS e HC UFMG com sub-rogação para EBSEH	Termo aditivo	27/09/2018	D7
Norma Operacional DGP Nº 04/2017 Escalas de Trabalho	Norma Operacional	18/07/2017	D8
Gestão de Pessoas	Política	16/11/2016 Versão 03	D9
Gestão de Pessoas HC-UFMG/Ebserh	Plano	24/08/2016 Versão 06	D10
Regimento Geral da UFMG	Regimento	Sem data	D11
Catálogo Comemorativo 90 anos	Catálogo	2019	D12
Carta de Serviços do HC-UFMG	Catálogo	Sem data	D13
Quadro de terceirizados	Escala	21/12/2017	D14
RH da Unidade de Clínica Médica HC – Clínica Médica 7º andar leste e norte	Escala	17/08/2018	D15
RH da Unidade de Clínica Médica Hospitalar – Dermatologia	Escala	31/08/2018	D16
RH da Unidade de Clínica Médica Hospitalar – Endocrinologia	Escala	24/08/2018	D17
RH da Unidade de Clínica Médica Hospitalar – Neurologia	Escala	16/09/2018	D18
RH da Unidade de Clínica Médica Hospitalar – Geriatria	Escala	22/12/2018	D19
RH da Unidade de Clínica Médica HC – Serviço de Saúde do Trabalhador	Escala	29/12/2018	D20
RH da Unidade de Clínica Médica Hospitalar – Reumatologia	Escala	11/08/2019	D21
RH da Unidade de Clínica Médica Hospitalar – Psiquiatria	Escala	03/07/2020	D22
RH da Unidade de Clínica Médica Hospitalar – Psiquiatria	Escala	03/07/2020	D23
RH da Unidade de Clínica Médica HC – Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP)	Escala	31/08/2020	D24

Questionário de avaliação da Cultura de Segurança do Paciente - Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)	Relatório	Out e nov 2016	D25
Questionário de avaliação da Cultura de Segurança do Paciente - HSOPSC	Relatório	Agosto de 2017	D26
Dimensionamento de Enfermagem 7º andar	Projeto de dimensionamento	08/04/2018	D27
Proposta de Dimensionamento de Leitos por grau de Complexidade - Clínica Médica, Unidade Pós-UCO/Cardiologia, Unidade de Prevenção Respiratória	Projeto de dimensionamento	Março – abril 2018	D28
Reunião Enfermeiros 7º andar	Ata de Reunião	20/03/18 e 21/03/2018	D29
Reunião Coordenação e Enfermeiros (diurno/noturno) - 7º andar	Ata de reunião	09/05/2018	D30
Reunião mensal dos enfermeiros (diurno/noturno) e coordenação de enfermagem 7º andar	Ata de reunião	17/05/2018	D31
Banco de horas 7º andar de Clínica Médica	Planilha	Sem data	D32
Regimento Interno do Hospital das Clínicas	Regimento	29/01/2004	D33
Plano de cargos, carreiras e salários EBSEH	Plano	Versão Jun 2018	D34
Regulamento de Pessoal EBSEH	Regulamento	Versão jan 2014	D35
Avaliação do Projeto-piloto da Jornada Especial de 30 Horas	Relatório	2018	D36

Fonte: Dados da pesquisa.

As observações foram utilizadas para compreensão da realidade e enriquecimento da análise dos fenômenos culturais. A análise documental possibilita maior precisão das informações relacionadas à Organização. Assim, tem por objetivo coletar dados sobre fatos, corroborando e aumentando as evidências das entrevistas. Porém, se as informações forem contraditórias, será necessário o aprofundamento para investigação do tema (YIN, 2015).

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

As entrevistas gravadas foram transcritas na íntegra e submetidas à análise de conteúdo temática que consiste na investigação e análise das comunicações utilizando procedimentos sistemáticos e objetivos na descrição do conteúdo das mensagens, que permitem a inferência de conhecimentos relativos às mesmas (BARDIN, 2016). A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que permite regressar às causas ou até descer aos

efeitos das características das mensagens permitindo inferência de conhecimentos (BARDIN, 2016).

Realizada a análise temática, uma vez que esta permite encontrar os núcleos de significado e categorias que surgem das falas dos sujeitos, relativos à influência da cultura organizacional nas práticas dos profissionais, conforme as seguintes fases apresentadas por Bardin (2016):

- a) A pré-análise é a fase de organização do material a ser analisado, leitura exaustiva deste com intuito de conhecê-lo para constituição do corpus, formulação de hipóteses e preparo para fase de análise;
- b) A exploração do material é identificação e classificação dos núcleos de significados e posterior categorização. As categorias apreendidas são expressões significativas dos temas da comunicação, na qual a presença ou frequência pode ter significado para o objetivo da análise em estudo;
- c) O tratamento dos resultados constitui inferências e interpretações iniciadas com a análise dos dados para apreender o significado das mensagens, alicerçado em pressupostos teóricos.

Realizou-se análise documental dos documentos institucionais e obteve-se como resultado a descrição da biografia, estrutura hierárquica e funcional e da construção do sistema de gestão da qualidade e segurança do paciente do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, subsidiando a apreensão da origem dos elementos simbólicos da cultura organizacional. As observações compuseram a análise dos dados por possibilitar a compreensão da realidade e o enriquecimento da análise dos fenômenos culturais. Os dados das entrevistas e do diário de campo foram organizados utilizando o Programa MAXQDA, versão 2018.2.

Assim, a estratégia de triangulação de dados permite que o pesquisador aborde uma variedade maior de aspectos históricos e comportamentais, com múltiplas fontes de evidência proporcionando várias avaliações do mesmo fenômeno sustentando as descobertas do estudo de caso (YIN, 2015).

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos, a pesquisa foi desenvolvida observando os preceitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de

Minas Gerais (COEP/UFMG) sob o parecer nº 2.585.139 e CAAE 84969818.2.0000.5149. Após a aprovação pelo COEP, o projeto foi encaminhado à Gerência de Ensino e Pesquisa do HC-UFMG/EBSERH para autorizar seu início e à Chefia do setor de clínica médica a fim de esclarecer os objetivos da pesquisa e realizar o primeiro contato com a unidade.

Os participantes foram entrevistados após esclarecimentos sobre o objetivo do estudo, a natureza das questões que seriam abordadas, aspectos éticos sobre sua participação voluntária e ausência de prejuízos caso se recusassem a participar e a garantia de confidencialidade e proteção da imagem dos sujeitos; em seguida, os entrevistados assinaram duas vias do TCLE (Apêndice B), sendo uma entregue ao participante e outra para arquivo do pesquisador. Os resultados da pesquisa não trarão complicações legais, pois não será possível relacioná-los com os trabalhadores, ou seja, será garantido o anonimato dos participantes, que foram identificados pela sigla das categorias profissionais: G (gestores), EA (enfermeiros assistenciais, incluindo suporte nutricional), TE (técnicos em enfermagem), M (médicos, incluindo professores médicos), EM (equipe multiprofissional composta por farmacêuticos clínicos, assistentes social, fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais), e numerados de forma sequencial de acordo com a realização das entrevistas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para compreensão da Cultura Organizacional, levantou-se o perfil dos participantes da pesquisa e elencaram-se quatro categorias, sendo que uma categoria teve duas subcategorias, tendo em atenção os objetivos do estudo, orientadas pelo referencial teórico conforme descrito no quadro abaixo.

Quadro 5 - Categorias e subcategorias

Categorias	Subcategorias	Descrição da Categoria / Subcategoria
1. Instância político-econômica: compreendendo elementos simbólicos	-	Esta categoria aborda a biografia, filosofia, estrutura organizacional e modelo de gestão dos hospitais públicos universitários e do HC/UFGM, em particular.
2. Instância das políticas de gestão de recursos humanos	-	Esta categoria aborda a gestão de RH considerando a política de gestão de pessoas, fluxo das ações regulatórias, mecanismos de desenvolvimento, especificamente os treinamentos, e o registro de ponto que intermediam a relação entre servidores e a Organização. O perfil e a relação entre as categorias.
3. Instância da organização do processo de trabalho	2.1 Processo de trabalho multidisciplinar	Esta subcategoria aborda o cotidiano de trabalho da equipe multidisciplinar (médicos, fonoaudiólogos, psicólogos, assistente social, fisioterapeuta, farmacêutico clínico) da unidade de clínica médica na prestação da assistência.
	2.2 Processo de trabalho da Enfermagem	Esta subcategoria aborda o cotidiano de trabalho da equipe de enfermagem, maior número de profissionais da assistência, que articula demandas dos outros profissionais da unidade de clínica médica para prestação da assistência.
4. Gestão da qualidade e segurança do paciente	-	Esta categoria aborda o sistema de gestão da qualidade e a segurança do paciente desenvolvidos na Organização e o processo de implantação da JCI como diretriz de qualidade e segurança do paciente.

Fonte: Autoria própria (2019).

4.1 PERFIL DOS ENTREVISTADOS

Em relação ao perfil dos gestores, havia 05 (cinco) médicos, 04(quatro) enfermeiros, 03(três) terapeutas ocupacionais, 02(dois) psicólogos, um fisioterapeuta, um historiador, um administrador e um farmacêutico, totalizando 18 entrevistados. Destes, 16 (88,89%) eram mulheres e 12 (66,67%) possuíam acima de 40 anos de idade.

Com referência à escolaridade, 07 (38,89%) tinham doutorado, 04 (22,22%) mestrado, 05 (27,78%) pós-graduação lato sensu (especialização) e 02 (11,11%) graduação. Quanto ao tempo de trabalho na Organização, 07 (38,89%) estavam há mais de 20 anos trabalhando na Organização, 05 (27,78%) de 11 a 19 anos, 01 (5,56%) de 6 a 10 anos e 05 (27,78%) de 2 a 5 anos. No que se refere ao tempo no cargo de gestor, havia 08 (44,44%) com até 01 ano no cargo, 07 (38,89%) de 2 a 5 anos, 02 (11,11%) de 6 a 15 anos e 01 (5,56%) acima de 20 anos no cargo de gestor. Em relação ao vínculo dos gestores, 08 (44,44%) tinham vínculo UFMG, 04 (22,22%) EBSEH e 6 (33,33%) UFMG cedido à EBSEH.

Quadro 6: Perfil dos Gestores

Perfil dos Gestores		N	%
Sexo	Masculino	2	11,11
	Feminino	16	88,89
Idade	Até 30 anos	1	5,56
	31 a 40 anos	5	27,78
	41 a 50 anos	5	27,78
	acima 50 anos	7	38,89
Escolaridade	Graduação	2	11,11
	Pós Graduação lato sensu (especialização)	5	27,78
	Mestrado	4	22,22
	Doutorado	7	38,89
Vínculo	UFMG	8	44,44
	EBSEH	4	22,22
	UFMG cedido a EBSEH	6	33,33
Tempo de Instituição	2 a 5 anos	5	27,78
	06 a 10 anos	1	5,56
	11 a 19 anos	5	27,78
	acima 20 anos	7	38,89
Tempo no Cargo de Gestor	até 1 ano	8	44,44
	2 a 5 anos	7	38,89
	6 a 15 anos	2	11,11
	acima de 20 anos	1	5,56

Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação aos enfermeiros, 11 tinham vínculo EBSEH (celetista) e 02(dois) UFMG(estatutários). Quanto ao tempo de Organização, havia 09 (nove) com até 3 anos, 02(dois) de 4 a 8 anos e 02(dois) acima de 15 anos, sendo que um enfermeiro trabalhava no hospital com contrato temporário e foi aprovado no concurso da EBSEH.

Quadro 7 - Perfil dos enfermeiros

Código	Titulação	Tipo de vínculo	Tempo de trabalho na Organização
EA1	Pós-graduação lato sensu	EBSEH	3 anos
EA2	Mestrado	EBSEH	8 anos
EA3	Pós-graduação lato sensu	EBSEH	4 anos
EA4	Graduação	EBSEH	3 anos
EA5	Pós-graduação lato sensu	EBSEH	3 anos
EA6	Mestrado	UFMG	32 anos
EA7	Pós-graduação lato sensu	EBSEH	2 anos e 6 meses
EA8	Pós-graduação lato sensu	EBSEH	3 anos
EA9	Graduação	EBSEH	6 meses
EA10	Pós-graduação lato sensu	EBSEH	3 anos
EA11	Pós-graduação lato sensu	UFMG	15 anos
EA12	Pós-graduação lato sensu	EBSEH	1 ano
EA13	Pós-graduação lato sensu	EBSEH	3 anos

Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação aos técnicos de enfermagem, 02(dois) tinham pós-graduação lato sensu, 04 (quatro) graduação, 1 graduação incompleta, 02(dois) cursando a graduação e 02(dois) possuíam curso técnico. Em relação ao vínculo, 07(sete) tinham vínculo EBSEH e 04 (quatro) UFMG.

Quadro 8 - Perfil dos técnicos de enfermagem

Código	Titulação	Tipo de vínculo	Tempo de trabalho na Organização
TE1	Técnico	EBSEH	2 anos e 10 meses
TE2	Graduação	UFMG	17 anos
TE3	Graduação	EBSEH	2 anos e 4 meses
TE4	Graduação	UFMG	23 anos
TE5	Graduação incompleta	EBSEH	2anos
TE6	Graduação em curso	UFMG	15 anos
TE7	Pós-graduação lato sensu	EBSEH	2 anos e 8 meses

TE8	Técnico	EBSERH	1 ano e 6 meses
TE9	Graduação	EBSERH	3 anos
TE10	Pós-graduação lato sensu	UFMG	5 anos
TE11	Graduação em curso	EBSERH	3 anos

Fonte: Dados da pesquisa.

Na equipe multidisciplinar, há predominância de profissionais da EBSEH.

Quadro 9 - Perfil dos profissionais da equipe multidisciplinar não médicos nem enfermeiros

Código	Titulação	Tipo de vínculo	Tempo de trabalho na Organização
EM1	Pós-Graduação lato sensu (especialização)	EBSERH	4 anos
EM2	Doutorado	EBSERH	3 anos e 3 meses
EM3	Graduação	UFMG	20 anos
EM4	Doutorado	EBSERH	3 anos
EM5	Pós-Graduação lato sensu (especialização)	EBSERH	4 anos e 2 meses
EM6	Pós-graduação lato sensu (especialização)	UFMG	4 anos

Fonte: Dados da pesquisa.

Os médicos entrevistados tinham vínculo UFMG, sendo 1 professor e 02(dois) plantonistas. Houve pouca concordância de médicos em participar das entrevistas.

Quadro10 - Perfil dos médicos

Código	Titulação	Tipo de Vínculo
ME1	Especialista	UFMG
ME2	Doutorado	UFMG
ME3	Especialista	UFMG

Fonte: Dados da pesquisa.

4.2 INSTÂNCIA POLÍTICO-ECONÔMICA: COMPREENDENDO ELEMENTOS SIMBÓLICOS

Esta categoria aborda a biografia, filosofia, estrutura organizacional e modelo de gestão de hospitais públicos universitários e do HC/UFMG, em particular.

A influência da cultura organizacional e dos seus elementos simbólicos na gestão da qualidade e segurança do paciente em um Hospital Universitário são forças poderosas, repassadas pelos grupos e capazes de definir comportamentos, viabilizando ou impedindo projetos institucionais. A instância do simbólico implica em mapear as relações de poder entre as categorias e entre áreas da organização por meio da análise das práticas de trabalho, gestão de RH e sistema de comunicação. É necessário, ainda, recuperar a biografia da organização, principalmente seus incidentes críticos que são responsáveis pela elaboração da identidade institucional. Com isso, a teia cultural será revelada ao pesquisador (FLEURY; FISCHER, 2013).

A história do Hospital das Clínicas da UFMG confunde-se com a história do ensino médico em Belo Horizonte. Foi fundado em 1928 com a finalidade de atender à Faculdade de Medicina na formação dos estudantes, anteriormente realizada na Santa Casa, Hospitais Militares, Instituto Raul Soares, Hospital São Geraldo (atualmente anexo do HC/UFMG), Instituto do Câncer (atualmente anexo do HC/UFMG /UFMG /UFMG), Hospital Borges da Costa, pertencente ao HC/UFMG, Pavilhão de Neurologia, hoje Ambulatório de Dermatologia do HC/UFMG, Hospitais de Pronto-Socorro e Hospital Escola da Cruz Vermelha (hoje Hospital Semper) (D12; G1; G14).

Na época da fundação, o Hospital São Vicente de Paulo, pertencente à Sociedade São Vicente de Paulo, foi doado à Faculdade de Medicina da UFMG com o consenso do Governo do Estado por meio de um acordo entre a Faculdade de Medicina e o Instituto de Assistência e Proteção à Infância de Belo Horizonte. O acordo condicionava a construção do Pavilhão Central para atendimento Pediátrico (D12; G1; G14).

Utilizou-se o conceito de Hospital Universitário criado nos Estados Unidos em 1890 que determinava às faculdades de Medicina ter hospital próprio de ensino. Em 1950, a Fundação Rockefeller doou a verba para construção do prédio central, erguido ao redor do antigo Hospital São Vicente de Paulo. Após 5 anos, o Hospital passou a funcionar como Hospital Escola da Faculdade de Medicina (D12; G1; G14).

Em 1962, o prédio do antigo São Vicente de Paulo foi demolido para construção do novo edifício que hoje conhecemos como HC/UFMG. Desde então, o Hospital passou por aquisições e ampliações, sendo que em 1967 incorporou o Borges da Costa e em 1969 o Hospital Bias Fortes. Em 1970, construiu-se o primeiro Centro de Tratamento Intensivo (CTI) do Brasil, financiado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em parceria com a Fundação Kellogg, e realizado o primeiro transplante de Minas Gerais (D12; G1; G14).

Em 1968, com a Reforma Universitária, houve alterações na estrutura da Universidade. O sistema de cátedras foi substituído por estruturas departamentais. Assim, na Faculdade de Medicina, houve mudança do modelo de poder exercido pelos catedráticos, que se caracterizava pela autonomia e gerência sobre a utilização e organização do espaço físico de sua clínica, para a estrutura de departamentos nos hospitais universitários, o que reproduziu autoridade e autonomia, criando serviços das especialidades (D12; G1; G14). Nesse mesmo ano, a Escola de Enfermagem também foi desvinculada da Faculdade de Medicina (COSTA; MOTA; FIGUEIREDO, 2008).

Para subsidiar essas mudanças, promoveu-se o Seminário de Educação Médica com o intuito de discutir a reforma curricular e valorização do ensino em ambulatorios, treinamento prático e integração ao sistema de saúde visando à formação do médico generalista. Com o crescimento da infraestrutura e complexidade dos serviços, em 1976, o HC/UFMG passou a ser órgão independente da Faculdade de Medicina com regimento próprio e diretoria escolhida pelo reitor da Universidade (D12):

O Hospital das Clínicas foi transferido da Fundação São Vicente de Paula para a Faculdade de Medicina em um primeiro momento. O hospital foi ascendendo na governança da Universidade: de um departamento da Faculdade de Medicina para um órgão complementar da Faculdade de Medicina e posteriormente um órgão suplementar da Universidade. Atualmente é uma unidade autônoma (G1).

Esse hospital está fazendo 90 anos e sempre teve uma história de proximidade com Sistema Único de Saúde. Antes, ele era uma unidade vinculada à reitoria, como as outras unidades acadêmicas, recentemente o hospital ganha título de uma unidade especial da Universidade (G15).

Assim, elaborou-se o primeiro Plano Diretor do HC com a proposta de um modelo assistencial de cuidado progressivo ao paciente, isto é, básico, intermediário e intensivo, de acordo com as necessidades do paciente. Tal modelo é oriundo da OPAS e, até então, inédito em hospitais universitários, sendo a primeira tentativa de coordenar o funcionamento do Hospital com vários modelos assistenciais praticados, e o fluxo de pacientes era dependente da grade curricular do curso de Medicina. (D12; G1; G14).

Em 1986, com o novo estatuto da UFMG, o Hospital tornou-se órgão suplementar da Universidade, mantendo a desvinculação administrativa da Faculdade de Medicina, porém manteve os valores e o modo de fazer impressos pela Universidade (D12, G1, G14).

Desde então, várias modificações estruturais, administrativas e assistenciais foram realizadas, buscando qualificar o atendimento e o cuidado em saúde. Em 2004, o HC/UFMG passou a ser Unidade Especial da Universidade (D11). O Hospital Borges da Costa foi

revitalizado, retomando o serviço de Oncologia e, em 2008, o prédio Carlos Chagas, no passado destinado à infectologia, ginecologia e obstetrícia, foi demolido e construído o Instituto Jenny Faria que, em 2010, tornou-se referência em saúde da mulher e do idoso (D12; G1; G14).

Atualmente, HC é um complexo hospitalar composto por um prédio principal, o Hospital São Vicente de Paula, e 08(oito) prédios anexos para atendimento ambulatorial e de ensino. É um dos maiores hospitais universitários federais e mais relevante do país, considerando a complexidade dos atendimentos e número de alunos formados, tendo como missão prestar assistência em saúde integrando ensino, pesquisa e extensão (D12). Além disso, está vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) com expansão dos atendimentos mesmo em um panorama econômico desfavorável, considerando sua ligação com as políticas públicas e implicações no cenário político-econômico (D12, G12, G14, G15, G7):

Mas aqui é ensino e extensão, aqui é pesquisa, é universidade, é uma diversidade e tem que ter lugar para isso. (G7).

O relato explicita a complexidade do hospital na realização das suas funções articuladas. Assim, algumas estratégias foram adotadas para garantir sustentabilidade ao Hospital, considerando sua importância como centro formador em nível de graduação e pós-graduação, especialização, residência médica e multiprofissional, produção científica relevante e assistência. É responsável por serviços de alta complexidade em ambulatórios, Pronto Atendimento e leitos de internação, inclusive CTI para pacientes do SUS (comum a hospitais universitários) (D4, D6, D7, D13).

Assim, em sua história, adotaram-se várias estratégias em busca de sustentabilidade administrativo-financeira:

Para isso, as diretorias do HC/UFMG definiram estratégias que progressivamente imprimiram modificações significativas no contexto da organização, administrando numerosas e complexas demandas de assistência, ensino e pesquisa, com permanente escassez de recursos e frequentes crises financeiras (COSTA; MOTA; FIGUEIREDO, 2008, p. 212).

As sucessivas crises financeiras exigiam do HC/UFMG novas estratégias organizacionais para assegurar o atendimento aos pacientes, sendo central no cuidado, o professor e o médico em formação por vários anos. No entanto, progressivamente, passa a ser também campo de estágio para alunos de outras unidades acadêmicas, embora em menor quantidade que os da Faculdade de Medicina. Nesse contexto, o professor sempre ocupou o

topo das relações de poder, antes o catedrático da faculdade de Medicina, como o dono da especialidade e depois outros professores da própria faculdade e de outras profissões.

Carmo, Andrade e Mota (2007) afirmam que a constituição do Hospital a partir das cátedras definiu espaços exclusivos de funcionamento que ainda hoje se reproduzem na organização das especialidades nos serviços, uma vez que os catedráticos tinham precedência sobre as normas da administração hospitalar. Isso constitui dois elementos simbólicos: a figura do professor e do médico, determinando uma assistência centrada nesses profissionais em detrimento da interdisciplinaridade, mesmo sendo, atualmente, uma proposta Institucional.

Nessa evolução, segundo os relatos, o HC/UFMG e outros hospitais públicos federais no Brasil, nos anos 2000, viram as dificuldades financeiras avolumarem-se com endividamento crescente e contratação de trabalhadores celetistas, geralmente via fundações, em função da ausência de concurso público para reposição do quadro funcional. Em 2009, o Tribunal de Contas da União (TCU), após várias análises, exigiu do Governo Federal a solução dos problemas dos hospitais universitários garantindo sua sustentabilidade e a contratação regular de profissionais.

Nesse ano, de acordo com os relatos, o HC-UFMG encontrava-se com dois mil trabalhadores terceirizados, considerados temporários, contratados sem concurso público, e em um círculo contínuo de endividamento, uma vez que 70% dos recursos oriundos do SUS eram destinados ao pagamento da folha funcional, com isso os recursos eram insuficientes para manter o funcionamento e o pagamento dos fornecedores em dia:

Os resultados de gestão apresentados demonstram que o pagamento da folha funcional consumia 70% do faturamento hospitalar e não havia como honrar regamente o compromisso com os fornecedores, gerando endividamento crescente (NO 11/05/2018 reunião colegiado Gestor -R3; NO 26/06/2018 após entrevista com G1).

