



Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva



MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA – ÁREA DE  
CONCENTRAÇÃO GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE COM ÊNFASE EM SERVIÇOS  
DE HEMOTERAPIA

CLÁUDIO MEDEIROS SANTOS

Análise da Implantação do Programa de Gestão da Qualidade ISO  
9001:2008 na Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados do  
Ministério da Saúde no período de 2010 a 2013

Salvador  
Janeiro, 2015

Cláudio Medeiros Santos

Análise da Implantação do Programa de Gestão da Qualidade ISO 9001:2008 na Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados do Ministério da Saúde no período de 2010 a 2013

Dissertação apresentada à Universidade Federal da Bahia – UFBA como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Saúde Coletiva – ISC, para obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: gestão de sistemas de saúde com ênfase em serviços de hemoterapia

Orientador: Luís Eugênio Portela F. de Souza

Salvador  
Janeiro, 2015



**Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva – ISC  
Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva**


**Cláudio Medeiros Santos**


**“Análise da implantação do Programa de Gestão da Qualidade ISO 9001:2008 na Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados do Ministério da Saúde no período de 2010 a 2013”.**

A Comissão Examinadora abaixo assinada, aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 27 de janeiro de 2015

Banca Examinadora:

  
\_\_\_\_\_  
Prof Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza – ISC/UFBA

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Marcelo Addas Carvalho – UNICAMP/SP

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Ana Luiza Queiroz Vilasbôas – ISC/UFBA

Salvador  
2015

## **DEDICATÓRIA**

A todos os que, independente de partidos, doutrinas ou grupos, pesquisam, experimentam e trabalham honestamente para que as organizações públicas cumpram com eficiência, eficácia e efetividade a missão para a qual foram destinadas.

## **AGRADECIMENTOS**

A Cicero e Conceição, meus pais, por terem me ensinado o caminho da riqueza imperecível: estudar e aprender sempre.

A Mara e Gabriel, esposa e filho, porque me inspiram e me ajudam sempre.

A toda a equipe da Coordenação Geral de Sangue, pela convivência, oportunidade de aprendizado e trabalho ao longo destes anos.

Ao Professor Luiz Eugênio, pela orientação clara, competente e invariavelmente sempre gentil.

A Sônia Malheiros, Elaine e toda a equipe pelo apoio que nunca nos faltou.

A direção, equipe de professores e pesquisadores do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, por nos proporcionar um ensino de qualidade e, acima de tudo, conectado com as necessidades e desafios da sociedade atual.

## RESUMO

O emprego de tecnologias gerenciais que buscam a melhoria do desempenho com a satisfação do cidadão na Administração Pública brasileira cresceu, sobretudo a partir do movimento de Reforma Gerencial desencadeado na década de 90. Dentre estas tecnologias destaca-se a Gestão da Qualidade, especialmente, os Sistemas de Gestão da Qualidade ISO 9001:2008. Com base em modelos lógicos causais, operacionais e teóricos, este estudo avaliou a implantação do Programa de Gestão da Qualidade ISO 9001:2008 na Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados, do Ministério da Saúde (CGSH/MS), identificando as motivações para implantação, o grau de implantação, os fatores que favoreceram e dificultaram e os efeitos decorrentes, percebidos até o momento. Constatou-se que o Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) encontra-se parcialmente implantado. Em termos de seus componentes, é completa a implantação dos documentos e procedimentos, e são parciais as implantações da capacitação da força de trabalho, do mapeamento e da padronização dos processos, da adequação aos requisitos da ISO 9001, das auditorias internas. Quanto ao componente da certificação externa, a implantação ainda é incipiente. Os motivos que levaram à implantação foram de caráter interno, relacionados à organização e à melhoria do desempenho. A certificação externa foi considerada motivo secundário. O elemento de maior destaque nos fatores que favoreceram a implantação foi a liderança desempenhada pelo Coordenador Geral, seguida e reproduzida pelos responsáveis de áreas junto à suas respectivas equipes de trabalho. As dificuldades identificadas foram relacionadas a aspectos operacionais como limitações de entendimento da norma, falta de sistema de informática e capacitação deficiente. Como efeitos, foram identificadas as melhorias da organização e da rotina com reflexos nos resultados organizacionais. O acréscimo de trabalho sentido pelos técnicos foi considerado um efeito negativo do programa, o que pode vir a ser uma ameaça à sua continuidade.

Palavras Chave: Grau de implantação. Gestão da Qualidade. Sistema de Gestão da Qualidade. ISO 9001. Coordenação de Sangue e hemoderivados.

## ABSTRACT

The employment of management technologies that seek for performance improvement with the satisfaction of the citizen in the Brazilian Public Administration has grown, especially after the Management Reform movement, triggered in the 1990s. Among these technologies, stands out the Quality Management, especially the Quality Management Systems ISO 9001:2008. Based on logical-causal, operational and theoretical models, this study has evaluated the implantation of the Quality Management Program ISO 9001:2008 in the General Blood and Blood Products Coordination the Ministry of Health, identifying the motivations for implementation, the degree of implantation, the factors that favored and diffculted and the decorrent effects, percieved until the moment. It was ascertained that the Quality Management System (SGQ) finds itself partially implemented. In terms of its components, the implantation of documents and procedures is full. The implantation of capacitation of workforce, of mapping and process padronization, of adequation to the ISO 9001 standards, of internal audits is partial. As the component of external certification, the implantation is still incipient. The reasons that led to implantation were of internal character, related to organization and performance improvement. The external certification was considered secondary reason. The most prominent element in the factors that favored implantation was the leadership exercised by the General Coordinator, followed and reproduced by the area's responsables, associated with their respective workteams. The identified difficulties were related