Martins (2011) relata que havia *deficit* acumulado nos hospitais universitários, consequente ao abandono governamental, que levava à utilização dos recursos recebidos do SUS para manutenção de pessoal terceirizado. O autor aponta, ainda, que o custo de um hospital escola é maior por sua especificidade de assistência e ensino; por outro lado, os valores pagos pelo SUS não correspondem às reais necessidades dessas organizações (MARTINS, 2011).

Buscando atender às determinações do TCU para solucionar a situação dos Hospitais Universitários (HUs), em 15 de dezembro de 2011, foi criada pelo governo Federal a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), vinculada ao Ministério da Educação (MEC),

que tinha como missão solucionar os problemas dos hospitais universitários federais no Brasil e realizar a sua administração.

Com a criação da EBSEH, realizou-se uma série de debates e seminários, entre 2007 e 2012, por entidades governamentais, não governamentais, sociedade acadêmica e HU com o objetivo de entender o que seria essa empresa, quais seriam as mudanças, benefícios e perdas com a adesão à EBSEH. A adesão à Empresa era voluntária, porém, na prática, a decisão era inevitável, visto que Ministério Público (MP) havia determinado que o HC/UFMG desligasse todos os terceirizados e todos os admitidos por fundações. Assim, em maio de 2013, a Universidade aprovou a adesão à EBSEH:

[...] por mais que fosse uma decisão voluntária da Universidade se tornava muito complicado não aderir porque nós já tínhamos um processo transitado e julgado no Ministério Público do Trabalho nos obrigando a desligar todos os cooperados e todos os fundacionais. Nós só conseguimos um termo de ajustamento de conduta com o Ministério Público Federal nos protegendo dessa decisão e nos dando um tempo por conta da assinatura do contrato: nós já tomamos a providencia de assinar o contrato, agora nos dê um tempo para conseguir fazer as substituições sem interromper as atividades do hospital. (G1).

Contudo, os relatos apontam que apesar ter sido discutida a questão nos órgãos decisórios da Universidade e pela direção do HC/UFMG com todos os gestores, uma série de conflitos foi desencadeada durante a entrada dos novos trabalhadores aprovados no concurso público da EBSEH. Isso mostra que mais que um vínculo, o hospital é uma extensão da universidade e reflete seus valores, crenças, relações entre as pessoas e sentido de pertencimento a um grupo, isto é, força da cultura da universidade, elemento simbólico historicamente estabelecido. As diferenças entre vínculos vão desde o espaço micro, nas relações no trabalho, até o espaço macro, nas deliberações estratégicas:

Os mais antigos é que sabem, conseguem identificar, às vezes nem sabem direito o nome da gente, que a gente trabalha às vezes em outros lugares, mas sabem que um ou outro é UFMG. (G7).

A entrevista com uma Técnica de Enfermagem foi muito interessante, pois ela pertence ao quadro de pessoal da UFMG e ao da EBSEH. Após a entrevista, relatou que as pessoas a perguntam se é mais EBSEH ou mais UFMG. (NO 20/06/2018 - 3º andar da clínica médica).

Segundo relatos, a adesão não foi bem aceita pela alta direção da Universidade nem no HC/UFMG. Houve um sentimento de perda do Hospital pela Universidade e incerteza quanto às mudanças. A direção do HC/UFMG passou a ser exercida por um professor cedido à

EBSERH, denominado superintendente (antes diretor geral do HC), e vários chefes de unidades por tempo determinado, porém sem o reconhecimento da Universidade para fazer a gestão dos estatutários também cedidos à EBSEH. Isso trouxe várias discussões à Universidade sobre a autoridade e legitimidade dessa diretoria em deliberar sobre os servidores da UFMG no que se refere às ações administrativas e medidas regulatórias (ficha funcional, *feedbacks* dos gestores, advertência verbal e escrita, suspensão e processo administrativo).

Assim, determinou-se que o gerente de RH faria a gestão das questões administrativas, como faltas, aposentadorias e processos administrativos desses servidores, porém no campo onde é exigida a assinatura do superintendente do HC/UFMG este seria assinado pelo pró-reitor de Recursos Humanos da UFMG. Portanto, continuou a existir vínculos, salários e direitos diferentes, assim como coordenadores de unidades que recebiam e outros não, visto que os coordenadores da UFMG recebiam gratificações e os da EBSEH não.

A observação e relatos permitiram evidenciar no cotidiano de trabalho das unidades conflitos por espaços de poder que antes estavam nas mãos dos servidores da UFMG, com uma hierarquia bem definida e reconhecida. No cimo, encontram-se o professor e o médico como elementos simbólicos importantes, seguidos da equipe de enfermagem e equipe multidisciplinar. Os profissionais administrativos não são reconhecidos nessa rede de poder.

O professor, de acordo com a cultura tradicional do HC/UFMG, segundo relatos, é reconhecido como autoridade na organização, possui importância e lugar diferenciado, estando no topo das relações de poder, herança do sistema de cátedras. O médico que, historicamente, tem o hospital como Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina possui poder de decidir desde as questões relacionadas ao cuidado dos pacientes, em um modelo médico centrado, até aquelas referentes à gestão das unidades, destituindo o poder formal das chefias das unidades, quando esta é realizada por um profissional não médico, principalmente no modelo da EBSEH, embora chefias de serviços médicos preferencialmente devam ser de professor:

Eu ainda vejo um modelo médico centrado, no sentido de que todo o processo se inicia e finaliza na mão do médico, essa é uma questão histórica que não foi criada pela entrada da Empresa, mas em certa instância ela se exacerba. Então, vejo que tem uma disputa de poder mesmo, de decisão sobre os processos tanto assistenciais, quanto gerenciais. Mas menos do que há 20 anos atrás, pois nesta época era o leito do Fulano e aqui não interna outra coisa a não ser o que o Fulano quer, mudou? Mudou. Ainda existe isso [...] você tem um gestor de unidade, que ocupa o cargo, um chefe de unidade não médico, em embate, mas um coordenador médico que vou grosseiramente dizer, manda mais na unidade que o chefe. Eu já vi chefe fazendo cara de paisagem em reuniões, destituído deste lugar. Isso é muito sério. (G10).

Os conflitos manifestam-se de diferentes formas: na diferença de vínculos e de direitos entre trabalhadores, entre trabalhadores e gestores, entre gestores e entre unidades, aumentados com a entrada da EBSEH e que evidenciam relações de poder no HC/UFMG. Littike e Sodré (2015) apontam a existência de fortes estruturas de poder arraigadas nas corporações profissionais que atuam no HU onde realizaram o estudo e as decisões são tomadas no conjunto dessas corporações promovendo resistência às mudanças propostas por meio de ações criativas para manter o HC/UFMG em funcionamento. Há sempre tendência a minimizar o poder dos gestores (LITTIKE; SODRÉ, 2015).

O Hospital mostra-se um complexo campo de disputas de grupos profissionais altamente qualificados, com grande autonomia no trabalho e que não se subordinam às chefias superiores ou à direção:

Tem várias situações que eu admiro aqui nas lideranças, com todos os ataques, com gente se digladiando. Pessoas desgastadas, mas não aceitando sair do cargo, porque tem umas coisas que estavam muito arraigadas. Tem hora que não tem jeito, sai. Antes acontecia isso de vez em quando porque era como se fosse um cargo vitalício, aí às vezes umas revoluções são necessárias. (G7).

Os cargos eram ocupados por longos períodos, o que, atualmente, passou por alterações. Houve um “ajeitamento das forças” para manutenção do *status*, os profissionais da UFMG foram quase todos para os ambulatórios e alguns ficaram no Hospital em um único plantão, enquanto os da EBSEH concentraram-se no Hospital em outro plantão. No entanto, os cargos de chefia ainda se concentram nas mãos de servidores da Universidade, seja professor ou não, fato também descrito por LITTIKE e SODRÉ (2015). Assim sendo, temos um hospital dividido, com relações de poder regulando o processo de trabalho e a gestão das unidades. Nesse contexto, as práticas implícitas nos ambientes de trabalho são compartilhadas por seus membros, definindo normas de comportamento e formas de organização do trabalho (ILJINS; SKVARCIANY; GAILE-SARKANE, 2015).

Pelos relatos, constatou-se que no passado já houve tentativa pontual de substituição dos contratados com autorização de concurso, mas sem continuidade o *deficit* voltou a crescer. Em 1994, houve a concessão de 900 vagas para servidores estatutários admitidos por concurso em substituição aos contratados por fundação universitária que foram demitidos:

Quando entramos foi todo um processo, tudo novo para nós e para as 900 pessoas que entraram em 1995 aqui no hospital, mas é algo que se repete nesse sentido e aí as equipes vão se formando. (G7).

A gente tinha, sempre teve essa coisa de múltiplos vínculos, então isso não é novidade, de você ter um colega do lado que tem um outro vínculo, que chegou de uma forma diferente. (G12).

Nesse sentido, os elementos são tão fortes, poderosos e arraigados na cultura organizacional que as trocas da força de trabalho, nos anos de 1994 e posteriormente em 2013 com a entrada de EBSEH, não foram capazes de modificar a força da cultura do HC/UFMG. Além disso, sua história de grande ampliação física, de serviços e aproximação com o SUS em busca da sustentabilidade garantiu seu funcionamento nos momentos de crises econômicas, no entanto o *deficit* de pessoal e financeiro sempre esteve presente. Essas crises frequentes levaram a ajustes e fortaleceram a defesa do Hospital, mas reforçando a identidade do Hospital e da Universidade como elemento simbólico. Nesse sistema composto de vários elementos, de características heterogêneas, torna-se complexa a implementação de mudanças (HERNÁNDEZ, 2018).

Apesar da força da cultura organizacional, algumas mudanças foram propostas visando à melhoria dos serviços prestados. Assim, em consonância com a filosofia do HC/UFMG, a gestão organiza-se, ainda hoje, com a EBSEH, na lógica de unidades funcionais (UF), com estrutura horizontalizada e descentralizada, gestão participativa e compartilhada por áreas de atuação:

No ano de 1996, começamos a fazer discussões, algumas oficinas para trabalhar um modelo de gestão descentralizado, que em 2000 a gente denominou de Unidades Funcionais, foi um marco importante no hospital. (G9).

As decisões são tomadas nos colegiados executivos, conselho consultivo e colegiado gestor (D33):

- O Colegiado Executivo é composto pelo Superintendente, Gerente de Atenção à Saúde, Ensino e Pesquisa e Administrativo. É responsável pela direção das atividades da unidade (D33) (BRASIL, [201-?]b);
- O conselho consultivo é composto pelos representantes das chefias das unidades, possui caráter de governança social e toma decisões de ordem política (D33) (BRASIL, [201-?]c);
- O colegiado gestor é composto por representantes de todas as chefias que tomam decisões referentes às unidades e estas têm seus colegiados internos (D33).

O desdobramento das informações até os trabalhadores é responsabilidade dos chefes e coordenadores das equipes.

As UF possuem autonomia, porém o elemento simbólico decisões colegiadas, que se manteve com a participação das unidades acadêmicas da UFMG, é citado para justificar a não adesão às propostas institucionais, regras e leis, visto que as decisões colegiadas levam à morosidade das ações, pelos amplos debates e distanciamento entre as áreas assistencial e administrativa e a fragmentação dos serviços (LITTIKE E SODRE, 2015):

O hospital tem uma gestão colegiada e participativa. É dividido em unidades de negócios, umas cinquenta unidades, e cada uma tem um colegiado gestor com representação das categorias que trabalham na unidade, incluindo alunos e residentes. Temos também o colegiado gestor, que é uma instância consultiva da instituição, que se reúne quinzenalmente e os líderes das unidades de negócios têm assento. E a instância máxima de decisão do hospital é o conselho diretor do hospital. (G14).

Silva, Sá e Miranda (2015) consideram que os colegiados correm o risco de se tornarem burocratizados, contrariando seus objetivos originais. Farias e Araújo (2017) em uma revisão sobre gestão hospitalar e aprimoramento das práticas administrativas em hospitais encontrou como resultado que o sucesso do colegiado gestor para que atenda ao seu propósito depende de mudança na cultura, pois são necessários o apoio, a adesão e o comprometimento dos funcionários, independentemente da posição que ocupam:

É difícil, não me lembro de uma decisão unilateral. Nesse ano eu estou participando mais da gestão e as decisões são tomadas, compartilhadas, divulgadas nesse fórum que é regular e que tem todas as chefias representadas. Tem outro fórum, que é o de chefes de serviço, aí são os médicos dos serviços. Esse acontece uma ou duas vezes no mês e são compartilhadas as decisões que já passaram por outros fóruns ou são tomadas as decisões e compartilhadas com chefes de serviço. (G15).

As decisões colegiadas são a identidade da UFMG. Tem um lado bom, pois permite discussões críticas, mas, se não gerenciado, o tempo da tomada de decisão se perde. (NO 26/06/2018 ambiente de trabalho dos gestores).

A própria questão aqui do setor, alguns não conseguem aceitar bem que as coisas aqui são desse jeito, que demora mais do que naquele hospital que ele trabalhou lá fora, que aqui é um serviço público federal, que tem algumas regras que eles, às vezes, desconhecem e acham que “poxa vida isso aqui demora demais e não resolve”. (G2).

As decisões colegiadas pressupõem compartilhamento de informações e seu repasse para o pessoal que atua na ponta, na assistência aos pacientes. No entanto, há morosidade na tomada de decisões e nem sempre as informações chegam à ponta, o que pode influenciar a adesão às propostas e aproveitamento ágil das oportunidades de ação:

Por aqui ser um órgão público, então acaba indo para outras instâncias. Mesmo que a coordenação queira resolver alguma coisa às vezes é impedida de tomar algumas atitudes, em função de ser órgão público, ser funcionário público. (TE9).

Eu já trabalhei em vários lugares, não existe isso de não fazer, filosofar assim de uma lei, uma portaria, uma recomendação internacional, já seguida há 10 anos e que existem evidências do que elas são. São comprovadamente assertivas naquilo que elas se propõem e a pessoa ainda titubear. (G17).

No entanto, considera-se que as decisões colegiadas são instancias participativas na qual a democracia é exercida garantindo decisões compartilhadas, sendo assim afasta-se a centralização e a unilateralidade, promovendo relações igualitárias entre os trabalhadores. Nesse sentido, o exercício da democracia se faz mais demorado, mas garante a autonomia, a liberdade de expressão e a cidadania inibindo mecanismos de coerção e subjugação.

As Universidades Federais sempre exerceram papel importante no cenário social e político do país como lugar de discussão e centro formador de opinião. Na época da Ditadura, foi local de resistência contra um regime de arbitrariedades imposto à sociedade. Motta (2018) em seu livro sobre universidades, em destaque a Universidade Federal de Brasília (UnB) e a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), discorre sobre as complexas relações entre o estado autoritário e a elite acadêmica que foram permeadas por resistência, acomodação e adesão com profundos impactos nessas organizações, com professores perseguidos, presos, torturados e mortos.

E, com um discurso de modernização, as duas grandes reformas curriculares foram realizadas em períodos de ditadura, ou seja, em 1931 e a militar de 1964. Com a abertura democrática, mecanismos que assegurassem relações iguais e direitos foram construídos, sendo que a Constituição Brasileira de 1988 representou papel crucial na conquista de direitos (ARAÚJO, 2007). Em seu artigo 41, assegurou-se a estabilidade dos servidores nomeados em virtude de concurso público (BRASIL, 1988). A regulamentação dessa estabilidade ocorreu por meio da Lei n.º 8.112, em 1990, que instituiu o Regime Jurídico Único ao qual estão submetidos os profissionais da Universidade (BRASIL, 1990).

O desdobramento dessas legislações no HC/UFMG é utilizado na Política (D9) e Plano de Gestão de Pessoas (D10), com reflexos no cotidiano de trabalho dos profissionais. Assim, a Política e o Plano de gestão de RH da Organização reverenciam a legislação e reafirmam a estabilidade e a autonomia dos profissionais da Universidade e do Hospital. Todavia, em decorrência deste elemento simbólico, estabilidade e autonomia dos profissionais estatutários e mito do serviço público, historicamente estabelecido, há pouca legitimação dos instrumentos

de ajustes, tais como ficha funcional, *feedbacks* dos gestores, advertência verbal e escrita, suspensão e processo administrativo. Estes se tornam disfuncionais no cotidiano do HC/UFMG, sendo pouco utilizados e seus fluxos conhecidos apenas por parte dos trabalhadores e chefias, apesar de estarem previstos na legislação:

Uma professora relatou que fica pesarosa por não ter aproveitado o tempo da “empolgação”, do “novo”, dos trabalhadores que ingressaram pela EBSEH. Hoje, os trabalhadores entraram na lógica do serviço público. (NO 15/06/2018 ambiente trabalho gestores).

É um tabu, isso é uma opinião minha, não é da instituição. É um tabu porque às vezes é uma posição mais corporativa. Assim, os mecanismos viram verdadeiras “xinquenes” [pouca utilidade] para chegar a um propósito. (G16) Mas nesses anos todos que eu estou aqui a gente deu uma bomba em uma pessoa no probatório, e aí chegou na Reitoria, ele conseguiu reverter e voltar. Então assim, não funciona. (G12).

Anterior à entrada da EBSEH, a estrutura formal era composta por poucos gerentes intermediários e priorizava o acesso direto à diretoria (hoje superintendência) para discussão e resolução dos problemas operacionais das unidades. Após a entrada da EBSEH, o organograma (D3) ganhou mais gestores intermediários com o objetivo de avançar no tempo de ação e na resolutividade das questões das unidades, a saber: gerência, divisão e setor com seus respectivos gestores. Assim, estão na linha hierárquica o Superintendente, Gerente, Chefe de divisão, Chefe de setor e Chefe de unidade:

Antes de 2015 eu era coordenadora do pronto-socorro e se tivesse qualquer problema só tinha para recorrer a diretoria. Depois de 2014, com o modelo da EBSEH, facilitou muito, criaram muitas chefias que não existiam e que, de certa forma, foi bom, quando ganhei uma chefe achei muito bom, fiquei feliz, porque tinha alguém próximo. (G4).

Antes o organograma era muito achatado, a direção conversando diretamente com as unidades. A EBSEH criou dois níveis intermediários. Ela criou o nível de divisão e de setor [...] hoje a gente tem dois níveis intermediários que fazem isso e a gente tem uma proximidade muito grande, a gente discute muito com os chefes de divisão e setor. Eu fui muito crítica no início, hoje admito ajudou a agilizar, a direção tinha de conversar com cada unidade separadamente, elas são muitas e a gente não conseguia alcançar todas as unidades, com a qualidade do diálogo e com agilidade. (G14).

A proximidade das chefias, segundo os relatos, facilitou o trabalho, a comunicação e a resolução de problemas, tendo em vista que o HC/UFMG é um hospital de porte extra e que necessita de profissionais para pensar estrategicamente a política, mas também decisões do

cotidiano no nível operacional. Porém, o cargo de coordenação das unidades e das especialidades não foi contemplado na estrutura da EBSEH. Assim, a coordenação de enfermagem e das especialidades da equipe multiprofissional (fisioterapeuta, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos) não é reconhecida nessa estrutura. Contudo, as coordenações médicas permaneceram inalteradas, pois eram exercidas pelos professores (elementos simbólicos professor e médico). As coordenações de enfermagem e da equipe multiprofissional, ocupadas por profissionais da universidade, também se mantiveram:

A gente tinha antes um nível hierárquico abaixo das chefias de unidades que eram os coordenadores que recebiam uma gratificação para fazer a linha de frente da unidade [...] A enfermagem a mesma coisa, antes tinha coordenação de enfermagem em cada setor com gratificação e faziam a relação setorial para a divisão. Isso não existe mais e foi um complicador para gente. (G3).

Nós [coordenações das especialidades multidisciplinares] não existimos na hierarquia da EBSEH, na coordenação. Isso está gerando uma dificuldade, é muita responsabilidade para não receber nada. (G7).

Na estrutura da EBSEH, estabeleceram-se referências das unidades e as coordenações das especialidades, porém sem reconhecimento e remuneração. Percebeu-se, na nova estrutura, que houve valorização de médicos e não dos outros profissionais, no sentido de favorecer a gestão nas unidades. Essa valorização pareceu influenciar o sentimento de pertencimento.

Na contratação dos trabalhadores novatos pela EBSEH, priorizou-se a assistência. Por decisão do HC/UFMG e reprodução das relações de poder em consonância com os elementos simbólicos, a equipe médica foi a primeira a ser convocada sob o argumento de eliminar os plantões com pagamento extra por meio do RPA (recibo de pagamento autônomo); posteriormente, iniciou a entrada da equipe de enfermagem, apesar do *deficit* em todas as categorias:

Fizemos escolhas, os médicos entraram primeiro, acaba com o RPA [recibo de pagamento autônomo] e entram todos os médicos. (G9).

A equipe médica, que trabalhava e recebia via RPA no HC/UFMG, teve boa aprovação no concurso, não gerando grandes modificações nas unidades, porém a equipe de enfermagem obteve uma aprovação baixa, gerando troca maior e, com isso, maiores conflitos nas unidades:

A enfermagem sofreu grande troca na composição das equipes com a entrada dos concursados pela EBSEH. No processo de transição, emergiram os conflitos expressos pela diferença de direitos entre os vínculos. (NO 03/05/2018 R1).

Os profissionais da equipe multiprofissional (fisioterapeutas, farmacêuticos clínicos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas e assistentes sociais) foram os últimos a serem chamados com redução significativa em relação ao dimensionamento proposto, pois o TCU bloqueou a nomeação de novos trabalhadores em função da crise econômica. Com isso, houve priorização desses profissionais na assistência em unidades crítica, como o CTI adulto e pediátrico, unidade coronariana e unidade de neonatologia, visto que não há profissionais suficientes para atender todas as unidades:

A equipe multiprofissional foi praticamente toda trocada com a entrada da EBSEH. O dimensionamento já era enxuto e não foi contemplado em sua totalidade, pois houve suspensão das convocações dos aprovados no concurso público. (NO 09/05/2018 equipe multidisciplinar).

O planejamento inicial do quantitativo de pessoal não foi cumprido, considerando o contexto político e econômico. A EBSEH não manteve o número adequado de pessoal para prestação da assistência, em especial a reposição das aposentadorias da UFMG e o dimensionamento da equipe multidisciplinar, contribuindo para reforçar o discurso de sobrecarga. O quantitativo insuficiente é fato, mas mesmo em dias de escala completa ainda permanece o discurso de “não dá tempo” para justificar o não seguimento e adesão às instruções de trabalho e às propostas da qualidade:

Em conversa com a professora, responsável pelo dimensionamento, com a entrada da EBSEH, o quantitativo melhorou, principalmente, na assistência. (NO 18/06/2018 ambiente trabalho gestores).

O dimensionamento inadequado é realidade dos hospitais universitários, considerado problema na saúde pública que gera impacto na qualidade da assistência e segurança do paciente (VASCONCELOS *et al.*, 2017). Estudos internacionais também relacionam qualidade assistencial e segurança do paciente com o quantitativo de pessoal e sobrecarga de trabalho, principalmente da equipe de enfermagem (ARAUJO *et al.*, 2016; CHO *et al.*, 2016; NEURAZ *et al.*, 2015)

A EBSEERH trouxe nova proposta de gestão, mas também conflitos, considerando que as relações não são iguais entre os vínculos, mesmo sendo o trabalhador da EBSEERH concursado. Isso gerou reações dentro do HC/UFMG para manter as relações e o modo de fazer. Por outro lado, impulsionados pelo sentimento de querer pertencer ao grupo incorporando os elementos simbólicos, os discursos dos celetistas (EBSEERH) são iguais aos dos estatutários (UFMG), mesmo sem terem vivenciado as situações críticas anteriores de escassez, refletindo na manutenção das práticas de trabalho, apesar da nova estrutura e novo modelo da EBSEERH. Segundo os relatos, a troca foi de 80% dos trabalhadores da Organização:

Porque uma mudança não aconteceu. Mudou o vínculo, mudou perfil, eu tenho pessoas capacitadas, pessoas especialistas, experiências de outros lugares, eu tenho tudo isso, mas eu não aproveitei. A coordenação é a mesma, então vou repetir sempre as mesmas coisas. O sétimo de há dez anos, vinte anos atrás permanece, ele vai continuar a ser o mesmo sétimo. (EA1).

4.3 INSTÂNCIA DAS POLÍTICAS DE GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

Esta categoria aborda a política de gestão de Recursos Humanos, fluxo das ações regulatórias (ficha funcional, *feedbacks* dos gestores, advertência verbal e escrita, suspensão e processo administrativo), mecanismos de desenvolvimento especificamente os treinamentos e o registro de ponto que intermediam a relação entre servidores e a Organização.

A Divisão de Gestão de Pessoas (DivGP) está subordinada à Gerência Administrativa. É composta por três unidades: unidade de desenvolvimento de pessoas, unidade de admissão, movimentação e avaliação de pessoas e unidade de administração de pessoal.

A unidade de desenvolvimento de pessoas tem como objetivo o aperfeiçoamento permanente dos profissionais no HC/UFMG. Suas atribuições são levantamento das necessidades de treinamento, confeccionar o plano anual de desenvolvimento de competências, organizar, cadastrar e dar apoio aos os cursos de EaD (Educação a distância), fornecer apoio logístico às capacitações internas, planejar eventos de integração, realizar a avaliação de capacitação, avaliar custos para participação em eventos, prestar contas do Plano de Desenvolvimento de competências, elaborar pareceres nas solicitações de participação em congressos e cursos, realizar a abertura e acompanhar processos de progressão de carreira (BRASIL, [201-?]d) (G5).

A unidade de admissão, movimentação e avaliação de pessoas é responsável por dimensionar, admitir e avaliar recursos humanos no HC/UFMG, possuindo como atribuições o dimensionamento de pessoal, provimento de pessoal (admissão), avaliação de desempenho,

realocação de pessoal, planejamento e execução de seleções internas (BRASIL, [201-?]d) (G5, G16).

A unidade de administração de pessoal tem como objeto a otimização das relações no ambiente de trabalho, garantindo os direitos e deveres dos profissionais em observância aos interesses do serviço público, possuindo como atribuição a administração do pessoal para procedimentos trabalhistas de servidores e empregados, controle de frequência, cálculo de salários, processamento de pagamento, benefícios, admissões, demissões, exonerações e controle de lotação (BRASIL, [201-?]d) (G5).

A Organização é regida pela Política de Gestão de Pessoas (D9) e pelo Plano de Gestão de Pessoas (D10), além das leis e normas. A Política declara o compromisso em garantir condições para o crescimento por meio do planejamento, manutenção e desenvolvimento do quadro de profissionais considerando legislações (Constituição da República de 1988 e Lei 8.112 de 1990), valores institucionais e a hegemonia do serviço público (D9).

A Política possui como diretrizes o alinhamento da gestão de pessoas ao Planejamento Estratégico, a corresponsabilidade das chefias em defesa da gestão de pessoas, o cumprimento do programa de gestão de pessoas por meio das diretrizes da UFMG e da EBSEH alinhadas aos conhecimentos e habilidades descritos por meio da avaliação de desempenho do Plano de Desempenho das competências individuais e gerenciais, implantação do dimensionamento, alocação e movimentação e condução do processo de admissão, lotação, inserção do cadastro funcional dos servidores e empregados públicos (D9).

As diretrizes da Política são descritas para todos os trabalhadores, isto é, não há distinção para celetistas e estatutários (D9). Porém, no Plano de Gestão de Pessoas, há referência às diferenças na condução das ações e nos documentos regulamentadores, como atribuição de cargos, plano de cargos e carreiras, processo de recrutamento e seleção e avaliação de desempenho (D10).

Na prática, observa-se e foi relatado pelos entrevistados distanciamento entre o prescrito na política e na prática diária. Nesse contexto, o elemento simbólico estabilidade e autonomia dos profissionais ganha corpo, modificando o cumprimento das normas no cotidiano de trabalho. Além disso, as relações de poder influenciam o processo de trabalho, dando forma aos elementos simbólicos poder do professor, força da cultura da universidade e consequente valorização dos profissionais estatutários, considerando que o tratamento não é igual para os diferentes vínculos conforme descrito na política:

As pessoas entram aqui por concurso público. Há estabilidade no emprego. Então, isso já dá um sinal de como que é esta política, a pessoa entra e de certa forma tem essa ideia de que está entrando no emprego pelo resto da vida. Isso prejudica a própria política, na medida em que fica refém de alguém que não está ajustado à instituição ou até com problemas assim de competência. (G12).

É uma política que tem que ser alinhada à lógica do Ministério da Educação, do Planejamento que é quem dita as regras de gestão de pessoas seja de vínculo estatutário ou da EBSEH. Também, a política tem que ser alinhada à universidade e à EBSEH que estabelece uma série de critérios. No hospital tudo é participativo, então as políticas e as diretrizes passam por uma apreciação da Comunidade. (G16).

O processo de elaboração de políticas sofre interferência de fatores externos, tais como tipo de organização, características da classe trabalhadora e jogo das forças político-sociais, como grau de autonomia e mobilidade das diferentes categorias profissionais. Nesse sentido, deveria estar vinculada ao planejamento estratégico e traduzida em práticas organizacionais complexas na perspectiva dos administradores (FLEURY; FISCHER, 2013).

Todavia, os elementos simbólicos força da cultura da universidade, estabilidade e autonomia dos profissionais, poder do médico e do professor norteiam ações em todos os níveis hierárquicos, isto é, do Reitor da Universidade e Conselho Administrativo da EBSEH aos trabalhadores do HC/UFMG, refletindo na organização do processo de trabalho da Divisão de Recursos Humanos. Segundo os relatos, as questões administrativas do servidor, tais como controle de frequência/ponto, processos administrativos, aposentadorias, transferências e realocações, só podem ser executadas pelos profissionais da UFMG por decisão da Universidade. Para os celetistas, as mesmas questões podem ser realizadas por servidores estatutários, mas na prática há duas equipes na execução dessas atividades consoante seu vínculo, demonstrando, na prática, a força dos elementos simbólicos.

Alinhada a essa realidade, a pesquisa realizada por Fleury e Fischer (2013) em empresa estatal apresentou como resultado que a relação entre dois grupos era marcada por relação ambígua, nos discursos ora se colocavam com grupo, “nós”, ora polos opostos nas relações no trabalho (FLEURY; FISCHER, 2013).

O Plano de Gestão de Pessoas descreve as diretrizes para planejamento do quadro de profissionais, da qualificação e saúde e segurança do trabalho (D10). Em relação ao planejamento do quadro de profissionais, o plano define os critérios utilizados para o dimensionamento, atribuição de cargos, recrutamento/seleção, inserção e avaliação inicial, movimentação e readaptação, registro funcional e privilégios clínicos dos profissionais médicos (D10).

O dimensionamento foi estabelecido considerando as especificidades da assistência, as metodologias da literatura, os índices de referência, o histórico de boas práticas em gestão de pessoas e diretrizes do Ministério do Planejamento e Gestão e da EBSEH (D10).

Contudo, o elemento simbólico de dimensionamento insuficiente e sobrecarga de trabalho, constituído anterior à entrada da EBSEH, foi incorporado pelos celetistas orientando as ações e práticas de trabalho. A entrada da Empresa supriu em um primeiro momento o quantitativo de pessoal, mantendo-o acima do dimensionamento anteriormente praticado para Enfermeiros e Técnicos em Enfermagem. A equipe médica teve o dimensionamento proposto contemplado. Os profissionais da multidisciplinar não foram atendidos na proposta de dimensionamento; posteriormente, por determinação do Ministério do Planejamento, não houve substituição das licenças de longa permanência, como licença maternidade e aposentadorias do pessoal da UFMG. Nesse sentido, houve reforço do discurso e a solidificação do elemento simbólico:

Com a entrada da EBSEH, o dimensionamento melhorou, principalmente, o assistencial. O setor administrativo não foi contemplado, conforme solicitado. Entretanto, o vínculo dos trabalhadores da UFMG, estatutário, é muito antigo e vários trabalhadores estão se aposentado sem reposição pela EBSEH. Quando a EBSEH recebeu o quantitativo, não foram contempladas as reposições dos trabalhadores nas ausências por quaisquer motivos. (NO 18/06/2018 ambiente trabalho dos gestores).

Então quando começou a chegar os servidores da EBSEH a gente pensou assim, vai acabar com APH [autorização de plantão hospitalar], que você chama um, chama outro, ali a pessoa combina e não vem. Só que não. (G2).

A atribuição de cargos é regida pelos Planos de Cargos e Carreiras diferenciados conforme os vínculos, UFMG (lei 11.091, de 12 de janeiro de 2005) (BRASIL, 2005) e da EBSEH (D34, D35). Consequentemente o recrutamento é realizado por meio de concurso público para os dois vínculos, sendo que os estatutários ocupam cargo público regido pelo Regime Jurídico Único e os celetistas empregados públicos sob regime da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Para os cargos administrativos, há a realização de licitação (D14).

A alocação dos profissionais obedece ao dimensionamento aprovado e às escalas apresentadas pelas chefias. Estas são responsáveis por realizar o acompanhamento do profissional e registrar a avaliação inicial (experiência/estágio probatório).

A avaliação de desempenho ocorre anualmente. Os documentos utilizados são Avaliação de Desempenho Regime Jurídico Único (RJU-UFMG) e Avaliação de Desempenho EBSEH e as resoluções e normas específicas de cada vínculo (D34, D35).

Na prática, esses instrumentos não atendem ao objetivo proposto no Plano de Gestão de Pessoas de mensurar o desempenho das competências, conhecimentos e habilidades com foco na melhoria dos resultados organizacionais. A avaliação da EBSEERH é associada à progressão na carreira e à concessão de benefícios financeiros por participação nos resultados, uma vez que 1% do orçamento é destinado ao pagamento dos trabalhadores que conseguirem 100% nesta.

Para Fleury e Fischer (2013), no estudo em uma estatal brasileira, as vantagens previstas nas políticas funcionam como mediadores que se interpõem entre os objetivos da organização e a percepção das restrições por parte dos trabalhadores, o que poderia levar à contestação, mobilização e luta, demonstrando a contradição existente entre capital e trabalho, gerando uma contradição interna às políticas da organização (FLEURY E FISCHER, 2013):

A avaliação de desempenho vira um espaço de disputa entre os vínculos, envolve inclusive o sindicato e posições ideológicas. Então para o trabalhador UFMG ter progressão tem que fazer avaliação UFMG, para o trabalhador EBSEERH ter progressão na carreira dele, ele tem que fazer a ferramenta EBSEERH. Nós vivemos nesse dilema entendendo que esta divisão não é salutar para a gestão do hospital. A avaliação da UFMG dá maior foco à questão comportamental, muito mais nas atitudes, se a pessoa é ética, se é assídua. É uma avaliação inclusive subjetiva. No caso da EBSEERH, a avaliação tem uma objetividade maior e a nota é baseada em metas que a equipe alcança e a pessoa alcança dentro da equipe. (G16).

Segundo os entrevistados, no primeiro ciclo de avaliação da EBSEERH, a meta para progressão foi “sentida pelos trabalhadores”, o que gerou conflitos nas equipes. Com isso, o segundo ciclo foi heterogêneo. Em algumas equipes, as avaliações foram realizadas conforme as metas pactuadas nas equipes, como foi o caso da equipe multidisciplinar, porém em outras foi atribuída nota máxima com o intuito de ganhar o benefício e evitar os embates, como ocorreu no primeiro ciclo de avaliação:

A maioria dos setores deu nota 100 para os trabalhadores devido à progressão vertical e horizontal, que representa valor considerável no salário, cerca de 10% na progressão vertical. Houve casos de processos, pois aqueles que ficaram com 98% na avaliação, mas que no banco de talentos tinham nota máxima, não ganhou. (NO 24/05/2018 ambiente trabalho gestores).

A avaliação de desempenho também não é feita de forma verídica, por exemplo, um setor fala: dei 100 para todo mundo, os colegas deram 100 para todo mundo, aí vou dar 100 para todo mundo. Você não faz uma avaliação fidedigna. Ninguém quer comprar briga. (EA2).

Portulhak, Espejo e Pacheco (2018) propõem um modelo de avaliação de desempenho nos Hospitais Universitários com a pactuação de indicadores, contextualizando a importância da observância da cultura organizacional para construção do modelo para que, na prática, tenha-se de fato o desenvolvimento do pessoal e a melhoria da eficácia, eficiência e efetividade com intuito de diminuir a distância entre a alocação dos recursos públicos e qualidade dos serviços públicos ofertados no país (PORTULHAK; ESPEJO; PACHECO, 2018).

A movimentação e readaptação são coordenadas pela DivGP seguindo os critérios estabelecidos no Plano de Gestão de Pessoas, que são por interesse da Organização em situações de deficit de pessoal, plano de contingência e reorganização do processo de trabalho, a pedido do profissional ou da chefia ou por restrição médica mediante apresentação de laudo (D10).

A entrada da EBSEH ocasionou processo de movimentação considerável. Os profissionais UFMG pediram transferência para o ambulatório. Poucos estatutários da UFMG permaneceram no HC/UFMG concentrados em um mesmo plantão. Assim, os celetistas da EBSEH recém-chegados foram alocados no Hospital conforme a especificidade do concurso:

Os profissionais da UFMG da época ainda permanecem, estão todas no ambulatório. (G8).

O registro funcional é realizado em um cadastro no sistema eletrônico e é gerada uma pasta funcional com cópia da qualificação profissional, avaliação inicial, avaliação de desempenho e histórico profissional (D10).

No histórico profissional consta toda a vida funcional dos trabalhadores, isto é, férias, afastamentos, licenças médicas, orientações e mecanismos de ajustes, como ficha funcional, *feedbacks* dos gestores, advertência verbal e escrita, suspensão e processo administrativo. Estes não estão descritos no Plano de Gestão de Pessoas. Há referência da Lei nº 8.112/1990 (BRASIL, 1990) que dispõe sobre o RJU dos servidores públicos civis da União, das Autarquias e das Fundações Públicas Federais e Regulamento do Pessoal EBSEH de janeiro de 2014. As legislações descrevem as penalidades previstas em caso de descumprimento dos deveres pelos celetistas e estatutários.

Na prática, esses mecanismos não funcionam. A maioria dos entrevistados desconhece o fluxo ou não utiliza os instrumentos, pois, historicamente, eles não tinham efetividade na prática. Com isso, o HC/UFMG não tinha profissionais qualificados, com conhecimento e competência para compor e conduzir os processos administrados:

No vínculo EBSEH você não pode advertir um funcionário diretamente. Você tem que mandar um memorando para o RH, de preferência descrever qual artigo foi infringido de acordo com o Regimento e aí o RH vai aplicar advertência, mas será que aplica? Porque eu nunca tive o retorno. (EA1).

Não é uma coisa muito rígida, muito rigorosa, penso que aqui corre meio solto. Para você chegar a fazer uma advertência, tem toda uma burocracia da qual nós mesmos não sabemos qual a linha exata a seguir. Nunca fomos orientados como advertir um funcionário. (EA7).

Não tem por que as enfermeiras junto com a coordenação, chamou para dar uma advertência a um funcionário e veio o sindicato, então elas descobriram que os enfermeiros não podem dar advertência para os funcionários da EBSEH, tem que ser um processo administrativo. Mas, não existe advertência. (TE9).

Até pouco tempo atrás, a gente tinha uma equipe muito pequena para conduzir os processos administrativos. (G16).

Assim, os elementos simbólicos estabilidade e autonomia dos profissionais estatutários e a força da cultura da universidade, permeada pelas relações de poder historicamente construído dentro da Organização, deslegitimam os instrumentos de ajustes, tornando-os disfuncionais na prática cotidiana. Fleury e Fischer (2013) relatam que as ações disciplinares, na prática cotidiana, são reinterpretadas devido ao excesso de regras formais, leis e regulamentos, batizado como burocracia. A imagem da burocracia demonstra seus aspectos disfuncionais, com excessiva formalização de critérios para procedimentos administrativos, deslocando a regra com relação à realidade. Nesse cenário, as reponsabilidades e autoridades são manuseadas sob o manto da legalidade. Logo, a burocracia cristaliza-se em um universo simbólico mediando as relações de poder, formalizadas em quadro de pessoal e carreiras (FLEURY; FISCHER, 2013).

Para a qualificação dos profissionais, há elaboração de um plano anual de capacitação de maneira participativa entre as áreas: Gestão da Qualidade, Prevenção e Controle de Infecção, Biossegurança e Epidemiologia, Saúde e Segurança do Trabalho, Planejamento e Ouvidoria, Comunicação, Gestão de resíduos, Divisão de Enfermagem e Setor de Cuidados, consideradas estratégicas para a Organização. O plano de capacitação deve considerar as exigências legais de órgãos normatizadores, fiscalizadores e avaliadores. Assim, a Matriz de Capacitação Estratégica aborda Programa de Qualidade, Segurança do Trabalho (combate a incêndio) e Técnicas e Fluxos para identificação e atendimento a urgência cardiopulmonar que deve ser repetido a cada 2 anos.

Esses treinamentos podem ser desenvolvidos na modalidade presencial e também a distância. As chefias das unidades devem considerar temas específicos do local de trabalho, sendo responsabilidade desta registrar na DivGP e implementar o fluxo de treinamento (D10).

É assegurado aos profissionais ajuda de custo ou o abono de ponto para participação em eventos externos, dentro ou fora do país, de curta ou longa duração. O evento deve ter relação com o cargo e atividade profissional. As solicitações são realizadas pelas chefias considerando o interesse e a disponibilidade da Organização. O compartilhamento das informações com a equipe também é responsabilidade das chefias (D10).

Porém, na prática, os treinamentos programados não são necessariamente realizados. Segundo os entrevistados, o dimensionamento insuficiente e a sobrecarga de trabalho dificultam e, em alguns casos, inviabilizam a realização dos treinamentos. Há relatos de que estes não atendem às necessidades do setor. Por outro lado, também é identificado pelos participantes que são utilizados como instrumento de barganha pelos profissionais de todas as equipes, ou seja, a participação ocorre por conveniência. É relatado que a adesão do plantão noturno é bem menor:

Treinamento *online* eu faço porque sou obrigada, literalmente, aliás a maioria. (TE2).

Geralmente, os treinamentos são feitos durante o dia e poucas vezes. Em três anos que estou aqui, acho que umas duas vezes eu vi treinamento à noite, mesmo assim quando tem o treinamento à noite costuma não ter alguém para repor a equipe, então o restante fica sobrecarregado. (EA4).

Eu vejo muito a questão de conveniência do profissional, não é obrigatório e não é no horário de trabalho, então eu vou fazer fora do meu horário, mas eu quero que essas horas sejam usadas no meu banco de horas. Então existe uma barganha muito grande nessa situação. (EM2).

O elemento simbólico dimensionamento insuficiente e sobrecarga de trabalho associado à ineficiência dos mecanismos regulatórios (ficha funcional, *feedbacks* dos gestores, advertência verbal e escrita, suspensão e processo administrativo) mantém os discursos e as práticas inalteradas na Organização. Assim, não há legitimidade nas ações de capacitação, pois não há reconhecimento, legitimidade e perenidade nas propostas e ações.

Nesse cenário, permeado de relações de poder entre as categorias profissionais, surgem estratégias para manter as estruturas de poder e estas criam e reforçam os elementos simbólicos da cultura organizacional mantendo as práticas inalteradas.

4.4 INSTÂNCIA DA ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

Esta categoria aborda o cotidiano de trabalho na unidade de clínica médica, na qual a tecnologia e as formas de gestão do processo de trabalho definem o perfil e a relação entre as categorias profissionais. É composta por duas subcategorias: Processo de trabalho da enfermagem e Processo de trabalho da equipe multidisciplinar.

4.4.1 Processo de trabalho da enfermagem

Esta subcategoria aborda o cotidiano de trabalho da equipe de enfermagem, maior número de profissionais da assistência e articulador das demandas dos outros profissionais da unidade de clínica médica na prestação da assistência. Além disso, a enfermagem desempenha um papel importante nos processos de qualidade e segurança do paciente, considerando que são atores essenciais para processos de mudança, facilitando a articulação entre profissionais, a interdisciplinaridade e a integralidade proposta pelas metodologias de qualidade (FREIRE et al, 2015).

A enfermagem da unidade de clínica médica é composta por técnicos de enfermagem e enfermeiros sob a direção da Divisão de Enfermagem. O trabalho é sob regime de plantão em escala 12 x 36 para técnicos dos plantões diurno e noturno e enfermeiros do noturno. Os enfermeiros dos plantões diurnos trabalham em escala de 6 horas diárias formando a equipe dos enfermeiros da manhã e a equipe da tarde (R12). O vínculo EBSEH é predominante no setor.

Historicamente, o trabalho em saúde é planejado em regime de plantão, com escalas que podem variar de 6 por 18, 12 por 36 a 12 por 72 horas. A equipe de enfermagem da EBSEH cumpre jornadas de trabalho de 36 horas semanais, em escalas de 6 e 8 horas, com um intervalo mínimo de 11 horas interjornada. Para os plantões de 12 e 24 horas são previstas 36 e 72 horas de intervalo interjornada, respectivamente (D8). Os servidores efetivos da UFMG lotados no Hospital das Clínicas da UFMG (HC-UFMG) possuem a mesma escala de trabalho, porém com jornada de 30 horas semanais, concedida pelo Reitor da UFMG (D36).

Essa diferença na carga horária suscita constantes discussões e conflitos nas equipes, apesar de diferentes vínculos sempre terem existido no Hospital, atualmente estatutários/EBSEH e anteriormente estatutários/cooperativa ou fundação. Ressalta-se que a jornada de trabalho da saúde e seus impactos na qualidade da assistência ao paciente vêm sendo discutidos na literatura. Estudo realizado em hospital público do Rio de Janeiro/Brasil concluiu que a jornada de trabalho está diretamente relacionada à saúde dos trabalhadores e à qualidade da

assistência prestada (FERNANDES *et al.*, 2017). O gerenciamento das escalas de trabalho é fator que gera satisfação no trabalho, integração e cooperação entre profissionais (MANTOVANI *et al.*, 2016).

A unidade de clínica médica é composta pelo 3º andar sul, 7º andar norte e 7º andar leste. O 3º andar ala sul foi incorporado recentemente (julho 2017) à unidade de clínica médica, anteriormente pertencia ao pronto atendimento. Possui 24 leitos, sendo 4 irregulares, isto é, dispostos atrás das portas das enfermarias e utilizados para atender à demanda de internação dos pacientes provenientes do pronto atendimento. A infraestrutura não atende à Resolução da Diretoria Colegiada - RDC 50 no que se refere ao distanciamento de leitos, disponibilidade de equipamentos e à quantidade de pontos de gás (oxigênio, ar comprimido e vácuo) por leito. Existe um projeto de adequação da área, mas sem previsão de início. No 3º andar, os pacientes são de cuidados mínimos e intermediários. Não há pacientes em uso de oxigenioterapia devido à infraestrutura.

A EBSEERH trouxe a proposta de enfermeiros especialistas, ao contrário do modelo praticado pela UFMG. Com isso, o concurso foi realizado sob essa diretriz. Isso é visto pelos entrevistados como um ganho no que se refere à especificidade, mas uma perda quanto à flexibilidade de remanejamento desses profissionais para outros setores em momentos de necessidade de complementação da escala.

A proposta para CTI foi de uma assistência realizada somente por enfermeiros. A implantação desse modelo não foi imediata, com isso alguns técnicos de enfermagem UFMG optaram por permanecer atendendo no setor. Quando os enfermeiros aprovados no concurso foram chamados, houve a necessidade de remanejamento destes para outros setores. Isso gerou vários conflitos, pois as redistribuições já haviam sido realizadas. Assim, o grupo de técnicos solicitou que todos fossem para o mesmo setor em um mesmo plantão. De tal modo, a equipe foi para o 3º andar ao invés dos ambulatórios que receberam a maioria dos estatutários da UFMG no momento da entrada da EBSEERH.

O 7º andar é constituído das alas norte e leste, totalizando 63 leitos divididos em 12 enfermarias. A ala leste possui 7 enfermarias com 5 leitos e 2 dois apartamentos privativos para precaução de contato que comportam 4 pacientes. A ala norte possui capacidade para 24 pacientes, sendo 18 leitos reservados para cardiologia e 6 para infectologia, bem como 6 quartos privativos para precaução respiratória.

Com isso, os pacientes mais complexos são internados no 7º andar leste que, desde os tempos da administração pela UFMG, é reconhecido pela complexidade dos pacientes, sendo em alguns momentos denominado pelos trabalhadores como “Timor leste” em analogia aos

conflitos na República Democrática de Timor-Leste. Essa percepção é relatada da mesma maneira pelos celetistas EBSEH mesmo sem terem vivenciado a fase crítica de falta de recursos materiais e quantitativo insuficiente de pessoal. Isso interferiu e interfere, inclusive, na entrada dos celetistas na unidade e no remanejamento dos estatutários após a entrada da EBSEH:

O sétimo andar é aquela coisa, tudo vem para cá, no terceiro não pode receber porque não tem aspirador, não pode receber porque não tem O₂, então aqui eu sinto que a gente está trabalhando num CTI sem recurso, o que não cabe no CTI vem para cá, entendeu? Então, a gente está trabalhando numa situação muito tensa, porque nós não temos equipamento. (EA7).

Assim, a imagem do terceiro andar com uma infraestrutura inadequada, ausência de priorização na alocação de equipamento e alguns plantões sem enfermeiros suscita na equipe médica uma percepção de que o cuidado de enfermagem é pior. Isso se deve, historicamente, ao fato de o 7º andar ser reconhecido para atendimento de pacientes complexos por possuir equipe de enfermagem preparada, matérias e equipamentos disponíveis, construindo, desse modo, um mito e um elemento simbólico do 7º andar da clínica médica. Esse elemento simbólico, isto é, o mito do 7º andar da clínica médica é tão presente e marcante que influencia não só na entrada dos novatos da EBSEH e na escolha ou não dos remanejamentos, mas também na preferência da realização dos testes-piloto do HC/UFMG, das propostas institucionais, da qualidade e segurança do paciente.

Os técnicos de enfermagem quando a escala está completa assumem de 5 (cinco) a 6 (seis) pacientes (R12). Um estudo de complexidade de pacientes e dimensionamento, realizado de janeiro a abril de 2018, pela equipe de enfermagem do 7º andar e a Escola da Enfermagem demonstrou que a maioria dos pacientes é de cuidados mínimos, mas há pacientes de cuidados intensivos, semi-intensivos e alta dependência. Outro ponto importante, nesse estudo, refere-se às ausências e licenças à saúde e maternidade, o que representa 11,11%. Considera-se, ainda, que não há contratações pela EBSEH para cobrir essas licenças (D27, D28):

Essa não é a proposta de Fugulin. Não é aumentando os profissionais que aumento a qualidade. Eu também tenho que querer melhorar qualidade. Então eu tenho menos pacientes, tenho mais pessoas ociosas. Eu percebi que elas queriam ficar ociosas, não queriam melhorar qualidade da assistência. (EA1).

O dimensionamento antigamente ficava, em média, na clínica médica, 2 enfermeiros para a ala toda. Para cada técnico de enfermagem era de 5 a 6 pacientes. A gente sempre achou que era pouco, era sobrecarregado, mas a gente trabalhava assim mesmo. Aí teve o concurso, praticamente dobrou o

número da equipe, e a gente não vê a qualidade da assistência melhorar. O perfil dos pacientes mudou também, hoje temos mais pacientes graves, doença crônica, paciente que demanda mais, a assistência ficou mais complexa. (EA6).

Na equipe de enfermagem, o relacionamento é marcado por conflitos que às vezes estão mais aflorados e em outros períodos mais latentes. Os conflitos pela diferença EBSEH/UFMG estão latentes, mas como não foram abordados pelas lideranças institucionais são reavivados nos momentos de decisão, como direito a feriados, folgas, salários e carga horária, isto é, momentos de assegurar os direitos adquiridos.

Nas discussões realizadas na sociedade, na academia e no HC/UFMG, no processo de adesão à empresa, segundo os entrevistados, a EBSEH veio para “consertar” o serviço público, pois traria trabalhadores de mercado, inclusive com salário diferenciado. Os estatutários relatam que os trabalhadores da EBSEH não têm amor ao serviço e o orgulho de pertencer à UFMG. Por outro lado, os EBSEH, apesar da especialidade solicitada pelo concurso, são trabalhadores novos, alguns em seu primeiro emprego:

Eles [EBSEH] não têm o comprometimento que a gente tem. A UFMG quando passa no concurso fica orgulhosa, vem com amor e eu não vejo isso na EBSEH. Eu acho que é mais uma questão financeira mesmo. (T10).

O Hospital das Clínicas não queria a EBSEH, o que gerou conflito. A UFMG achou que estávamos entrando para ocupar os lugares deles. Mas nós mostramos nosso valor através da melhoria dos indicadores. (E3).

A criação da EBSEH insere-se no contexto político e econômico considerando a lógica de mercado e de empresa privada com a proposta de trazer eficiência nessas organizações que são percebidas como ineficientes (BORGES; BARCELOS; RODRIGUES, 2018) e isso gerou sentimentos nos dois grupos que são recorrentes no cotidiano de trabalho dos profissionais. Nesse sentido, a entrada da Empresa provocou um choque cultural e atritos entre diferentes regimes de contratação com tratamentos diferenciados e falta isonomia, decorrentes das diferenças de vínculos, segundo estudo realizado em um Hospital Universitário, após a entrada da EBSEH (DANELIU et al., 2019).

Assim, na transição, houve conflitos, contudo, os celetistas foram treinados e tiveram como referência os estatutários da UFMG. Durante a greve dos trabalhadores da EBSEH em julho de 2019, os estatutários UFMG reagiram dizendo que os celetistas EBSEH estavam aprendendo com eles a fazer greve. Com isso, há uma manutenção das práticas de trabalho no

HC/UFMG por meio da repetição dos ritos e rituais que dão significado aos elementos simbólicos da cultura.

Os conflitos relacionados ao processo de trabalho da enfermagem, entre técnicos, entre estes e enfermeiros e destes com outras categorias, ocorrem rotineiramente na equipe. Um ponto gerador de conflitos são as relações no trabalho estabelecidas na nova equipe de enfermagem. Segundo os entrevistados, os enfermeiros não acompanham as atividades dos técnicos e não correm leitos para avaliação de todos os pacientes. Na passagem de plantão, os técnicos fornecem as informações sobre o paciente para completar o impresso de passagem de plantão.

Porém, na prática, observa-se que estratégias são desenvolvidas pela equipe de enfermagem, tais como divisão das tarefas setoriais (D29) e elaboração de escala pelos enfermeiros, dividindo os pacientes entre enfermeiros da manhã e da tarde, contudo não funciona plenamente, pois segundo os relatos as demandas do setor e as intercorrências com os pacientes definem qual paciente será olhado naquele momento.

É importante considerar que a equipe, em sua maioria, é nova em uma unidade complexa, na qual as relações de poder permeiam as ações dos profissionais. Assim sendo, o alinhamento das práticas é um processo em construção. Considera-se ainda que os elementos simbólicos da cultura dizem como as coisas funcionam e deram certo na organização, favorecendo sua incorporação em um movimento de negação, adaptação e aceitação. À medida que são estabelecidos os padrões nas relações e as formas de resolver os problemas vão se consolidando, torna-se difícil os elementos simbólicos serem questionados (FLEURY; FISCHER, 2013):

O enfermeiro não vai no leito. Consegue fazer avaliação da pele? Olhar o sítio de inserção de um cateter periférico em paciente NPT [nutrição parenteral]? Ele não vê o paciente de quimioterapia 24 horas que tem de controlar a bomba, ele controla?

Eu acho que são relações de conflito no sentido de você ter o enfermeiro com as suas atribuições e os técnicos com as atribuições deles. E, às vezes, eu vejo que não está claro para o técnico o que é função do enfermeiro e, às vezes, isto gera conflito. (EA8).

A integração? É enfermeiro para lá, técnico para cá, tem uma separação, por mais que se fale que é uma equipe. Juntar todos não é uma equipe. Algumas pessoas têm dificuldade em aceitar ordens. O que causa divergência. (TE4).

O trabalho em enfermagem é realizado em equipe. Compete ao enfermeiro a direção do órgão de enfermagem, a chefia de serviço e de unidade, o planejamento e organização dos serviços de enfermagem e execução de atividades privativas do enfermeiro de acordo com a lei do exercício profissional, lei 7498/86 (BRASIL, 1986). Os técnicos de enfermagem são

responsáveis por executar ações assistenciais sob a supervisão do enfermeiro. No entanto, para que essa equipe trabalhe de maneira harmônica, respeitando os limites de cada atribuição, é necessário que a liderança de enfermagem tenha papel representativo e legitimado pela equipe.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) está definida no HC/UFMG, mas é realizada parcialmente pelos enfermeiros. Há a evolução no prontuário dos pacientes avaliados e nos procedimentos realizados. A Divisão de Enfermagem relata que a SAE é obrigatória no Hospital (NO 21/05/2020 observação reunião - R6):

Eu anoto os procedimentos que eu faço. Não se faz SAE. Na verdade, temos problemas sérios, e as coisas não acontecem eu não sei se é morosidade do processo, ou seja, a questão dessa burocracia do serviço público que é muito burocratizado. As pessoas não assumem suas funções totalmente. No privado você assume sua função e aqui não, acham que aqui não é de ninguém. (EA1).

Tal fato é relatado pelos entrevistados como permanência da gestão nas mãos da UFMG, sejam eles cedidos à EBSERH ou não, regulando, inclusive, o reconhecimento institucional das atividades de gestão aos servidores da UFMG, o que contribui e reforça para manutenção do processo de trabalho dentro do Hospital:

Porque no hospital tem uma cultura que tem uma norma para fazer, até tem, mas ninguém cumpre. (EA2).

Nada muda, nada acontece. Sua escala de trabalho não sai na data, fulano faz uma medicação errada, não há orientação, os processos mudam, ninguém fica sabendo, não há reuniões na unidade, e você quer acreditar o andar? Acreditar no quê? O enfermeiro fala que não tem tempo de evoluir. Claro que não segue as normas. Quem é que cobra? Ninguém cobra, ninguém cobra nada. (EA1).

Outra questão que gera conflitos na unidade, segundo os entrevistados e a observação, refere-se à comunicação ineficiente. Os meios de comunicações oficiais existem, mas não são utilizados rotineiramente pelos trabalhadores, sendo ineficientes para comunicação diária. Os meios informais, como os grupos de WhatsApp®, possuem maior efetividade para comunicação na Unidade. Existem os grupos da coordenação de enfermagem com os enfermeiros e técnicos, o grupo dos enfermeiros com a coordenação de enfermagem e grupo da enfermagem com a chefia da clínica médica. As relações profissionais e os conflitos também são reproduzidos nesses espaços:

Sempre que precisa a gente tem um grupo de WhatsApp. (EA3).

Eu não participo mais de WhatsApp. Não fiz o treinamento do ISBAR, porque não tive comunicação oficial. Algumas coisas têm na Intranet. Estou ficando desinformado das coisas porque não participo do WhatsApp® do setor. (EA4).

Comunicação mesmo, eu acho que está péssima, ruim. Toda a equipe multidisciplinar, entre médico, paciente, enfermeiro, as informações se perdem. Acontecem alguns erros por essas informações perdidas. (TE2).

Para atuar nesses conflitos, uma professora da Escola da Enfermagem desenvolveu um projeto de gerenciamento de conflitos na unidade por meio de uma série de ações, mas principalmente de realização de reuniões para discussão das dificuldades e conflitos na instituição (NO 09/05/2018 observação reunião - R2, NO 21/06/2018 observação reunião - R11, D30). Os entrevistados relataram que essa dinâmica foi promotora de melhoria nas relações na unidade, exercendo um papel muito importante na organização do processo de trabalho da enfermagem e no desenvolvimento de projetos diante de dificuldades encontradas. Isso se deve ao mito ou elemento simbólico do poder do professor como autoridade, não questionado, mesmo sendo as ações programadas, executadas lentamente ou não realizadas sob a justificativa da rotina pesada da unidade, isto é, o elemento simbólico sobrecarga de trabalho, quantitativo insuficiente, direcionando e orientando as ações da equipe:

A professora fez e faz cumprir várias coisas, ninguém fala para ela não vamos fazer, sabe aquela coisa do respeito porque é a professora. (EA1).

Antigamente era tipo assim, cada um juntava os técnicos e a gente. Cada um ia murmurar contra um, falando, e ficava por isso mesmo. Depois a gente começou um trabalho com a professora. O trabalho dela tem sido muito bom, até a convivência com os enfermeiros, eu mesma no início quando a gente passou para 12 horas, tive muita dificuldade. Cada um trabalhava de um jeito, então houve um susto, um choque. Mas, depois melhorou e hoje a gente se dá bem com praticamente todas. Melhorou bastante. (TE1).

Segundo relatos, há maior aproximação e legitimidade nas relações com as professoras da Escola do que com a Divisão de Enfermagem do HC/UFMG. A Divisão de Enfermagem não é reconhecida pela equipe como liderança capaz de entender as necessidades dos profissionais e propor ações para melhoria do processo de trabalho e suas determinações não representam as reais necessidades do grupo, além das suas deliberações não serem comunicadas de maneira eficiente ao grupo, o que gera um sentimento de ilegitimidade. Apesar da entrada da nova gestão ser percebida como possibilidade de renovação e esperança para enfermagem, os conflitos existentes na equipe não são abordados resolutamente e ainda provocam fragmentação no que se refere ao sentimento de grupo, ou seja, sentimento de pertencimento, elemento

constitutivo da cultura organizacional. No entanto, é importante ressaltar a cadeia hierárquica na qual há enfermeiros em todos os setores operacionais que são os responsáveis pelos contatos e repasse das questões oriundas da Divisão da Enfermagem que tem uma posição estratégica.

Nesse contexto, a fragmentação consolida-se na cultura da organização. Nos hospitais públicos, a liderança de enfermagem baseada na confiança e no diálogo estabelecendo um bom relacionamento interpessoal é responsável pela melhoria da qualidade da assistência prestada aos pacientes (SANTOS *et al.*, 2018). Além disso, a liderança em enfermagem reflete na qualidade das relações no trabalho e na cultura organizacional (KODAMA *et al.*, 2016)

Todavia, identificaram-se, na prática, esforços da Divisão de Enfermagem para o fortalecimento da comunicação com as coordenações de enfermagem e enfermeiros para que estes possam repassar as diretrizes à equipe de enfermagem. Nesse sentido, existem enfermeiros da Divisão no plantão noturno para dar suporte aos enfermeiros plantonistas nos setores, enfermeiras denominadas Coordenadoras Técnicas Assistenciais (CTAs), que são as responsáveis técnicas por grupo de setores com características similares que auxiliam a Divisão de Enfermagem nas dificuldades cotidianas das coordenações de enfermagem setoriais. Também, observaram-se reuniões nas quais o processo de enfermagem e assuntos ligados à enfermagem foram discutidos com foco na melhoria do processo de trabalho, tais como reunião da Divisão de Enfermagem com a coordenação de enfermagem para avaliação da meta 2 de segurança do paciente (NO 18/05/2018 observação reunião - R5), reunião da Divisão de Enfermagem com as coordenações de enfermagem, em 21 de maio de 2018, para discussão dos registros de enfermagem e SAE (NO 21/05/2018 observação reunião - R6), reunião em 11 de julho de 2018 para avaliação dos indicadores setoriais e dos carrinhos de emergência (NO 11/07/2018 observação reunião - R13) e 08 de agosto para avaliação das metas internacionais de segurança do paciente (NO 08/08/2018 observação reunião - R14). Considera-se ainda que, além da complexidade e porte do HC/UFMG, houve com a entrada da EBSEH troca considerável da equipe de enfermagem, conforme apresentado na reunião do colegiado gestor em 11 de maio (NO 11/05/2018 observação reunião - R3), o que trouxe desafio maior para a Divisão de Enfermagem abarcar todos os projetos da sua equipe e os projetos institucionais:

As decisões da Divisão não são repassadas. Se você não procurar saber o que está acontecendo você não vai ser comunicado. (EA1).

Agora parece que essa gestão que está entrando tem outra visão. Parece que vai melhorar, vamos observar, e isso impacta na qualidade da assistência. (EA6).

Eu até comuniquei com a Divisão a primeira vez que fiquei sozinho, número de enfermeiros para tantos leitos, condição dos pacientes, grau de dependência, número de técnicos. A Divisão disse que tinha ciência do problema, mas que infelizmente não tinha o que fazer. Acho que a relação ainda é distante. No sentido de estar mais próximo de quem está na ponta, participando mais, ouvindo mais, contribuindo mais. Esse contato. (EA8).

A enfermagem manteve-se independente, dificultando a integração dos processos administrativos e assistenciais, tendo em vista a importância da sua adesão para o êxito da qualidade e segurança do paciente. Manter-se como um grupo à parte reflete um aspecto corporativista, mas também de fazer frente ao poder dos médicos. Oliveira *et al.* (2017) reconhecem o papel do enfermeiro como cerne para implementação de requisitos de qualidade.

Nesse cenário, as dificuldades nas relações no trabalho, o descumprimento das rotinas e a não realização das atividades privativas do enfermeiro, como avaliação de enfermagem, realização da SAE, a conferência dos materiais de emergência, corridas de leitos para avaliação dos pacientes, são recorrentes apesar de serem obrigatórias e determinadas pela Divisão de enfermagem, sendo sustentadas pelo discurso que “aqui sempre foi assim” e “não dá tempo”, elemento simbólico utilizado para justificar e reforçar as práticas vigentes.

Associados, os mecanismos regulatórios, como ficha funcional, *feedbacks* dos gestores, advertência verbal e escrita, suspensão e processo administrativo, não funcionam na prática apesar de estarem previstos nos documentos instrucionais e na legislação. Essa inexecutabilidade foi construída na história da organização e dá corpo ao elemento simbólico estabilidade e autonomia dos profissionais estatutários. Estudo realizado em um hospital público constatou que a estabilidade do funcionário público tende a desencorajar os funcionários do hospital a envolver-se em ações voltadas ao desenvolvimento de melhorias no trabalho (SANTOS *et al.*, 2018)

Dessa forma, a falta de reconhecimento de liderança pela Divisão, associada à ineficiência dos mecanismos regulatórios, aumenta o ambiente de conflitos no qual autoridades, atribuições e responsabilidades não são reconhecidas na equipe e conseqüentemente desta com a equipe multiprofissional. Nesse sentido, a liderança em enfermagem necessita ser bem definida, considerando que o aperfeiçoamento dos profissionais, a humanização e as práticas interdisciplinares dependem de sua responsabilização e envolvimento (BORGES *et al.*, 2017).

Assim, de fato, o sentimento de sobrecarga, quantitativo insuficiente, é vivenciado nas equipes, reforçado como elemento simbólico por meio dos mitos e ritos, mesmo o quantitativo sendo maior após a entrada da EBSEH. Ao mesmo tempo, é utilizado para justificar a não adesão às propostas e a não realização das atividades assistenciais. Com a ineficiência dos

mecanismos de ajuste cria ambiente para manutenção da cultura dentro da organização. Estudos nacionais e internacionais relacionam o aumento da carga da equipe de enfermagem com aumento de eventos adversos e da mortalidade nos hospitais (NOVARETTI et al., 2014; OLIVEIRA; MATSUDA, 2016; NEURAZ *et al.*, 2015).

Em estudo realizado em um hospital universitário, concluiu-se que as lideranças precisam atuar ativamente no processo de dimensionamento e contratação de pessoal de enfermagem, levando em consideração o impacto da equipe de enfermagem na qualidade e na segurança do paciente. Ressalta, ainda, que por se tratar de um hospital público o processo é mais moroso, pois depende de concurso público com anuência do governo (BORGES, 2017).

Com isso, há resistências na implantação de propostas de mudanças mesmo tendo trabalhadores novos que entraram com a EBSEH. O discurso utilizado é o mesmo nos dois vínculos, isto é, sobrecarga de trabalho e aqui fazemos assim. Então, a resistência é um mecanismo de sobrevivência que mantém os mitos, os ritos e os rituais constituintes da cultura e expressos em elementos simbólicos que até hoje deram certo para manutenção do *status* de poder dentro do HC/UFMG. Nesse sentido, os discursos e as práticas se mantêm mesmo que a situação se mostre diferente, uma vez que são percebidos pelas equipes e reforçados pelos elementos simbólicos poder do professor e do médico, força da cultura da universidade, estabilidade e autonomia dos profissionais estatutários, sobrecarga de trabalho e dimensionamento insuficiente e o mito do 7º andar da clínica médica:

É levantada a proposta geralmente no turno do dia para depois ser levado para a noite. A informação é disseminada aos poucos e tem a questão de não aceitação, resistência à mudança, e aí a gente vai trabalhando, conversa in loco com cada um, até tentar implantar mesmo. (EA2).

Com esse número de funcionários, não adianta. Você pode ser o melhor enfermeiro, quando você está sobrecarregado a assistência não é de qualidade. Você vai fazendo as coisas de forma mais rápida, para que consiga dar conta de tudo, vai deixando coisas de lado. Isso é normal, natural quando você tem uma sobrecarga de trabalho, não tem jeito. (EA5).

Os enfermeiros são os responsáveis por articular as ações dos profissionais da equipe multiprofissional. Nesse contexto, é o elo que possibilita que as ações de todos os profissionais aconteçam. Assim, eles absorvem as demandas dos outros profissionais em função do quantitativo insuficiente da equipe multidisciplinar no HC/UFMG como um todo, por exemplo, a equipe de coleta do laboratório funciona somente com o trabalho dos APHs. A farmácia também com relato de quadro insuficiente de profissionais delegou para enfermagem o controle dos medicamentos controlados, assim os medicamentos ficam trancados e a chave com o

enfermeiro. Porém, na observação da rotina da unidade e relato dos participantes, esse controle não funciona e tem gerado problemas para segurança, além de conflitos na equipe de enfermagem (R4, D31).

Nesse cenário, a enfermagem com problemas de liderança, lutando para sobreviver ao poder do médico, em uma realidade percebida que dá corpo ao mito ou elemento simbólico de insuficiência de profissionais e sobrecarga de trabalho de todas as equipes e unidades, assume atribuições que não são responsabilidade sua, reforçando o elemento simbólico expresso no discurso de sobrecarga de trabalho. Scherer *et al.* (2018) estudaram os desafios para o trabalho em saúde em hospitais universitários da Argélia, Brasil e França. Os resultados evidenciaram um excesso de atividades cronofágicas, denominadas pelas autoras como “comedoras de tempo”, que são concorrentes com atividades assistenciais, resultantes da gestão cotidiana do trabalho, gerando distanciamento entre o prescrito e o que é ofertado. Porém, o tempo despendido a essas atividades não é contabilizado no dimensionamento de pessoal (SCHERER *et al.*, 2018):

No plantão de uns dois dias atrás que eu fui à farmácia 11 vezes. É medicação do paciente que sobra durante o dia, você tem que descer, você tem que fazer falta, você tem que correr atrás de medicação, às vezes a medicação do paciente vai para outro setor, para setor que ele estava antes. (EA4).

Nesse contexto, insere-se a gestão da qualidade e a segurança do paciente, que apesar de serem valorizadas pelos entrevistados, não há manutenção das ações na prática, seja por não perenidade das ações, pela comunicação ineficiente, pelo não reconhecimento da importância das capacitações e treinamentos ou pela adesão parcial da Divisão de Enfermagem para as questões de qualidade e segurança (R1, R7, R8, R10). Assim, a certificação apesar de ser vista como importante não é valorizada por si só, uma vez que os entrevistados identificaram que as ações se intensificam nos momentos próximos à auditoria, como também problemas institucionais maiores que não são resolvidos pela gestão, por exemplo, os atrasos na entrega da escala de plantão, os conflitos na equipe, realização parcial das rotinas pelos técnicos e pelos enfermeiros, a escassez de reuniões na equipe para abordar temas importantes para o setor e para enfermagem e o sentimento de distanciamento da Divisão de Enfermagem:

Eu sou pessimista, acho que funciona muito na teoria, mas pouco na prática, para atingir esse patamar da JCI. A gente fica à noite, precisando de mais gente pra ajudar, fica sobrecarregado e a qualidade na assistência cai porque você tenta fazer o melhor possível, mas por mais que você faça o seu melhor possível, não é igual. (EA40).

Na prática dá para perceber que não acontece, por exemplo, a lavagem das mãos, não é respeitada a questão de 1 minuto, a fricção com álcool não é de 40 segundos. Você vê que a cama, às vezes, não está baixa, mas é porque o funcionário tem que dar 4 banhos de leito, nem lembrou, de abaixar a cama devido ao risco de queda. (EA2).

A prática de notificação dos eventos adversos ainda não está consolidada, então o indicador do setor está com desempenho bom, não refletindo a realidade da unidade e do HC/UFMG (R1). Segundo o relato dos entrevistados, isso ocorre porque “não dá tempo”, “a unidade é pesada”, “não temos pessoal em quantidade adequada”:

Se um gestor me avaliasse, minhas notificações no VIGIHOSP ele ia falar comigo: seu indicador é ótimo, não precisa de gente não, meu indicador é bom, não tem reclamação. Agora começa a registrar, começa a reclamar aí eu consigo provar alguma coisa, mas preciso que as pessoas notifiquem. (EA1).

Na prática, a rotina de notificação não está consolidada, pois não foi incorporada como rito dentro da Organização, e o discurso vigente reforça e mantém a subnotificação e adesão parcial às propostas, fato evidenciado no questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) de avaliação da Cultura de Segurança do Paciente, aplicado pela Gesqualis, por dois anos consecutivos, em 2016 e em 2017 (D25, D26), mostrando que apesar de ter melhorias em alguns pontos não há ainda a consolidação da cultura de segurança do paciente na Organização.

As notificações de eventos adversos constituem ferramenta valiosa que auxilia na identificação dos riscos, possibilita o aprendizado com os incidentes ocorridos e possibilita a implementação de medidas de prevenção, além disso, o envolvimento da equipe de enfermagem na segurança do paciente gera melhoria na qualidade da assistência e na segurança (ALVES *et al.*, 2018).

Estudo realizado em dois hospitais de grande porte evidenciou que o enfermeiro líder de sua equipe é o elemento-chave com competência para coordenar e administrar todas as fases do cuidado, como também a gestão organizacional, possibilitando credibilidade e envolvimento da equipe com o programa de qualidade e segurança do paciente. Demonstrou também que as subnotificações dos incidentes nos hospitais são justificadas pela falta de tempo no preenchimento dos formulários de notificação e sobrecarga de trabalho (SIQUEIRA *et al.*, 2015), corroborando com a realidade encontrada neste estudo.

O relacionamento com equipe médica é relatado pelos entrevistados como distante, ocorrendo por demanda desse profissional, por demanda dos pacientes à equipe de enfermagem ou em situações de urgência:

Tem aquele médico que passa, coloca o paciente de jejum e não fala com a gente. E aí a gente chega na enfermaria e o paciente fala: estou de jejum. Aí eu falo não estou sabendo. (EA7).

Esse é um problema de quem trabalha à noite, quando eu dou APH aqui de dia eu fico louca, porque eu não conheço ninguém. (TE2).

Quando a gente precisa de alguma coisa, a gente pergunta à secretária para ligar para o médico responsável, por exemplo, na prescrição tem o carimbo do médico. Eu particularmente não conheço e não faço muita questão de conhecer. (TE3).

O relacionamento com a equipe multiprofissional não médicos é um pouco mais próximo, mas ainda é sentido pelos entrevistados como distante. A situação é ainda mais marcante nas falas da equipe do plantão noturno que relata não ter contato com os membros da equipe multiprofissional e equipe médica. Somente em situações de urgência/emergências em que há o acionamento do médico plantonista. O fisioterapeuta do CTI é chamado para atendimento das urgências, mas a equipe de enfermagem relata que esse profissional tem dificuldade de atender às demandas. Não há contato com outros profissionais da equipe multidisciplinar, como farmacêuticos, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, com plantão noturno, pois esses serviços funcionam no turno diurno.

Não há sentimento de interdisciplinaridade no HC/UFMG, sendo o isolamento e a fragmentação do cuidado relatados pelos entrevistados. Na prática, observam-se ações interdisciplinares pontuais como iniciativa de promovê-las e melhorar a assistência ao paciente. Estudo realizado em hospital de ensino demonstrou que a interdisciplinaridade promovida pela residência interdisciplinar possibilitou o processo de trabalho mais coeso, integrado e articulado, uma assistência humanizada, melhoria na relação profissional/paciente, trazendo este para o centro do cuidado, e a aplicação de tecnologias leves em saúde melhorando os resultados institucionais, como a diminuição do tempo de internação, dos custos devido à redução das infecções, uso adequado dos medicamentos e melhoria na organização da farmácia, bem como melhoria do dimensionamento da enfermagem (GOMES, NOGUEIRA, 2018).

A construção da interdisciplinaridade é desafio para as organizações de saúde, pois para que ocorra é necessário romper com a lógica de assistência vigente. Considera-se, ainda, que um profissional sozinho ou uma especialidade não dá conta das múltiplas demandas do ser humano. Nesse sentido, estudo realizado em um hospital de Curitiba mostrou que a interdisciplinaridade não ocorre na prática e que a cultura organizacional existente ainda não permitiu essa horizontalização das relações na prática (XAVIER; LOPES, 2016).

Os profissionais mencionaram que o HC/UFMG funciona de maneira diferente de dia e à noite. O plantão noturno tem dificuldades de participar das reuniões, das decisões, dos treinamentos setoriais e das auditorias internas, uma vez que essas atividades ocorrem pela manhã. Anteriormente havia pagamento de horas extras, mas isso foi proibido, pois o banco de horas (D32) dos trabalhadores está muito grande e com dificuldades de concessão dessas horas pela realidade do quantitativo insuficiente de profissionais e pelas demandas de férias e licenças médicas. Com isso, foi autorizado aos estatutários da UFMG que fizessem plantões extras (APHs – autorização de plantão hospitalar) remunerados para cobrir as deficiências:

Geralmente, a noite fica só para intercorrências. Então, a gente não tem muito contato com a equipe multiprofissional. (EA2).

É um relacionamento um pouco complicado, principalmente à noite. O hospital não tem plantão de fisioterapia para a clínica médica. Tem fisioterapia para o CTI. Psicóloga, essa e outras áreas a gente não tem à noite. (EA4).

À noite, praticamente eu me relaciono com a fisioterapia, basicamente, e o médico. A fisioterapia fica no CTI, na UCO e dá suporte para gente. O médico a gente chama quando tem intercorrência. Fono, serviço social, nutrição a gente não tem muito contato. É só de dia. (EA13).

Na verdade, eu só fico à noite, então com o pessoal de dia não tenho muito contato, não tenho aquela convivência. (EA13).

Foi observado e relatado pelos entrevistados que a assistência é fragmentada, apesar das iniciativas observadas, e a autonomia dos profissionais é limitada pelo poder médico e ainda marcada pelo distanciamento entre os profissionais e conflito dentro das equipes entre as equipes com a manutenção do processo de trabalho na Organização:

O enfermeiro corre o leito dele e vê a demanda de enfermagem. O médico faz a corrida de leito dele, só que aquela parte de a gente sentar e discutir o caso junto à equipe médica, de enfermagem não acontece. (EA5).

Não há, por exemplo, uma discussão do caso do paciente. Mas a equipe multiprofissional chega na enfermagem e a gente chega até eles e discute o caso. (EA8).

Portanto, o hospital funciona como um conjunto de ilhas, cada um na sua posição, desempenhando suas atividades isoladamente, tentando manter seu lugar na hierarquia de poder estabelecida nos ritos e rituais expressos nos elementos simbólicos da cultura.

4.4.2 Processo de trabalho da equipe multidisciplinar

Considera-se neste estudo, equipe multidisciplinar todos os profissionais que prestam a assistência ao paciente com objetivo de prestar cuidado individualizado e integral ao paciente, tais como médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, fonoaudiólogos, psicólogos, assistente social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e farmacêutico clínico. No HCUFG é denominada equipe multiprofissional os trabalhadores não médicos e enfermeiros. Assim, as categorias foram divididas respeitando a estrutura do HC/UFMG considerando que esta divisão está inserida na cultura organizacional.

Deste modo, esta subcategoria aborda o cotidiano de trabalho da equipe multidisciplinar (fonoaudiólogos, psicólogos, assistente social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e farmacêutico clínico) da unidade de clínica médica na prestação da assistência. Incluiu-se, nesta categoria, a equipe médica para discussão da sua relação com os outros profissionais.

A Unidade Multiprofissional e de Reabilitação está hierarquicamente subordinada ao Setor de Apoio, diagnóstico e terapêutico, sendo constituída por fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, assistente social, farmacêutico clínico e terapeuta ocupacional. Está localizada no 7º andar da clínica médica. A liderança é exercida por uma Chefia, na nomenclatura da EBSEH, por se tratar de uma unidade do Hospital. Existe uma coordenação para cada especialidade que compõe a equipe multidisciplinar que é responsável técnica perante os respectivos conselhos, contudo estas não são reconhecidas na estrutura organizacional da EBSEH:

Nós não existimos na hierarquia da EBSEH, a coordenação, entendeu? (G7).

A organização do trabalho dos profissionais da multidisciplinar será apresentada abaixo.

A equipe médica é formada pelos médicos professores, médicos EBSEH, residentes e alunos de Medicina. Segundos os entrevistados e a observação, os professores da UFG são responsáveis pela condução dos casos e determinação das condutas, bem como por todo processo assistencial, isto é, da internação à alta do paciente, respondendo também pelo processo de formação dos residentes e dos alunos de Medicina.

Os médicos da EBSEH trabalham sob regime de plantão (D15, D16, D17, D18, D19, D20, D21, D22, D23, D24) e são acionados pelos residentes ou pelos enfermeiros quando há intercorrências ou demandas relacionadas aos pacientes, ou seja, pendências na prescrição, comunicação de resultado de exames, necessidades das famílias e outros. Somente a equipe

médica possui perfil de solicitação de interconsulta no sistema de prontuário eletrônico. Assim, formalmente, apenas esses profissionais podem solicitar interconsulta para os profissionais da equipe multidisciplinar.

Na equipe médica, a diferença de vínculo UFMG e EBSEH não é marcante, pois as equipes que trabalhavam no HC/UFMG via cooperativa tiveram aprovação considerável no concurso da EBSEH, mantendo a composição das equipes, segundo os entrevistados. Por outro lado, o elemento simbólico poder do professor e do médico está consolidado no Hospital e, assim, as práticas se mantêm ao longo dos anos, independente do novo modelo de gestão, das alterações nas equipes ou das mudanças administrativas advindas da gestão da EBSEH.

O processo de acreditação pela JCI ainda é distante desses profissionais. Segundo os relatos, o HC/UFMG está buscando a certificação, mas os médicos não sabem como está o processo de implantação do sistema de gestão da qualidade.

Há poucos relatos de notificação de eventos adversos (EA) pela equipe médica, mas os que foram notificados não geraram retorno das ações de melhoria desenvolvidas a partir da análise dos eventos, pois quantitativo insuficiente (elemento simbólico) do NSP e qualidade não permitiram a consolidação do fluxo de notificação, implantação das ações de melhoria e devolutiva para as equipes, apesar dos esforços e iniciativa da Gesqualis, NSP, dos gestores e trabalhadores na construção desse processo.

Assim, a equipe médica não se sente parte do sistema de gestão da qualidade do HC/UFMG. Considera-se, ainda, que o tamanho, a complexidade, número de atendimentos e o fato de ser hospital escola onde as trocas dos residentes, alunos e especializandos são frequentes adicionam desafio maior nesta jornada:

Nesse aspecto quem está na linha de frente sem dúvidas é a enfermagem, que sempre está do lado dos leitos o tempo todo. Eu não sei, se eu vou saber te responder, quem é chamado primeiro é o residente, as coisas chegam para mim através dele. Nós temos eventos de medicação errada, queda, do paciente. Nós fizemos a notificação no sistema de vigilância, e eu ainda não tive resposta, a primeira notificação que eu fiz já vai para mais de seis meses. Então, eu percebo a intenção, mas resultado eu não vi ainda não. (ME2).

Eu acho complicado, difícil. Mesmo tendo toda essa instrução, todo ano entram residentes novos, eu percebo que eles são meio perdidos no início. Como eu sou plantonista, eu estou aqui toda semana, já passei por auditorias algumas vezes, já li bastante *folder*, bastante coisa, a gente vai aprendendo. Então, essa questão da auditoria, a implementação da acreditação, não sei se o hospital está totalmente preparado. (ME3).

O HC/UFMG possui aproximadamente 100 fisioterapeutas que atuam no CTI, UCO, PA, pediatria, neonatologia, ambulatórios e enfermarias. Os setores fechados (CTI, UCO e PA) possuem equipe fixa com cobertura nas 24 horas. As unidades abertas são cobertas no período diurno. O atendimento aos pacientes internados nas enfermarias ocorre por meio de interconsulta solicitada via sistema somente pela equipe médica, mas informalmente há solicitação entre os profissionais da equipe multiprofissional. Observa-se o elemento simbólico poder do médico regulando a estrutura formal no HC/UFMG, contudo há, na prática, um movimento de resistência e adaptação mediando as relações de poder. Atualmente, segundo os entrevistados, não há busca ativa de pacientes pela fisioterapia no Hospital porque o quantitativo é insuficiente no dimensionamento da EBSERH e pelo número de atestados e licenças maternidade, pois a equipe é em sua maioria constituída por mulheres:

A fisioterapia não atende paciente sem solicitação médica. Atualmente, nós não fazemos busca ativa de pacientes, pelo fato do quantitativo ser insuficiente para demanda do hospital, a gente fica à disposição da equipe médica para receber as interconsultas. Então, a equipe médica faz, nós atendemos essas interconsultas na medida do possível. Nós da fisioterapia não podemos pedir interconsulta para médicos, mas podemos fazer interconsulta para colegas da equipe multiprofissional. Então, eu posso solicitar a fonoaudiologia, a psicologia, terapia ocupacional, posso fazer interconsulta dentro da minha equipe. (EM2).

Assim sendo, poder e cultura relacionam-se suplantando as normas, os regulamentos e as regras, em múltiplas relações de forças presentes em todas as esferas da organização, alcançando todos os indivíduos, manifestando em formas heterogêneas, às vezes díspares entre si, pois são historicamente constituídas e sua eficácia baseia-se na capacidade de esconder as contradições existentes (FLEURY; FISCHER, 2013).

A clínica médica tem dois assistentes sociais. Os atendimentos são realizados no período diurno sob pedido de interconsulta realizada pela equipe médica ou demanda informal dos profissionais da multidisciplinar, da equipe de enfermagem ou por demanda espontânea do próprio paciente. A procura por esses profissionais é grande, com demandas diversas, e há ainda a busca ativa dos pacientes dependentes no hospital:

Nós somos demandados por outro profissional enfermeiro, médico, psicologia, terapia ocupacional. Existe a demanda também formal que é de interconsulta, e tem a espontânea, do familiar que vem até nós, o paciente, tendo condição, também nos procura. (EM3).

O papel da equipe multidisciplinar é essencial na construção da interdisciplinaridade pelas características inerentes ao seu trabalho de articular equipes e a rede de atenção à saúde, bem como outros órgãos para assegurar atendimento integral ao usuário. Contudo, essa prática somente atinge abrangência de atuação se todos trabalharem com foco no cuidado centrado no paciente. Nesse sentido, Xavier e Lopes (2016) afirmam que somente o trabalho interdisciplinar com atendimento articulado das diferentes profissões e o estabelecimento de objetivos comuns será capaz de alcançar a integralidade estabelecida nas diretrizes do SUS.

A equipe de farmácia clínica do HC/UFMG possui 10 farmacêuticos, sendo a mesma quantidade da EBSEH e UFMG. As atividades da farmácia clínica são análise de prescrição, reconciliação e assistência farmacêutica aos pacientes em uso de coagulante oral e o seu seguimento no ambulatório de controle de Relação Normatizada Internacional (RNI). Atua na Residência do idoso e Cuidados paliativos, na qual participa da corrida de leitos com a equipe médica, porém, segundo os entrevistados, a coordenação do cuidado é realizada pela equipe médica:

O médico é responsável pelo paciente e a gente vai sugerindo as condutas de acordo com a necessidade. Na equipe de clínica médica e na equipe de cuidados paliativos que eu participo isso é muito tranquilo, às vezes a gente usa grupo de WhatsApp®, às vezes telefona, olha, eu vi que o medicamento foi prescrito e a dose não foi aumentada, na última discussão foi sugerido aumentar dose, por que que não foi aumentada essa dose? (EM4).

A equipe de fonoaudiologia possui 5 profissionais que atendem todo o HC/UFMG, trabalhando em escala de 6 horas nos turnos manhã e tarde de 2ª a 6 feira e 6 horas no turno da manhã nos finais de semana. A fonoaudiologia pode ser acionada informalmente por qualquer profissional. A equipe também realiza busca ativa dos pacientes internados. Segundo os entrevistados, às vezes, participam da corrida de leitos das equipes médicas das clínicas, mas as relações de poder e o dimensionamento insuficiente complicando a inserção dos profissionais da multidisciplinar nas discussões de casos, dificultando propostas de interdisciplinaridade:

As barreiras que encontramos, às vezes é que não estamos inseridos na equipe, nem no serviço, também não conseguimos acompanhar de perto os encontros, as discussões, corridas de leito, que existe nas clínicas, por causa do tamanho da equipe. Nós vamos quando os médicos nos acionam para um caso mais complexo, isso também pode partir da nossa equipe. Mas não está muito alinhado, não está funcionando muito bem. (EM5).

A equipe da Terapia Ocupacional (TO) é constituída por 10 profissionais distribuídos para atendimento nos ambulatórios e no Hospital. Os estatutários foram alocados nos ambulatórios com a entrada da EBSEH. O atendimento no HC/UFMG está dividido da seguinte maneira: 1 profissional para atendimento das unidades fechadas (unidade de AVE – acidente vascular encefálico, 3 CTIs e unidade cirúrgicas), 2 para as unidades pediátricas (CTI pediátrico, neonatologia e 2 andares de pediatria), 1 TO para unidade de transplante e 1 profissional para leitos de internação. Cada profissional assiste, em média, 80 leitos. Segundo os entrevistados, o dimensionamento da equipe não atende à legislação profissional vigente e não há proposta de aumento de quadro da equipe. Anteriormente à entrada da EBSEH havia 5 profissionais UFMG e entre 14 e 15 RPA, totalizando aproximadamente 20 profissionais. Segundo os entrevistados, o trabalho desenvolvido pela TO não é conhecido pela equipe médica:

Então, são poucos da equipe médica que conhecem o trabalho da TO. Eles não entendem muito bem o que a gente está fazendo ali, acham que a gente vai lá para ocupar o paciente. Às vezes chega encaminhamento dessa forma, o paciente está ocioso na enfermaria, e que a gente precisa ir para dar atividade para o paciente fazer para ele não ficar à toa. Não é muito fácil não. (G8).

O serviço de psicologia do HC/UFMG é constituído de 11 psicólogos, 13 acadêmicos e 4 residentes. Com a redução da equipe de psicólogos, houve diminuição do número de residentes de 30 para 4, pois não havia preceptores em número suficiente. Anteriormente, o serviço funcionava com um trabalhador da Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa (FUNDEP) com vínculo CLT e plantonistas autônomos (RPA) via cooperativa.

Com a saída dos trabalhadores da FUNDEP e da cooperativa e entrada dos celetistas ou “Ebsarianos”, como relatado pelos entrevistados, houve percepções distintas: sentimento saudosista de dedicação e amor ao Hospital dos servidores da UFMG, cooperativa e Fundep; por outro lado, os novatos da EBSEH, sentimento de não encontrar trabalho construído, pronto para ser continuado, o que reforçou o elemento simbólico “mito do serviço público”, fortalecido pelo discurso político da justificativa da criação da EBSEH que o trabalho nos tempos da UFMG era ineficaz, ineficiente e sem qualidade.

Assim, a organização vai revelando-se ao novato como objeto complexo com múltiplas facetas: o que ele percebe, o que o treinamento diz e o que os funcionários veteranos percebem, sendo as três visões distintas. Contudo, os elementos simbólicos da cultura organizacional dizem como as coisas funcionam e deram certo na organização e, nesse sentido, há incorporação dos movimentos de negação, adaptação e aceitação. À medida que são estabelecidos os padrões

nas relações e as formas de resolver os problemas vão se consolidando, torna-se difícil os elementos simbólicos serem questionados (FLEURY; FISCHER, 2013):

No primeiro momento assustou muito e causou muito mais luto, muita perda, a ponto de equipes inteiras se desfazerem. Houve situações que eu pude perceber que teve que começar quase que do zero, com novos profissionais, sendo que aquela equipe já tinha sido modelo nacional, já tinha publicado coisas. Aí o grupo, o chefe ou os principais gestores, líderes daquele grupo não pediam -“me transfere para tal setor, para o ambulatório, não vou ficar mais aqui”. (G7).

Na proposta inicial da EBSEH, o serviço social e a psicologia estavam subordinados à psiquiatria, fortalecendo um sentimento de desvalorização e não reconhecimento do trabalho, fato reforçado ainda pelo elemento simbólico poder do médico e do professor médico, robustecendo a percepção de falta de autonomia daqueles na prestação da assistência.

Na hierarquia de poder, as especialidades não médicas foram as últimas a serem convocadas no concurso público, em um momento de crise política no qual os recursos foram limitados pelo governo. Nesse contexto, segundo os entrevistados, a unidade multidisciplinar sofre com limitação de recursos humanos materiais e infraestrutura:

Psicologia e serviço social não integram a unidade de reabilitação, elas são submetidas à psiquiatria. Nós vamos ter um retrocesso, porque quando você está vinculado a um serviço médico, as decisões ficam centradas na figura do médico, e se tiver professor, na figura do professor médico. Nossa unidade multiprofissional está extremamente penalizada, penalizada de recursos humanos, de apoio, de estrutura ergonômica, infraestrutura. (G7).

Feuerwerker, Cecílio (2007) afirmam que trabalhos em equipes multidisciplinares não são conceitos pacíficos, por isso sua implementação almeja mudanças nas relações de poder entre as profissões, provocando, assim resistência e disputa, visto que os hospitais têm sido o lugar de resistência e de reprodução da lógica hegemônica de organização do trabalho em saúde, isto é, um espaço de reprodução dos poderes das corporações.

Um estudo realizado no hospital universitário de Curitiba demonstrou as dificuldades do trabalho multidisciplinar. Mesmo após ter passado por uma reestruturação organizacional, preservou o modelo gerencial que favorece o atendimento horizontalizado e uma assistência interdisciplinar. A cultura organizacional não permitiu mudança nas relações na prática, ou seja, mantém-se médico centrado no tratamento da doença com uso de tecnologias e protocolos que visam exclusivamente à cura. Neste estudo, o cenário descrito aproxima-se do cenário desta

pesquisa, as mudanças de gestão, a organização e as práticas de trabalho, as relações entre os profissionais e as relações de poder estabelecidas entre categorias (XAVIER; LOPES, 2016).

Assim, há uma identificação entre os profissionais que compõem a equipe multidisciplinar. Essa identidade foi estabelecida e é reforçada pela estrutura organizacional da EBSEH, considerando que a maioria dos profissionais é celetista e entrou com a EBSEH. As relações com a equipe médica baseiam-se, preponderantemente, na necessidade dessa equipe. Já o relacionamento com a equipe de enfermagem é limitado às demandas dos pacientes, família e dos profissionais médicos. Apesar do discurso de integração existir na fala dos profissionais das equipes dos plantões diurnos, observa-se que estas são focadas nas ações individuais dos profissionais, e não em uma proposta institucional aplicada à prática:

Não tem como você produzir um atendimento de excelência, de qualidade, sem o envolvimento da equipe, sem essa troca interdisciplinar. Com a sua função, mas todo mundo junto em prol da saúde do paciente. Então, eu consigo exercer dentro destas limitações. (EM2).

A equipe multidisciplinar participa em diferentes níveis das ações de segurança e qualidade, mas referencia a equipe de enfermagem como central nessas questões, pois segundo os entrevistados está mais próxima do paciente, tornando a construção do sistema de gestão da qualidade e segurança do paciente possível. A fragilização ocorre na aderência e nas práticas dos profissionais. A equipe multidisciplinar não se apropria dessas questões, e a equipe de enfermagem com adesão limitada faz com que a qualidade não seja praticada integralmente pelos profissionais:

Olha, no que diz respeito à qualidade e segurança do paciente, eu vejo que tem uma preocupação. Está tratando ações de aprimorando. Mas é uma demanda principalmente do pessoal da enfermagem. (EM3).

Você faz um trabalho, conscientiza, se não há uma retomada daquilo ao longo do tempo, aquilo se perde. Porque o que a gente falava a enfermagem captou, aplicou. Mas, se você não reforça, o hábito antigo, hábito de manter o paciente de tal forma, parece que volta, vício é vício, a pessoa vem com vício. (EM2).

Nós da assistência temos visto uma cobrança grande, mas em termos práticos na ponta, na execução do atendimento, nós não estamos vendo perspectiva de melhora. Eu conheço e entendo a importância da acreditação, mas talvez não tenha chegado para a gente ainda o quanto vai ter impacto na ponta. (EM5).

Assim, a equipe multidisciplinar formada por fonoaudiólogos, psicólogos, assistente social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e farmacêutico clínico, subordinada ao Setor de

Apoio, Diagnóstico e Terapêutico, não se sente valorizada e reconhecida pela EBSEH e pelos profissionais médicos, apesar de relatarem a importância de seu trabalho dentro do HC/UFMG. A interdisciplinaridade proposta pelo Hospital e exigida pela acreditação da JCI existe parcialmente na prática com iniciativas individuais, como as propostas do planejamento multidisciplinar de alta, pois os elementos simbólicos constituintes da cultura organizacional não respaldam o desenvolvimento de uma prática interdisciplinar, já que reforçam o elemento simbólico poder médico e do professor médico e, conseqüentemente, o modelo de assistência centrado nesses profissionais com relações de poder claramente definidas e consolidadas dentro da Organização.

4.5 GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

Esta categoria aborda o sistema de gestão da qualidade e segurança do paciente desenvolvido no HC/UFMG e o processo de implantação da JCI como diretriz de qualidade e segurança do paciente. Esse processo teve início há 10 anos, com avanços e retrocessos e mudanças na gestão do hospital a partir de 2013.

A implantação do sistema de gestão da qualidade teve início com um membro da direção que se interessou pelo assunto e deu início às ações para implantação da qualidade no HC/UFMG. Em 2001, foi designado um grupo de trabalho e criado o setor de Gestão pela Qualidade em Saúde (Gesqualis), responsável pela implementação do Programa de Melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente.

No primeiro momento, optaram por trabalhar a base e posteriormente os gestores. Em 2009, após 8 anos, realizou-se uma oficina com o intuito de difundir boas práticas de gestão e qualificar o corpo gerencial para a busca de certificação de qualidade na Organização.

Em 2010, o Ministério da Saúde por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROAD), com o objetivo de qualificar a gestão dos hospitais públicos no Brasil, convidou alguns hospitais para participarem do programa. Hospitais acreditados apadrinharam hospitais públicos durante o processo de qualificação.

O HC/UFMG foi apadrinhado pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz que arcou com a consultoria do Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) para implantação dos requisitos da *Joint Commission International* (JCI). Em 2014, com 80% de conformidade, o Hospital saiu do programa e por decisão da diretoria à época arcou com recursos próprios as visitas educativas. No contexto nacional, o programa não teve sucesso nos outros hospitais, o que fez com que o Ministério da Saúde o cancelasse.

Em 2015, por insuficiência de recursos financeiros, não houve visitas educativas que foram retomadas em 2016 e 2017. A partir daí, a diretoria entendia que o HC/UFMG já tinha conhecimento acumulado e poderia desenvolver o processo de qualidade e segurança autonomamente. Assim, a gestão da qualidade e segurança do paciente tornou-se estratégica para a Organização:

O hospital não podia viver em função dessa transição de vínculo para EBSEH. Ele tinha que segurar suas estratégias. Mesmo considerando essa transição nós não abandonamos nenhum dos nossos projetos estratégicos, principalmente o projeto de acreditação internacional. Então continuamos o principal projeto institucional de acreditação Internacional pela JCI. (G1).

O participante reafirma a continuidade da gestão da qualidade como projeto estratégico independente da nova gestão da EBSEH. Ressalta-se, no entanto, que a gestão da qualidade e segurança do paciente visa à centralidade do cuidado do paciente e necessita de modificação da lógica vigente do cuidado fragmentado com o planejamento das ações de acordo com a disponibilidade das equipes, principalmente equipes médicas, elemento simbólico da cultura organizacional presente desde a criação do hospital que, apesar das melhorias com a entrada da EBSEH, ainda não conseguiu romper a lógica construída.

Nesse contexto, Alástico e Toledo (2013) entendem que um sistema de gestão da qualidade suscita a necessidade de mudança na filosofia, isto é, nas formas de execução do processo de trabalho, na cultura e na estrutura de governança do Hospital, ou seja, no processo de tomada de decisão.

Um exemplo pode ser observado na Gesqualis que realiza ações para estimular as notificações e auxiliar as áreas a analisar os eventos ocorridos com foco na melhoria dos processos. Contudo, os relatos mostram que, apesar das notificações estarem aumentando, ainda há receio de notificar, uma vez que há conflitos entre os profissionais e nas equipes, bem como dificuldades em estabelecer uma comunicação eficiente. Em várias situações, os eventos não são notificados e outras vezes o mesmo evento é notificado pelo enfermeiro, médico, residente, fisioterapeuta e assim por diante, evidenciando a fragilidade das relações e a diluição de responsabilidades. Alástico e Toledo (2013) também evidenciaram resistência em notificar os eventos adversos (EA) temendo a atitude punitiva da liderança.

O dimensionamento também influencia a notificação dos EA, visto que o quantitativo de pessoal insuficiente da equipe de enfermagem e da equipe multiprofissional reforça o discurso consagrado na cultura da organização de “não dá tempo” e “aqui é assim”, mesmo em situações nas quais a escala está completa, elemento sentido pelo grupo e repassado ao longo

dos anos. Em relação ao perfil dos notificadores, a equipe de enfermagem ainda é o maior grupo notificador, apesar de outros profissionais começarem a notificar, incluindo administrativo, por exemplo, quem trabalha com a organização dos prontuários.

Para o tratamento dos EA, foi relatado pelos participantes o estabelecimento de referências por área com o objetivo de atuar na análise com o NSP, por exemplo, o grupo de lesão de pele faria a análise dos eventos de úlceras por pressão, os farmacêuticos para medicamentos e a fisioterapia para as extubações acidentais. Porém, essa estratégia não teve êxito, e o quantitativo de pessoal considerado insuficiente e a ausência de tempo de trabalho destinado às questões relacionadas à segurança do paciente não permitiram que as referências fizessem as análises dos EA que ficavam atrasados, exigindo novas ações do NSP com as áreas para apoio.

No cotidiano do HC/UFMG, as metas internacionais de segurança do paciente, que também são requisitos normativos da acreditação pela JCI, são trabalhadas com os profissionais por iniciativa da Gesqualis, da Vigilância em Saúde e também por iniciativas setoriais seja por meio de acompanhamentos setoriais dos EA e notificações à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), seja por treinamentos e capacitações ou por auditorias internas.

Em relação aos treinamentos realizados, existe indicador com meta estabelecida, no entanto o hospital não consegue cumprir o cronograma devido ao *deficit* no NSP, comissões e dos enfermeiros e técnicos em enfermagem:

Tentei implementar. Alguns colegas conseguiram, eles tinham grupos maiores, por exemplo, o grupo de resíduos era maior. O meu grupo era só eu e mais uma. Eu comecei algumas coisas, mas não consegui dar andamento pelo tempo que eu não tinha na instituição. Eu era diarista. Trabalhava à tarde e o tempo que tinha dedicava à assistência, não consegui me dedicar à atividade pela defasagem de enfermeiros e complexidade dos pacientes. (G13).

As ações ainda não estão consolidadas na prática do cuidado pelas equipes, principalmente em relação à equipe médica que, na percepção dos gestores, encontra-se mais afastada das questões da gestão da qualidade e segurança do paciente. Todavia, para que a gestão da qualidade e segurança do paciente tenha êxito, é necessário envolver todas as categorias profissionais e romper com o cuidado médico centrado e consagrado na cultura do Hospital. Alástico e Toledo (2013) identificaram como fator dificultador a resistência dos médicos em adotar os procedimentos em suas rotinas de trabalho pela falta de compreensão e

conscientização quanto à qualidade e segurança do paciente, o que foi enfrentado com a capacitação das equipes. Os relatos a seguir explicitam parte das dificuldades:

Você sabe o que é meta? Aí ele fala, não, não sei. Mas como você identifica o paciente? Eu identifico com a placa, com isso, com aquilo. Aí você fala com paciente “quem está olhando essa pulseira?”. Ah, ninguém olha. Então você fala não dá para fazer. (G6).

A equipe médica é um pouco mais afastada da gente. (G8).

A falta de envolvimento da equipe médica fica evidenciada, apesar de ser o profissional detentor de poder e que influencia as ações de outros profissionais.

As rotinas de trabalho foram estabelecidas nas Instruções de Trabalho (ITT), considerando boas práticas, legislação e o modo de fazer do HC/UFMG, porém a adesão é parcial e há desconhecimento desses documentos segundo os relatos. Na percepção dos entrevistados, os profissionais da UFMG conhecem as rotinas e o modo de fazer, mas não necessariamente aderem ao estabelecido, assim a incorporação das ações na prática fica prejudicada. Por outro lado, os trabalhadores da EBSERH tiveram pouco tempo de treinamento e de realizarem a leitura das instruções de trabalho (ITTs), além disso, foram treinados por profissionais da UFMG, o que contribui para a manutenção da cultura. O discurso é o mesmo dos servidores da UFMG: sobrecarga de trabalho. De fato, permanece o mesmo modo de fazer da UFMG de antes da entrada da EBSERH:

Eu acho que precisa avançar muito a questão do comportamento. O profissional tem que reconhecer o risco. Querendo ajudar, ele encara aquela situação, muitas vezes os processos não estão claros. Mas, muitos documentos já foram construídos, mas nem sempre é aquela questão das ITTs e as pessoas não tomam conhecimento. O hospital falava de eventos adversos e quase falhas muito antes de sair legislação, em 2004. Então não é por falta de conhecimento o que faz a pessoa agir, é serviço público. (G6).

O modo de gestão do serviço público, as dificuldades de difusão das informações e o monitoramento das ações fazem com que grandes esforços de alguns profissionais não sejam aproveitados. Há conhecimento do tema, mas não há sistematização e padronização das ações.

As observações do trabalho no setor evidenciaram outros problemas que dificultam as ações. A insistência em manter métodos tradicionais significa resistência em aderir às mudanças, mesmo que facilitem o trabalho. O uso do impresso do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (desativado na década de 1990) pelos

médicos é uma incógnita, já que não se sabe como ainda é conseguido depois de tantos anos, e reafirma o poder médico como elemento simbólico da cultura organizacional:

A Comissão de Prontuário está revendo os impressos visando padronizar e disponibilizar na intranet. Porém, é necessária discussão com as equipes, principalmente com a médica, pois tem um impresso do antigo INAMPS, desativado na década de 1990 que os médicos ainda usam. (NO 11/05/2018 observação reunião - R3).

Na unidade, as medicações deveriam ser identificadas com a etiqueta criada pela chefe da unidade e coordenação de enfermagem. Alguns trabalhadores utilizam a etiqueta e dizem que facilita, pois já tem o nome do paciente. Porém permanece a prática antiga de identificar com esparadrapo. Ao perguntar à equipe de enfermagem porque fazem assim, respondem: “Nós gostamos do esparadrapo, a cola da etiqueta não é boa”. (NO 29/05/2018 7º andar da clínica médica).

Outro ponto crucial está relacionado à Divisão de Enfermagem, que, anterior à entrada da EBSERH, era denominada Vice-diretoria de Enfermagem (VDTE) e que aderiu parcialmente à qualidade e à segurança do paciente, ficando a implementação dependente do anseio pessoal das coordenações de enfermagem dos setores, sem o apoio formal da gestão:

A gente teve um problema sério com a enfermagem, a Vice-diretoria de Enfermagem que virou Divisão de Enfermagem com a EBSERH. A gestão anterior não comprou a ideia, não queria, não achava interessante, acho que era de pirraça, não queria participar do processo e não tem como implementar meta internacional sem apoio da enfermagem, não funciona. (G4).

Ressalta-se que, do ponto de vista gerencial, a Enfermagem deveria ser convocada a aderir, mas talvez tenha tomado essa decisão por questões corporativas, resistência por não ser contemplada como deveria, por exemplo, com o quantitativo de pessoal e para fugir do controle médico. O mesmo deveria ser feito com os médicos que não aderiram, mas ambos reafirmaram suas posições de poder, em uma disputa na qual não haverá vencedores.

Isso colaborou para que o processo não se consolidasse no HC/UFMG, pois não há qualidade e segurança sem adesão da equipe de enfermagem e médica. Um estudo realizado em quatro hospitais do Sul do Brasil reconhece o papel do profissional enfermeiro como o cerne para implementação dos requisitos de qualidade propostos pela acreditação (OLIVEIRA *et al.*, 2017). A enfermagem e os médicos mantêm seus modos de fazer deslocados dos processos organizacionais, apesar de ser possível perceber que há comprometimento com uma assistência de qualidade, mas dificuldades em utilizar ferramentas institucionais de forma compartilhada.

A atual gestão da enfermagem aproximou-se dos trabalhadores e gestores, gerando sensação de mudança e fortalecimento da comunicação com outras gestões e áreas. Porém, pela grande demanda, ainda não conseguiu trabalhar as necessidades e propostas de cada área, por exemplo, o projeto Fugulin de dimensionamento de pessoal, baseado na Resolução do Conselho Federal de Enfermagem - COFEN 543/2017, proposto por uma enfermeira do 7º andar leste para chefia da unidade e direção a ser avaliado (D27, D28). Essa iniciativa evidencia o problema do quantitativo insuficiente e propõe ações para modificar sua lógica e atuar perante o discurso consagrado de “aqui é assim”, “não dá tempo” e que poderia contribuir para melhorar a adesão. Contudo, este não foi reconhecido pela divisão de enfermagem e o projeto foi interrompido. A não valorização de projetos setoriais gera frustração e compromete o projeto estratégico da Organização.

O processo de construção efetiva da gestão da qualidade faz 10 anos, sendo identificadas melhorias na prática dos profissionais, aumento da abertura de vagas nos ambulatórios e das notificações dos EA, crescimento do número de conformidades nas auditorias internas, mas o processo está implementado parcialmente.

Tal fato se deve a algumas características de um hospital universitário identificadas pelos entrevistados, como dificuldade para que as informações cheguem aos alunos e residentes e depois se mantenham, visto que as trocas são frequentes; quantitativo insuficiente de pessoal; falta de adesão de alguns grupos; e a discussão nos colegiados antes da definição do caminho a ser adotado para mudanças, o que torna o processo decisório moroso. Por um lado, a participação colegiada é identificada como benefício, mas por outro como moroso.

Assim, os elementos simbólicos constituintes da cultura identificados (poder do professor e do médico, força da cultura da universidade, decisões colegiadas, a estabilidade e autonomia dos estatutários do RJU, sobrecarga de trabalho e dimensionamento insuficiente, mito do 7º andar da clínica médica e o mito do serviço público) dificultam a continuidade das ações, reforçando o modo de fazer consagrado e o discurso do serviço público:

Vejo avançar lento, mas sinto um avançar da comunidade como um todo. Tenho as melhores expectativas, apesar do processo estar muito lento, mais lento que nós gostaríamos, mais lento do que deveria ser. (G11).

Estudo sobre qualidade em um hospital público apontou a cultura organizacional como uma barreira à implantação da acreditação hospitalar, sendo apontada como um problema que pode ser mais complexo no contexto dos hospitais, considerando as particularidades do serviço

e as heranças históricas desfavoráveis aos processos de mudanças que intervêm na construção de novos valores e práticas institucionais (OLIVEIRA; MATSUDA, 2016).

Assim, os elementos simbólicos poder do professor e do médico, força da cultura da universidade, decisões colegiadas, a estabilidade e autonomia dos estatutários do Regime Jurídico Único, sobrecarga de trabalho e dimensionamento insuficiente, mito do 7º andar da clínica médica e o mito do serviço público somam-se e dão significado e orientam as ações das pessoas ora agindo como elemento de comunicação e consenso, ora reproduzindo as relações de dominação e a manutenção de antigas maneiras de fazer.

5 DIÁRIO DE CAMPO – OBSERVAÇÕES

Por muitas vezes, até mesmo em sonhos, incomodava-me não apresentar a riqueza dos dados fruto das minhas observações registradas no diário campo. Afinal, foram 168 horas de imersão. Em alguns momentos, as notas de observação aparecem nos resultados e também enriquecem, substancialmente, a análise de dados. Mas, nem de longe refletem a experiência que tive em campo conforme pode ser observado no quadro abaixo. Assim, gostaria de compartilhá-la neste capítulo.

Quadro 11 - Descrição das atividades – Diário de campo

Dia	Horário	Horário	Atividades em Campo
1ª dia	02/05/2018	08:00 às 11:20	Observação das atividades de gestão da chefia da unidade
		13:00 às 15:00	Observação do Evento da Campanha de Higienização das Mãos promovido pela CCIH para a Semana Internacional de Higienização das Mãos
2º dia	03/05/2018	08:30 às 12:00	Observação do Acompanhamento das NC pela GESQUALI com Chefia da Unidade de Clínica Médica
3º dia	04/05/2018	08:00 – 12:00	Teste piloto do instrumento de coleta de dados (roteiro semiestruturado) Observação das atividades de gestão da chefia da unidade
4º dia	07/05/2018	08:50 às 1:00	Observação das atividades de gestão da chefia da unidade
5º dia	08/05/2018	08:30 às 11:30	Observação das atividades da coordenação de Enfermagem
6º dia	09/05/2018	08:30 às 12:00	Observação das atividades da coordenação de Enfermagem. Reunião de Gestão de Conflitos com a escola de Enfermagem
			Análise da ata de reunião entre a Coordenadora e Enfermeiros dos turnos diurno e noturno, no mesmo dia, às 06:00
7º dia	10/05/2018	08:00 às 11:30	Observação das práticas assistenciais – enfermeiros e técnicos de Enfermagem
8º dia	11/05/2018	08:00 às 13:30	Reunião do Colegiado Gestor e Direção
9º dia	16/05/2018	08:30 às 13:00	Observação da Palestra da Semana da Enfermagem promovida pela Vice-Diretora de Enfermagem

10º dia	17/05/2018	07:30 às 11:30	Observação da Reunião dos Enfermeiros com a Coordenação Observação da Palestra da Semana de Enfermagem
11º dia	18/05/2018	08:30 às 12:17	Observação da Reunião da chefia da unidade com a Divisão Técnica para a discussão da meta 2: Comunicação
12º dia	21/05/2018	13:30 às 18:00	Observação das práticas assistenciais – enfermeiros e técnicos de Enfermagem Reunião da equipe de enfermagem com a Divisão de Enfermagem sobre Registros de Enfermagem (SAE)
13º dia	22/05/2018	13:30 às 17:00	Reunião da Divisão de Enfermagem com a consultora da JCI
14ª dia	23/05/2018	08:00 às 12:23	Observação das práticas assistenciais – enfermeiros e técnicos de Enfermagem
15º dia	24/05/2018	08:00 às 12:00	Observação da Reunião do Colegiado Gestor da Enfermagem
16º dia	29/05/2018	08:20 às 11:45	Observação das práticas assistenciais – enfermeiros e técnicos de Enfermagem
		13:30 às 17:00	Observação das práticas assistenciais – enfermeiros e técnicos de Enfermagem
17º dia	31/05/2018	09:20 às 12:00	Observação das práticas assistenciais – enfermeiros e técnicos de Enfermagem no feriado
18º dia	06/06/2018	09:00 às 11:50	Observação das atividades da coordenação de Enfermagem
19º dia	07/06/2018	14:00 às 17:00 horas	Observação das atividades da coordenação de Enfermagem
20º dia	08/06/2018	08:30 às 12:00	Reunião da Escola de Enfermagem com Coordenação de Enfermagem – Projeto de Gestão de Conflitos
21º dia	13/06/2018	14:00 às 17:15	Observação das práticas assistenciais – enfermeiros e técnicos de Enfermagem
22º dia	14/06/2018	08:36 às 12:00	Observação das atividades da chefia da Unidade de Clínica Médica
23º dia	15/06/2018	08:00 às 12:00	Observação das práticas assistenciais – enfermeiros e técnicos de Enfermagem
		13:00 às 18:00	Observação das práticas assistenciais – enfermeiros e técnicos de Enfermagem
24º dia	18/06/2018	13:50 às 18:00	Entrevista com a Direção do Hospital
25º dia	19/06/2018	08:30 às 11:00	Observação da Reunião do Grupo de Gestão de Processo

26º dia	20/06/2018	14:00 às 19:00	Observação das práticas assistenciais – enfermeiros e técnicos de Enfermagem
27º dia	21/06/2018	08:00 às 12:00	Observação da Reunião da coordenação de enfermagem com a Escola do Projeto Gestão de Conflitos
28º dia	25/06/2018		Observação das práticas assistenciais – enfermeiros e técnicos de Enfermagem
29º dia	26/06/2018	08:30 às 11:30	Entrevista com a Direção Observação das práticas assistenciais – enfermeiros e técnicos de Enfermagem
30º dia	27/06/2018	08:30 às 11:30	Observação das atividades de gestão da chefia da unidade
31º dia	03/07/2018	08:30 às 11:30	Entrevista com a equipe médica
32º dia	04/07/2018	14:00 às 17:30	Entrevista – Gesqualis Análise documental
33º dia	09/07/2018	13:20 às 18:30	Observação da Reunião dos enfermeiros para a discussão da escala de plantão
34º dia	10/07/2018	09:00 às 11:40	Observação da Unidade Multidisciplinar
35º dia	11/07/2018	14:30 às 17:35	Observação da Divisão de Enfermagem com os coordenadores sobre os indicadores e carrinho de emergência
36º dia	16/07/2018	14:57 às 24:00	Observação do Plantão noturno
37º dia	17/07/2018	14:55 às 24:00	Observação do Plantão noturno
38º dia	30/07/2018	10:00 às 12:00	Entrevista com a Direção
40º dia	06/08/2018	08:00 às 12:00	Entrevista com os gestores de Recursos Humanos
41º dia	07/08/2018	08:30 às 12:20	Observação das práticas assistenciais – enfermeiros e técnicos de Enfermagem
42º dia	08/08/2018	08:00 às 11:30	Observação da Reunião entre a Coordenação de Enfermagem com a Divisão de Enfermagem para a discussão das metas internacionais de segurança do paciente
43º dia	09/09/2018	08:50 às 12:00	Entrevista com os gestores de Recursos Humanos

Fonte: Dados da pesquisa.

Lembro como se fosse hoje do primeiro dia no campo. Minha ansiedade, minha vontade de fazer o melhor trabalho.

Às vezes, sinto-me muito angustiada com a coleta de dados, fico com medo de não dar conta de coletar todos os dados e responder a minha pergunta de pesquisa. (NO 02/05/2018 7º andar da unidade de clínica médica).

No primeiro dia, apresentei meu trabalho para chefe da unidade e coordenação de Enfermagem. Fui bem recebida e assim comecei a coleta de dados.

Eu tive a oportunidade de conhecer uma equipe maravilhosa, que desempenha um trabalho extraordinário. A equipe de enfermagem sempre guerreira, lutando ao lado do paciente, assistindo e gerenciando incansavelmente. Lembro-me de alguns fatos que marcaram muito, os quais descrevo a seguir.

No dia 06 de junho de 2018, 18º dia de coleta de dados, o HC/UFMG estava vivenciando a dificuldade advinda da greve de caminhoneiros e a escala estava muito reduzida. Até então, ainda não tinha realizado nenhuma entrevista, pois estava nesse momento introduzindo-me no campo. E apesar do tempo que temos que cumprir no doutorado, não estava preocupada em simplesmente fazer as entrevistas, queria verdadeiramente viver a realidade daquele hospital que é importante no cenário de saúde do país. Ao me deparar com a situação, não pensei, apresentei-me ao enfermeiro do setor e disse: o que eu posso fazer para ajudar? Logo já estava assistindo os pacientes com a equipe de técnicos de Enfermagem. Ao final do dia, muito cansada, mas feliz, fui para casa satisfeita. Esse momento foi muito importante, depois disso nunca mais parei de ajudá-los na assistência e, por outro lado, os técnicos organizavam-se e faziam escala para as entrevistas. Tive tanta entrevista que nem sabia como organizá-las. O interessante é que o vínculo estabelecido se estende aos profissionais administrativos. As secretárias forneciam-me tantos documentos institucionais para análise que elas mesmas escolhiam e disponibilizavam, por isso a riqueza de dados deste trabalho, construído não só por mim, mas pela equipe do HC/UFMG. Digo isso, pois consegui entrevistas de toda a direção que, em média, duraram 40 minutos. Mas, muito além das entrevistas, foram as conversas que tivemos em seguida, todas registradas no diário.

O sistema de Gestão da Qualidade tem, na unidade de clínica médica, a maior adesão do HC/UFMG segundo os relatos. Os profissionais são orgulhosos de fazerem parte dessa unidade, de pleitear e executar os testes pilotos do hospital.

Vivenciei um hospital que sofre com as questões econômicas e políticas, lutando para sobreviver, e consegue assistir os pacientes integralmente, com mudanças frequentes que, muitas vezes, desrespeitam a subjetividade do trabalhador e do trabalho em saúde. Vivenciei as reuniões do colegiado gestor mostrando os resultados institucionais, comemorando as pequenas vitórias mesmo diante de uma realidade adversa, lutando contra a carência de material, seja pela condição econômica, pela gestão de suprimentos ou pelas relações de poder estabelecidas que permeiam as relações no trabalho.

O poder do médico é marcante no HC/UFMG. Vivenciei apresentação de propostas para a equipe médica que foram rechaçadas com argumentos relacionados às relações poder entre as equipes.

Vivenciei uma Enfermagem firme, buscando unidade e coesão, diante do poder estabelecido entre as categorias. Participei de algumas reuniões de gestão de conflitos na unidade, mediadas pela Escola de Enfermagem presente no HC/UFMG, construindo sua história, buscando melhorias. A equipe de enfermagem sobrecarregada assumindo atribuições que não são suas para garantir assistência aos pacientes, mas muitas vezes sofrendo. Vi um movimento de resgate da Enfermagem no HC/UFMG.

Fui acionada, em vários momentos, para opinar sobre assuntos institucionais. Participei ativamente dessa história nos plantões diurnos e noturnos também, o que foi muito importante na construção desta pesquisa.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao decidir estudar a influência da cultura organizacional na gestão da qualidade e segurança do paciente, sabia que não seria uma jornada fácil, um mundo de desafios atravessaria meu caminho. Isso porque o estudo de cultura não é simples. Para sua compreensão, é necessária, além de conhecimento teórico profundo, a imersão no cotidiano da organização, visto que a cultura não se revela facilmente ao pesquisador, mas está presente guiando as ações dos grupos sem que na prática os trabalhadores tenham consciência da sua capacidade de moldar comportamentos.

Destaca-se a contribuição do referencial teórico de Fleury e Fischer (2013) sobre a cultura organizacional. Essa abordagem permite conhecer os significados atribuídos pelos grupos às “coisas”, às ações e aos comportamentos. Acredita-se que seja possível medir, tipificar e classificar a cultura, mas essa abordagem não revela a riqueza e complexidade dos fenômenos individuais e sociais que ocorrem dentro das organizações. Nesse sentido, o referencial adotado neste estudo abre uma imensidão de possibilidades ao pesquisador.

Tendo em vista a dinamicidade e a complexidade das organizações de saúde e das universidades federais, o estudo da cultura perpassa pelo jogo político das forças sociais que incide sobre as organizações e, conseqüentemente, sobre as relações no trabalho regulando os termos dessas relações de maneira dialética. Assim, poder e cultura misturam-se em universo simbólico que orientam as ações sem que na prática se tenha consciência disso.

No HC/UFMG, os elementos simbólicos da cultura organizacional identificados a partir da análise dos dados foram a força da cultura da Universidade, o poder do professor e do médico, a estabilidade e a autonomia dos profissionais da universidade, as decisões colegiadas, mito do serviço público, o mito do 7º andar da clínica médica e a sobrecarga de trabalho e dimensionamento insuficiente.

O HC/UFMG, historicamente vinculado à universidade e à faculdade de Medicina, herdou seus valores e práticas influenciando a organização da gestão e conseqüentemente da assistência. Desse modo, o médico e o professor ocupam posição de destaque no processo decisório, no planejamento e na condução dos casos clínicos mesmo quando não ocupam cargos de gestão, sobrepondo a hierarquia formal.

Assim, a cultura da Universidade modela o processo de trabalho, legitima o poder, centrado em professores e médicos, mostrando estruturas de poder arraigadas nas corporações profissionais da universidade e do hospital.

As decisões colegiadas, advindas do modo de fazer da universidade, foram incorporadas ao hospital como mecanismos participativos que visam garantir que estas sejam compartilhadas, todavia levaram à morosidade do processo e distanciamento entre planejamento e a execução.

A estabilidade e autonomia dos profissionais da Universidade, garantidas na legislação e incorporadas nas relações entre profissionais, na medida em que todos possuem isonomia, geraram ao longo dos anos a não utilização dos mecanismos regulatórios e o consequente desconhecimento de seus fluxos.

Associado a isso, o mito do 7º andar da clínica médica, reconhecido pela complexidade dos pacientes e sentimento de sobrecarga de trabalho e dimensionamento insuficiente, elementos simbólicos, é utilizado para justificar a não adesão às propostas que vêm cercadas do discurso de ‘aqui sempre foi assim, é serviço público’, elemento simbólico resgatado para explicar os modos de fazer.

Os profissionais da equipe multidisciplinar e da enfermagem entendem que os aspectos da cultura organizacional influenciam as práticas profissionais e a adesão às propostas. Na compreensão destes, para alcançar a qualidade, é necessário trabalhar a segurança do paciente em ações cotidianas por meio de treinamento, capacitações, disponibilidade de recursos materiais e humanos, fortalecimento da comunicação institucional, discussão dos casos clínicos entre os profissionais da equipe multidisciplinar para planejamento da assistência, adesão à análise dos indicadores e notificações e acompanhamento de eventos adversos para que sejam promovidas as melhorias no cotidiano de trabalho e, assim, a qualidade seja incorporada à cultura organizacional. Na compreensão dos profissionais, a acreditação só é válida se trazer modificações no processo de trabalho e na segurança do paciente.

Ademais, o modelo de gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares reforçou os elementos simbólicos da cultura, influenciando as propostas de qualidade e segurança do paciente.

Nesse cenário, a não adesão às atividades e a resistência à mudança dificultam a implantação de programas, mesmo que estes sejam reconhecidos como importantes e desejados pelos gestores e trabalhadores, visto que os elementos simbólicos são forças poderosas que asseguram a manutenção de práticas tradicionais compartilhadas pelo grupo dificultando a consolidação das propostas de gestão da qualidade e segurança do paciente, preservando, desse modo, as maneiras de fazer consagradas na cultura organizacional.

Dessa forma, os achados do estudo confirmaram a tese de que a cultura organizacional influencia a implantação do sistema de gestão da qualidade e segurança do paciente, confirmando o pressuposto desta pesquisa.

Considera-se que alguns elementos simbólicos, tais como poder do professor e do médico, decisões colegiadas, estabilidade e a autonomia dos profissionais da universidade, mito do serviço público, a sobrecarga de trabalho e dimensionamento insuficiente estão presentes nos hospitais universitários do país, pois são similares e estão sujeitos as influências históricas e legais comuns. Assim, esta pesquisa pode contribuir para implantação da gestão da qualidade e segurança do paciente em hospitais universitários que almejam sua consolidação e consequente certificação.

No entanto, novas pesquisas sobre cultura organizacional em Hospitais Universitários, em suas diferentes unidades e serviços, considerando a complexidade e a existência de subculturas, podem favorecer a discussão acerca da implantação da qualidade e segurança do paciente que, de fato, gerem melhorias na prática assistencial e no cotidiano de trabalho dos profissionais.

REFERÊNCIAS

- ALÁSTICO, G. P.; TOLEDO, J. C. Acreditação hospitalar: proposição de roteiro para implantação. **Gestão & Produção**, São Carlos, v. 20, n. 4, p. 815-831, 2013.
- ALVES, W. S. B. *et al.* Analysis of the level of nursing team information about adverse events. **Journal of Epidemiology and Infection Control**, v. 8, n. 2, p. 159-164, apr. 2018.
- ARAÚJO, F. D. Os regimes jurídicos dos servidores públicos no Brasil e suas vicissitudes históricas. **Revista da Faculdade de Direito da UFMG**, Belo Horizonte, n. 50, p. 143-169, jan./jun. 2007.
- ARAÚJO, M. T. *et al.* Dimensionamento de pessoal de enfermagem de uma unidade de clínica médica. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 6, n. 2, p. 2223-2234, maio/ago. 2016.
- ARISTOVA, N. Rethinking Cultural Identities in the Context of Globalization: Linguistic Landscape of Kazan, Russia, as an emerging global city. **Procedia Social and Behavioral Sciences**, v. 236, p. 153-160. dez. 2016.
- BARBOSA, L. N. H. Cultura administrativa: uma nova perspectiva das relações entre antropologia e administração. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 06-19, dez.1996.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Martins Fontes, 2016.
- BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**. São Paulo: Vozes, 2014.
- BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. **The social construction of reality**, London: Penguin Books, 1966.
- BEYER, J. M.; TRICE, H. M. How an organization's rites reveal its culture. **Organizational Dynamics**, v. 15, p. 4-24, 1987.
- BITTAR, O. J. N. V. Cultura & qualidade em hospitais. *In*: QUINTO NETO, A.; BITTAR, O. J. N. V. **Hospitais: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas**. Porto Alegre: Da Casa, 2004. cap.1.
- BLUMER, H. **Symbolic interactionism: perspective and method**. New Jersey: Prentice-Hall, 1969.
- BONATO, V. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.3 , n. 35, p.319-331, set. 2011.
- BORGES, F. *et al.* Dimensionamento de pessoal de enfermagem na UTI-adulto de hospital universitário público. **Cogitare Enfermagem**, v. 2, n. 22, jun. 2017.

BORGES, J. C. P.; BARCELOS, M.; RODRIGUES, M. S. Empresarização da saúde pública: o caso da EBSEH. **Revista Pensamento Contemporâneo em Administração**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 75-90, out./dez. 2018.

BRAITHWAITE, J. *et al.* Association between organizational and workplace cultures, and patient outcomes: systematic review. **BMJ Open**, v. 7, n. 11, p. e017708, 2017.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil. **Oficial da União**, Brasília, DF, ano 126, n. 191-A, p. 1, 5 out. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 20 out. 2019.

BRASIL. Lei nº 11.091 de 12 de janeiro de 2005. Dispõe sobre a estruturação do plano de carreira dos cargos técnico-administrativos em educação, no âmbito das instituições federais de ensino vinculadas ao Ministério da Educação, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 1, 13 jan. 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111091.htm. Acesso em: 17 jan. 2018.

BRASIL. Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 1, 13 jan. 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7498.htm. Acesso em: 17 jan. 2018.

BRASIL. Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 1, 19 abr. 1991. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8112cons.htm. Acesso em: 17 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Nossa história**: Hospital das Clínicas - Universidade Federal de Minas Gerais. Brasília: EBSEH, [201-?]a. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/hc-ufmg/nossa-historia>. Acesso em: 20 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Hospital das Clínicas da UFMG**: catálogo comemorativo: 90 anos de cuidado e celebração da vida. Belo Horizonte: HC-UFMG, 2018. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/documents/218065/404274/Catalogo_Hospital+das+C%C3%ADnicas_final_%28nova+corre%C3%A7%C3%A3o%292baixa.pdf/0b076042-3d2d-437e-b5d4-822fa90b981b. Acesso em: 15 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Colegiado executivo**. Brasília: EBSEH, [201-?]b. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/hc-ufmg/colegiado-executivo>. Acesso em: 15 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Conselho consultivo**. Brasília: EBSEH, [201-?]c. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/hc-ufmg/conselho-consultivo>. Acesso em: 15 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Gestão de pessoas**. Brasília: EBSEH, [201-?]d. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/hc-ufmg/gestao-de-pessoas>. Acesso em: 15 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 59, 13 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o programa nacional de segurança do paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRESLER, R. R. B. **Pesquisa bibliográfica**: pesquisa participante e cultura organizacional. São Paulo: EAESP/FGV/NPP, 1997. (Relatório de pesquisa, n. 2).

CALDANA, G.; GABRIEL, C. S. Avaliação do programa de acreditação hospitalar: validação de face e conteúdo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 1, p. 47-53, fev. 2017.

CARLSTRÖM, E.; OLSSON, L. The association between subcultures and resistance to change - in a Swedish hospital clinic. **Journal of Health Organization and Management**, v. 28, n. 4, p. 458-476, ago. 2014.

CARMO, M.; ANDRADE, E. I. G.; MOTA, J. A. C. Hospital universitário e gestão do sistema de saúde: uma trajetória positiva de integração. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 387-394, out./dez., 2007.

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

CERTEAU, M. **A invenção do cotidiano**: artes de fazer. 15. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

CHANLAT, J. F. (org.). **O indivíduo na organização**: as dimensões esquecidas. São Paulo: Atlas, 1994. v. 1.

CHANLAT, J. **Gestão empresarial**: uma perspectiva antropológica. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

CHO, E. *et al.* Nurse staffing level and overtime associated with patient safety, quality of care, and care left undone in hospitals: a cross-sectional study. **International Journal of Nursing Studies**, n. 60, p. 263-271, ago. 2016.

COSTA, M.; MOTA, J. A. C.; FIGUEIREDO, R. C. P. Hospital das Clínicas da UFMG: da origem como hospital de ensino à inserção no Sistema Único de Saúde. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 18, n. 3, p. 212-219, 2008.

DANELIU, J. L. *et al.* A percepção dos trabalhadores sobre o processo de trabalho em um hospital universitário federal sob gestão de uma empresa estatal de direito privado. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 378-389, abr./jun. 2019.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. Oxford: Oxford University Press, 2003.

FARIAS, D. C.; ARAUJO, F. O. Gestão hospitalar no Brasil: revisão da literatura visando ao aprimoramento das práticas administrativas em hospitais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1895-1904, jun. 2017.

FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 213-219, jun. 2005.

FERNANDES, J. C. *et al.* Working hours and health in nurses of public hospitals according to gender. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, p. 63, 2017.

FEUERWERKER, L. C. M.; CECÍLIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 965-971, jul./ago. 2007.

FLEURY, M. T. L.; FISCHER, R. M. **Cultura e poder nas organizações**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2013.

FONTANELLA B. J. B.; RICAS J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan, 2008.

FREIRE, E. M. R. *et al.* Vivências de enfermeiros no processo de avaliação da qualidade em um hospital universitário. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 17, n. 219, p. 1154-1160, fev. 2015.

GASPARY, L. V. Processo de acreditação hospitalar internacional de um hospital geral público da Grande São Paulo. **Revista de Administração em Saúde**, v. 16, n. 62, jan./mar. 2014.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GOMES, S. V. S.; NOGUEIRA, D. L. Formação e atenção à saúde: contribuições em um hospital de ensino do Ceará. **Revista Interdisciplinar**, v. 11, n. 1, p. 20-31, jan./mar. 2018.

HERNÁNDEZ, N. C. Bases para construir una cultura eficaz en la organización. **Revista Iberoamericana de Ciencias**, v. 5, n. 6, p. 25 -38, dez. 2018.

HOFSTEDE, G. **Culture's consequences: international differences in work-related values**. Beverly Hills: Sage, 1980.

ILJINS, J.; SKVARCIANY, V.; GAILE-SARKANE, E. Impact of organizational culture on organizational climate during the process of change. **Procedia Social and Behavioral Sciences**, v. 213, p. 944-950, dez. 2015.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. **History**. Boston: IHI, [201-?]. Disponível em <http://www.ihl.org/about/Pages/History.aspx>. Acesso em: 20 abr. 2019.

INTERNATIONAL SOCIETY FOR QUALITY IN HEALTH CARE. **ISQua**. Dublin: ISQua, [201-?]. Disponível em: <https://isqua.org/>. Acesso em: 20 abr. 2019.

JACOBS, R. *et al.* The relationship between organizational culture and performance in acute Hospitals. **Social Science & Medicine**, v. 76, p. 115-125, jan. 2013.

JAFREE, S. R. *et al.* Nurse perceptions of organizational culture and its association with the culture of error reporting: a case of public sector hospitals in Pakistan. **BMC Health Services research**, v. 16, n. 3, jan. 2016.

JOSEPH, M. L. Organizational culture and climate for promoting innovativeness. **The Journal of Nursing Administration**, v. 45, n. 3, p. 172-178, mar. 2015

KAUFMAN, G.; MCCAUGHAN, D. The effect of organisational culture on patient safety. **Nursing Standard**, v. 27, n. 43, p. 50-56, jul. 2013.

KODAMA, Y. *et al.* Is nurse managers' leadership style related to Japanese staff nurses' affective commitment to their hospital? **Journal of Nursing Management**, v. 24, n. 7, p. 884-892, maio 2016.

KURCGANT, P.; MASSAROLLO, M. C. K. B. Cultura e poder nas organizações de saúde. *In*: KURCGANT, P. (Coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. p. 23-34.

LITTIKE, D.; SODRE, F. A arte do improviso: o processo de trabalho dos gestores de um hospital universitário federal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3051-3062, jan./out. 2015.

LUI, J. N. M.; JOHNSTON, J. M. Validation of the nurse leadership and organizational culture (N-LOC) questionnaire. **BMC Health Services Research**, v. 19, n. 469, 2019.

MANTOVANI, V. M. *et al.* Escala de folgas: satisfação de técnicos e auxiliares de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 6, n. 3, p. 327-337, jul./set. 2016.

MARTINS, V. F. Hospitais universitários federais e a nova reestruturação organizacional: o primeiro olhar, uma análise de um hospital universitário. **Revista de Administração e Contabilidade da Faculdade Anísio Teixeira**, Feira de Santana, v. 3, n. 2, p. 4-22, jul./dez. 2011.

MASCARENHAS, A. O. Etnografia e cultura organizacional: uma contribuição da antropologia à administração de empresas. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 1-7, abr./jun. 2002.

MAUSS, M. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: UBU, 2017.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2010.

MINKOV, M.; HOFSTEDE, G. Hofstede's fifth dimension new evidence from the world values survey. **Journal of Cross-Cultural Psychology**, v. 43, n. 1, p. 3-14, jan. 2012.

MOTTA, R. P. S. Cultura política e ditadura: um debate teórico e historiográfico. **Tempo e Argumento**, Florianópolis, v. 10, n. 23, p. 109 - 137, abr. 2018.

NASCIMENTO, J. C.; DRAGANOV, P. B. História da qualidade em segurança do paciente. **História da Enfermagem Revista Eletrônica**, v. 6, n. 2, p. 299-309, 2015.

NASCIMENTO, N. B.; TRAVASSOS, C. M. R. O erro médico e a violação às normas e prescrições em saúde: uma discussão teórica na área de segurança do paciente. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 625-651, 2010.

NEURAZ, A. *et al.* Patient mortality is associated with staff resources and workload in the ICU: a multicenter observational study. **Critical Care Medicine**, v. 43, n. 8, p. 1587-1594, ago. 2015.

NOVARETTI, M. C. Z. *et al.* Sobrecarga de trabalho da enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 5, p. 692-699, set./out. 2014.

OLIVEIRA, J. L. C. *et al.* Atuação do enfermeiro no processo de acreditação: percepções da equipe multiprofissional hospitalar. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 31, n. 2, p. e17394, 2017.

OLIVEIRA, J. L. C.; MATSUDA, L.M. Vantagens e dificuldades da acreditação hospitalar: a voz dos gestores da qualidade. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 1, p. 63-69, jan./mar. 2016.

OLIVEIRA, M. A. **Cultura de empresa**: um estudo de caso. 1995. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, 1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Ambientes de trabalho saudáveis**: um modelo para ação: para empregadores, trabalhadores, formuladores de política e profissionais. Brasília: SESI/DN, 2010.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Mapa de creditações**. Disponível em: <https://www.ona.org.br/mapa-de-acreditacoes>. São Paulo: ONA, [201-?]. Acesso em: 20 jan. 2019.

OXFORD CENTRE FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE. **Levels of evidence**. Oxford: CEBM, 2009. Disponível em: <http://www.cebm.net/oxford-centre-evidence-based-medicine-levelsevidence-march-2009>. Acesso em: 20 jan. 2018.

PORTULHAK, H.; ESPEJO, M. M. S. B.; PACHECO, V. Public value scorecard: alternativa para avaliação de desempenho em hospitais universitários. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 15, n. 1, p. 110-126, jun. 2018.

RAMOS, S. *et al.* Maternidad segura y centrada en la familia: la cultura organizacional de maternidades de la provincia de Buenos Aires. **Archivos Argentinos de Pediatría**, v. 113, n. 6, p. 510-518, dez. 2015.

ROCHA, F. L. R. *et al.* A cultura organizacional de um hospital público brasileiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 308-314, abr. 2014

RODRIGUES, A. C.; LAGE, M. L. C. Utilização de sistemas, técnicas e ferramentas de gestão da qualidade em organizações de saúde acreditadas no Brasil. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 13, n. 1, p. 53-68, jun. 2016.

SANTOS, J. L. G. *et al.* Liderança em enfermagem e qualidade do cuidado em ambiente hospitalar: pesquisa de métodos mistos. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 19, p. e3289, 2018.

SCHEIN, E. H. **Organizational culture and leadership**. 4. ed. New Jersey: John Wiley & Sons, 2010.

SCHEIN, E. H.; SCHEIN, P. **Organizational culture and leadership**. 5. ed. New Jersey: John Wiley & Sons, 2017.

SCHERER, M. D. A. *et al.* Desafios para o trabalho em saúde: um estudo comparado de hospitais universitários na Argélia, Brasil e França. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2265-2276, jul. 2018.

SERVA, M.; JAIME JÚNIOR, P. Observação participante pesquisa em administração: uma postura antropológica. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 64-79, maio/jun. 1995.

SHAH, A. Using data for improvement. **BMJ**, v. 364, p. 1189, 2019. Disponível em <https://www.bmj.com/content/364/bmj.1189>. Acesso em: 20 abr. 2019.

SILVA, A. M.; SÁ, M. C.; MIRANDA, L. Entre "feudos" e cogestão: paradoxos da autonomia em uma experiência de democratização da gestão no âmbito hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3063-3072, out. 2015.

SIQUEIRA, C. L. *et al.* Gerenciamento de risco: percepção de enfermeiros em dois hospitais do sul de Minas Gerais, Brasil. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 19, n. 4, p. 919-926, out./dez. 2015.

TRONCHIN, D. M. R.; MELLEIRO, M. M.; TAKAHASHI, R. T. A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde e de enfermagem. In: KURCGANT, P. (coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. p. 71-84.

TURATO, E. R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

VASCONCELOS, R. O. *et al.* Dimensionamento de pessoal de enfermagem hospitalar: estudo com parâmetros oficiais brasileiros de 2004 e 2017. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. e20170098, 2017.

WAGNER, C.; MANNION, R.; HAMMER, A. *et al.* The associations between organizational culture, organizational structure and quality management in European

hospitals. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 26, p. 74-80, mar. 2014. Supl. 1.

XAVIER, P. R. H.; LOPES, S. M. B.. As práticas do assistente social e sua articulação com a equipe de saúde de um hospital de Curitiba. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 18, n. 2, p.132-150, jan./jun. 2016

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e método**. 2. ed., Porto Alegre: Bookman, 2015.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO

Perfil do Participante

Código da Entrevista:

Sexo:

Idade:

Formação Profissional:

Tempo de Formação:

Função/Cargo exercido:

Tempo no cargo atual

Tempo de trabalho na organização:

Turno de trabalho:

Questões Norteadoras

Direção

1. Conte-me como são definidas as decisões estratégicas Institucionais.
2. Como as estratégias são trabalhadas com os gestores?
3. Fale-me como foi tomada a decisão para implementação do sistema de gestão da qualidade.
4. Fale-me sobre como foi a entrada da EBSEH no hospital. E como era anteriormente a mudança de gestão.

Gestor da Qualidade

1. Conte-me como foi a construção do sistema de gestão da qualidade e da segurança do paciente?
2. Como são tomadas as decisões em relação a gestão da qualidade?
3. Como a qualidade é trabalhada no dia a dia Institucional?

Gestor RH

1. Fale-me sobre o processo de contratação de pessoal.
2. Conte-me sobre o processo de ambientação/socialização de novos membros
3. Como é o processo de planejamento dos treinamentos e capacitações?
4. Como é realizada a avaliação de desempenho?
5. Fale-me sobre como é o processo de advertência dos trabalhadores?
6. Fale-me sobre como foi a entrada da EBSEH no hospital. E como era anteriormente a mudança de gestão.
7. Fale-me sobre o processo de qualidade na sua percepção.

Gestor da Unidade

1. Fale-me como é a sua equipe de trabalho.
2. Como é realizada a avaliação de desempenho?
3. Fale-me sobre como é o processo de advertência dos trabalhadores?
4. Qual é a sua participação na implantação de novo projeto?
5. Quando há proposta para implementação de uma nova atividade ou novo projeto, como isso é trabalhado com os trabalhadores?
6. Conte-me como foi o processo de implantação do sistema de gestão da qualidade.
7. Fale sobre como foi a entrada da EBSEH no hospital. E como era anteriormente a mudança de gestão.

Equipe Multiprofissional/ Equipe Médica/ Equipe de Enfermagem

1. Fale-me como é o planejamento da assistência.
2. Como são definidas as ações de cada profissional da equipe?
3. Fale-me do processo de gestão da qualidade na sua percepção.
4. Fale-me sobre como foi a entrada da EBSEH no hospital. E como era anteriormente a mudança de gestão.
5. Como é definido a implementação ou mudança de atividade ou projeto?
6. Quando há proposta para implementação de uma nova atividade ou novo projeto, como você e seus colegas de trabalho se organizam para executar a proposta?
7. Quando um novo trabalhador é contratado como o grupo se organiza para recebê-lo e apresentá-lo as rotinas do setor?
8. Como são planejados s treinamentos?
9. Como é realizado sua avaliação de desempenho?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Gostaria de convidar você a participar de uma pesquisa intitulada **“Influência da Cultura organizacional na Gestão da Qualidade e Segurança do paciente em Hospital Público: o cotidiano de trabalho de profissionais de saúde”**, sob coordenação da Dra. Marília Alves, professora na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. O estudo tem por objetivo analisar a influência da cultura na implantação e manutenção da gestão da qualidade no cotidiano de trabalho dos profissionais de um hospital da rede pública de Belo Horizonte. Trata-se de uma pesquisa qualitativa e a coleta de dados será realizada por meio de entrevistas, observação e análise de documentos relacionados a história da Instituição, política de recursos humanos, atas reuniões da equipe multidisciplinar, atas de reunião da equipe da qualidade da Instituição e planejamento estratégico. Você responderá perguntas sobre o cotidiano de trabalho na Instituição com objetivo de compreender a influência da cultura na implantação e manutenção da gestão da qualidade. As respostas dadas serão gravadas, estando à sua disposição para ouvir, se desejar. As observações ocorrerão no momento da entrevista e também serão observadas reuniões de gestão com trabalhadores. Estas serão registradas em diário de campo, e, só serão utilizadas sob sua autorização. Espera-se que esta pesquisa possa contribuir com a melhoria nos processos de gestão hospitalar, em grande parte relacionados a cultura organizacional. As gravações e o diário de campo ficarão sob minha responsabilidade por um período de 5 anos e depois serão destruídos.

A pesquisa para minimizar o risco de constrangimento, garantirá a manutenção do anonimato dos participantes da pesquisa, o direito a não responder alguma questão, em caso de desconforto e o direito de se retirarem do estudo a qualquer momento, garantindo também que o uso das informações será apenas para fins científicos. Esclareço que você não terá nenhum gasto adicional e sua participação será voluntária, não recebendo nenhuma bonificação para participar, você poderá esclarecer suas dúvidas a qualquer momento da pesquisa, podendo também retirar seu consentimento sem nenhum ônus ou prejuízo. Você poderá contatar também o Comitê de Ética¹ para esclarecimentos sobre questões éticas em pesquisa.

Se estiver de acordo e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente termo, dando seu consentimento para a participação da pesquisa em questão. Deverão ser assinadas duas vias deste termo, uma ficará com o participante da pesquisa e a outra com o pesquisador.

Atenciosamente,

Enf.^a Palloma Fernandes Estanislau Vaz Ventura (Doutoranda)

Dr.^a Marília Alves (Orientadora)

Declaro ter recebido informações suficientes e estou de acordo em participar desta pesquisa.

Data: ____/____/____

Assinatura do participante: _____

Contatos: Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP): Av. Pres. Antônio Carlos, nº 6627. Prédio da Reitoria, 7º andar, sala 7018, Bairro Pampulha, Belo Horizonte/MG. CEP: 31270901. Tel.: (31) 3409-4592.

Prof.^a Dra. Marília Alves Tel.: (31) 3409-9867. E-mail: marilix.alves@gmail.com. Escola de Enfermagem UFMG.
Enf.^a Palloma F. E. Vaz Ventura Tel. (31) 9 9153 5644/ E-mail: pallomavaz@hotmail.com. Escola de Enfermagem UFMG.

ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP – UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Influência da Cultura organizacional na Gestão da Qualidade e Segurança do paciente em um Hospital Público: o cotidiano de trabalho de profissionais de saúde

Pesquisador: MARILIA ALVES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 84969818.2.0000.5149

Instituição Proponente: PRO REITORIA DE PESQUISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.585.139

Apresentação do Projeto:

Pesquisa qualitativa de caso único cujo sobre a cultura organizacional na unidade de clínica médica de um hospital público universitário, analisando os elementos simbólicos constituintes da cultura organizacional no cotidiano de trabalho de profissionais da saúde.

Na descrição da metodologia serão 40 participantes, sendo eles, gestores das unidades, gestores das categorias profissionais que atuam na unidade de clínica cirúrgica (médico e enfermeiro), profissionais da equipe multidisciplinar, técnicos de enfermagem envolvidos na assistência ao paciente, gestor da Comissão de Controle de infecção (CCIH), Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), Gestor da qualidade (GQ) e Recursos Humanos (RH) e alta direção (a direção do Hospital é composta pela Superintendência e três gerências nas áreas de saúde, ensino e pesquisa e administração) do Hospital das Clínicas (HC).

Segundo o TCLE: "Você responderá perguntas sobre o cotidiano de trabalho na Instituição com objetivo de compreender a influência da cultura na implantação e manutenção da gestão da qualidade. As respostas dadas serão gravadas, estando à sua disposição para ouvir, se desejar. As observações ocorrerão no momento da entrevista e também serão observadas reuniões de gestão com colaboradores. Estas serão registradas em diário de campo, e, só serão utilizadas sob sua autorização."

No projeto as perguntas do roteiro semi-estruturado são:"1.Conte-me como são definidas as

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos,6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 2.585.139

decisões estratégicas Institucionais.2.Fale-me sobre como foi a entrada da EBSEH no hospital. E como era antes da mudança de gestão.3.Como a qualidade é trabalhada no dia a dia Institucional?4.Fale-me sobre o processo de gestão de pessoas: ambientação/socialização de novos membros, treinamentos e capacitações, avaliação de desempenho e advertência dos colaboradores 5.Fale-me como é a sua equipe de trabalho.6.Fale-me como é o planejamento da assistência.7.Como são definidas as ações de cada profissional da equipe?

Objetivo da Pesquisa:

Foram definidos no projeto como objetivo primário, analisar a influência da cultura na implantação e manutenção da gestão da qualidade em um hospital da rede pública de Belo Horizonte e no cotidiano de trabalho dos profissionais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

No TCLE são descritos:"Espera-se que esta pesquisa possa contribuir com a melhoria nos processos de gestão hospitalar, em grande parte relacionados a cultura organizacional... A pesquisa não oferece nenhum risco substancial direto ou indireto ao participante, apenas risco de constrangimento, que será minimizado com a garantia da manutenção do anonimato dos participantes da pesquisa, e o direito de se retirarem do estudo a qualquer momento, garantindo também que o uso das informações será apenas para fins científicos."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de tese de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) com relevância, exequível e dentro dos preceitos éticos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto preenchida e assinada.
- Declaração da Gerência de Ensino e Pesquisa HC-UFMG/Ebserh (GEP HC-UFMG/Ebserh) de 09/03/2018.
- Parecer aprovado sem ressalvas da Unidade de Clínica Médica Hospitalar do HC-UFMG/Ebserh, em 06/03/2018.
- Parecer aprovado da Câmara Departamental da Enfermagem Aplicada, em 30/11/2017.
- Projeto completo com a carta da administração Hospitalar do Hospital das Clínicas da UFMG e roteiro de entrevista semi-estruturado.
- Cronograma com coleta de dados para segundo semestre de 2018.
- Orçamento que informa que a pesquisa será realizada com recursos permanentes do Núcleo de

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos,6627 2º Ad SI 2005
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.585.139

Administração em Enfermagem (NUPAE) da Escola de Enfermagem da universidade Federal de Minas Gerais.

- TCLE como carta convite, resguardando a confidencialidade dos dados, o anonimato, o direito à recusa, e desistir do projeto à qualquer momento sem prejuízo.

Segundo a Resolução CNS 466/12, deve-se no TCLE:

- Informar o local onde serão armazenados os dados por 05 anos.

- Informar onde serão realizadas as coletas de dados (aplicação dos questionários), se serão durante o horário de trabalho ou em outro momento, e o tempo de aplicação (envolvimento do participante na pesquisa).

- Para melhor especificar o risco, retirar a parte: "não oferece nenhum risco substancial direto ou indireto ao participante", mantendo o restante, e para minimizá-lo, adicionar o direito a não responder alguma questão, em caso de desconforto.

Este Comitê confia que as mudanças serão realizadas pelos pesquisadores.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Confiando que as alterações solicitadas nas considerações serão realizadas pelo pesquisador, sou, S.M.J., a favor da aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1055507.pdf	09/03/2018 15:26:25		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaoGEPEHC.pdf	09/03/2018 15:25:35	PALLOMA FERNANDES ESTANISLAU VAZ VENTURA	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.585.139

Orçamento	Orcamento.docx	07/03/2018 10:49:26	PALLOMA FERNANDES ESTANISLAU VAZ VENTURA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	07/03/2018 10:48:33	PALLOMA FERNANDES ESTANISLAU VAZ VENTURA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ParecerclinicamedicaHC.pdf	07/03/2018 10:46:21	PALLOMA FERNANDES ESTANISLAU VAZ VENTURA	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	07/03/2018 10:45:34	PALLOMA FERNANDES ESTANISLAU VAZ VENTURA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto plataformabrasil.docx	07/03/2018 10:45:20	PALLOMA FERNANDES ESTANISLAU VAZ VENTURA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Parecerdepartamento.pdf	06/03/2018 15:24:21	PALLOMA FERNANDES ESTANISLAU VAZ VENTURA	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderostoscans.pdf	06/03/2018 15:16:47	PALLOMA FERNANDES ESTANISLAU VAZ VENTURA	Aceito
Outros	84969818parecer.pdf	06/04/2018 11:49:42	Vivian Resende	Aceito
Outros	84969818aprovacao.pdf	06/04/2018 11:49:53	Vivian Resende	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 06 de Abril de 2018

Assinado por:
Vivian Resende
(Coordenador)

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

ANEXO B - APROVAÇÃO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG



Universidade Federal de Minas Gerais
Hospital das Clínicas
Gerência de Ensino e Pesquisa



PROCESSO Nº 32/2018

DATA 06/03/2018

Título do Projeto: Influência da Cultura organizacional na Gestão da Qualidade e Segurança do paciente em um Hospital Público: o cotidiano de trabalho de profissionais de saúde	
Palavras chaves: Segurança do paciente, hospital e equipe de saúde.	
Nome do Pesquisador Principal: CPF: 277.603.246-34 Titulação: Doutorado Nome do Pesquisador na Instituição: Marília Alves	
Telefones para contato: (31) 9 8873 3191 e-mail Pesquisador Principal: marilix.alves@gmail.com (31)3344-0961 e-mail Pesquisador na Instituição: marilix@enf.ufmg.br	
<u>RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA ENTREGAR PESQUISA NA GEP HC/UFMG</u>	
Sim	Não
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CÓPIA do projeto no formato Plataforma Brasil (em texto, com introdução, objetivos, metodologia, cronograma, TCLE, bibliografia, etc).	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APROVAÇÃO da Câmara Departamental (com parecer substanciado)	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APROVAÇÃO da(s) Gerência(s) da(s) Unidade(s) Funcional(is) e Chefe do(s) Serviço(s) do HC envolvido(s) na pesquisa (com parecer substanciado)	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FORMULÁRIO próprio da Comissão de Avaliação Econômico-financeira anexo – (preenchimento completo)	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PLANILHA orçamentária	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONCORDÂNCIA, por escrito, de outras instituições (privadas/públicas) que participam/colaboram na pesquisa	
Toda documentação deve estar em português	

Classificação institucional: Pesquisa acadêmica Pesquisa desenvolvimento tecnológico Outros:
Citar _____

Pesquisa acadêmica: Dissertação Mestrado doutorado Pós-doc TCC especialização TCC Residência TCC Graduação Iniciação científica

SE ESTUDO MULTICÊNTRICO, O HOSPITAL: PARTICIPA COORDENA

TIPO PESQUISA: www.anvisa.gov.br/medicamentos/pesquisa/def.htm

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ciências sociais e humanas aplicadas em saúde | <input type="checkbox"/> Ensaio Clínico fase IV |
| <input type="checkbox"/> Epidemiologia | <input type="checkbox"/> Pesquisa Clínica epidemiológica/observacional |
| <input type="checkbox"/> Infraestrutura | <input type="checkbox"/> Pesquisa Pré-clínica |
| <input type="checkbox"/> Pesquisa Biomédica (scriptu senso) | <input type="checkbox"/> Sistema de saúde, planejamento e gestão de políticas, programas e serviços de saúde |
| <input type="checkbox"/> Ensaio clínico fase I | <input checked="" type="checkbox"/> Qualitativo |
| <input type="checkbox"/> Ensaio clínico fase II | <input type="checkbox"/> Avaliação de tecnologias em saúde |
| <input type="checkbox"/> Ensaio clínico fase III | |



Universidade Federal de Minas Gerais
Hospital das Clínicas
Gerência de Ensino e Pesquisa



Outras ações de C&T

ÁREA DE CONHECIMENTO: <http://www.cnpq.br/documents/10157/186158/TabeladeAreasdoConhecimento.pdf>

Ciências Agrárias Ciências Sociais Aplicadas Ciências Biológicas Engenharias Ciências a
Saúde Linguísticas, Letras e Artes Ciências Exatas e da Terra Ciências Humanas Outros:

Citar _____

AGRAVOS EM SAÚDE EM INVESTIGAÇÃO: <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>,

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Doenças infecciosas e parasitárias | <input type="checkbox"/> Doenças do aparelho digestivo |
| <input type="checkbox"/> Neoplasias | <input type="checkbox"/> Doenças de pele e do tecido subcutâneo |
| <input type="checkbox"/> Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos | <input type="checkbox"/> Doenças do sistema osteomuscular e do
tecido do conjuntivo |
| <input type="checkbox"/> Transtornos mentais e comportamentais | <input type="checkbox"/> Doenças do aparelho geniturinário |
| <input type="checkbox"/> Doenças do sistema nervoso | <input type="checkbox"/> Gravidez, parto e puerpério |
| <input type="checkbox"/> Doenças do olho e anexos | <input type="checkbox"/> Causas externas de morbidade e
mortalidade |
| <input type="checkbox"/> Doenças do aparelho circulatório | <input type="checkbox"/> Outros |
| <input type="checkbox"/> Doenças do aparelho respiratório | |
| <input type="checkbox"/> Fatores que influenciam o estado de saúde e o
Contato com serviços de saúde | |

Se aplicável, tipo de tecnologia(s) em investigação:

- Equipamentos Produtos Biológicos Medicamentos Produtos e insumos para saúde
 Procedimentos médico e cirúrgicos Sistema de suporte Sistemas organizacionais e de gestão

Se aplicável, natureza de aplicação da tecnologia em investigação:

- Diagnóstico Prevenção Promoção Rastreamento Reabilitação Tratamento
 Prognóstico Sobrevida Qualidade de Vida

FONTES DE FINANCIAMENTO:

- Sem fomento externo/ Recursos próprios Agência Pública de Fomento Nacional Privado Nacional
 Agência Pública de Fomento Internacional Privado Internacional

VIGÊNCIA DO PROJETO

INÍCIO: 03/03/2017 ANO PREVISTO DE ENCERRAMENTO: 02/03/2020

É OBRIGATÓRIO QUE SE CITE O HOSPITAL DAS CLÍNICAS NA LISTA DE INSTITUIÇÕES, relacionadas a esta pesquisa, quando de sua publicação em periódicos ou livros, em português e por extenso, conforme descrição abaixo.

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais

Enviar à Gerência de Ensino e Pesquisa -GEP relatório parcial ou anual da pesquisa

Enviar à Gerência de Ensino e Pesquisa -GEP relatório final da pesquisa

. Os projetos de pesquisa declarados EM **DECORRÊNCIA DA ASSISTÊNCIA** (ou seja, sem alteração do curso normal do tratamento), deverão vir acompanhados de uma cópia do protocolo de assistência do serviço assinado pelo Coordenador Médico do referido serviço.

. Os exames solicitados para pesquisa deverão dar entrada nos respectivos locais (Laboratório, RX, etc) **DEVIDAMENTE IDENTIFICADOS** como tal através da utilização de carimbo com o nome do pesquisador e número de registro do projeto na GEP.



Universidade Federal de Minas Gerais
Hospital das Clínicas
Gerência de Ensino e Pesquisa



INFORMAÇÕES PARA ANÁLISE FINANCEIRA DE PESQUISA DESENVOLVIDAS NO HC/UFMG

1 – Local de Desenvolvimento da Pesquisa:					
<input checked="" type="checkbox"/> Unidade de Internação/citar: Unidade de Clínica Médica <input type="checkbox"/> Ambulatórios/citar: _____ <input type="checkbox"/> Consultório já disponível () sim () não _____ Número de Consultório _____ <input type="checkbox"/> Outro local/citar: _____					
1.1 – Tempo de Duração da Pesquisa: 4 anos					
1.2– Número de Pacientes (ou voluntários) envolvidos:					
1.3- No. Consultas p/pacientes:		Total:	Local		
2 – DESCRIÇÃO DA PESQUISA					
Exames Laboratoriais:	Qte. p/ paciente (incluir os exames p/ seleção e recrutamento dos grupos)	Total	Local onde os Exames serão		Para uso da Comissão <i>não preencher</i>
			coletados	realizados	
TOTAL					
Exames Complementares	Qte. p/ paciente	Total	Local realização		Uso da Comissão
TOTAL					
NO. DE AUDITORIAS NOS PRONTUÁRIOS:					
OUTROS PROCEDIMENTOS	Qte. P/paciente	Total	Local realização		USO DA COMISSÃO não preencher
TOTAL					
MEDICAMENTOS	QUEM FORNECE	QUANTI-DADE	LOCAL DE ARMAZENAMENTO		
TOTAL					



3- FINANCIAMENTO DA PESQUISA			
AGENTE(S) FINANCIADOR(ES):			
VALOR DO RECURSO APROVADO:			
DISTRIBUIÇÃO DO RECURSO	VALOR P/ PACIENTE (RS)	VALOR TOTAL (RS)	PARA USO DA COMISSÃO
Exames			
Procedimentos			
Medicamentos			
Pesquisador			
Equipamentos			
Materiais			
Bolsistas			
Outros(citar)			
TOTAL			

➤ Anexar Planilha Orçamentária do Agente Financiador e Cronograma de desembolso

4- Seu projeto vai gerar resíduos? Sim () Não (x). Em caso afirmativo marcar o grupo de acordo com tabela abaixo.

TIPO DE RESÍDUOS GERADO DURANTE A PESQUISA: (RDC ANVISA 306/04 E RESOLUÇÃO CONAMA nº 358/05)

Grupo A – Resíduos com risco biológico

() **A1** Culturas de microrganismos, res. de material geneticamente modificado, vacinas, agentes de classe de risco IV, bolsas transfusionais vencidas ou culturas e estoques de microrganismos, resíduos de fabricação de produtos biológicos, exceto os hemoderivados; resíduos de laboratórios de manipulação genética e resultantes de vacinação com microrganismos vivos ou atenuados (incluindo agulhas, seringas e frascos vazios contaminados). Bolsas transfusionais contendo sangue ou hemocomponentes rejeitadas por contaminação ou por má conservação, ou com prazo de validade vencido, e aquelas oriundas de coleta incompleta; sobras de amostras de laboratório contendo sangue ou líquidos corpóreos, recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, contendo sangue ou líquidos corpóreos na forma livre.

() **A2** Carcaças, peças anatómicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais submetidos a processos de experimentação com inoculação de microrganismos, bem como suas forrações, e os cadáveres de animais suspeitos de serem portadores de microrganismos de relevância epidemiológica e com risco de disseminação. () Sem inoculação de microrganismos.

() **A3** Peças anatómicas (membros) do ser humano; produto de fecundação sem sinais vitais, com peso menor que 500gramas ou estatura menor que 25cm ou idade gestacional menor que 20 semanas, que não tenham valor científico ou legal e não tenha sido requisitado pelo paciente ou familiares.

() **A4** Kits de linhas arteriais, endovenosas e dialisadores; filtros de ar e gases de área contaminada; membrana filtrante de equipamento médico-hospitalar e de pesquisa, entre outros similares; tecido adiposo proveniente de lipoaspiração, lipoescultura ou outro procedimento de cirurgia plástica que gere este tipo de resíduo; recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde (gasinhas usadas em curativos e ou outros procedimentos; sondas, bolsas, transfusionais vazias ou com volume residual pós transfusão, etc.).



A5 Órgãos, tecidos, fluidos orgânicos, materiais perfurocortantes ou escarificantes e demais materiais resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação por príons.

Grupo B – Resíduos com risco químico

- Resíduos de medicamentos utilizados ou vencidos
 Resíduos e insumos de medicamentos controlados
 Resíduos de saneantes, desinfetantes e desinfestantes inclusive embalagens vazias
 Resíduos de metais pesados
 Resíduos de reagentes para laboratórios
 Resíduos de pesticidas/herbicidas
 Resíduos de solventes orgânicos
 Resíduos de quimioterápicos e ou antineoplásicos
 Outros contendo substâncias químicas perigosas. Quais? _____

Grupo C – Rejeito radioativo

- Materiais contaminados por radionuclídeos

Especificar _____

Quantificar _____

Grupo D – Resíduos comuns, sem contaminação, semelhantes aos domésticos – recicláveis

- Restos de alimentos
 Papel toalha, papel carbono
 Papéis brancos, coloridos
 Embalagens plásticas
 Vidros, exceto os de medicamentos e produtos químicos
 Galões, exceto os de medicamentos e produtos químicos
 Caixas de papelão
 Papelão em geral

Documentos confidenciais para triturar: Sim Não

Especificar _____

Grupo E – Resíduos Perfurocortantes

Resíduos perfurocortantes, cortantes, escarificantes

- agulhas, vidro quebrado, lâminas de bisturi, lâminas de barbear, etc.

- outros

Especificar _____

Haverá durante a pesquisa funcionário com conhecimento sobre resíduos: Sim Não

Haverá contrato separado para tratamento de resíduos no decorrer da pesquisa: Sim Não

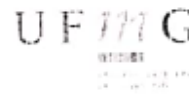
Informações complementares, se necessário: _____



RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES: Marília Alves

DATA: 15/03/2018

5 OBSERVAÇÕES-



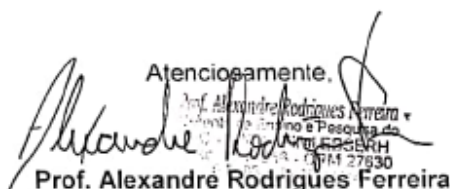
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG

CARTA DE APROVAÇÃO

Belo Horizonte, 25 de abril de 2018.

PROJETO DE PESQUISA Nº 32/2018: Cultura Organizacional na Gestão da Qualidade em um Hospital Público de ensino.

Reportando-nos ao projeto de pesquisa acima referenciado, considerando sua concordância com o parecer da Comissão de Avaliação Econômico-financeira de Projetos de Pesquisa do Hospital das Clínicas e a aprovação pelo COEP/UFMG em 23/04/2018, esta Gerência aprova seu desenvolvimento no âmbito institucional. Solicitamos enviar à GEP *relatório* parcial ou final após um ano.

Atenciosamente,

 Prof. Alexandre Rodrigues Ferreira
 Gerência de Ensino e Pesquisa do HC-UFMG/Ebserh

Gerência de Ensino e Pesquisa do HC-UFMG/Ebserh

À Sra.

Profa. Marília Alves

Departamento de Enfermagem

Escola de Enfermagem da UFMG.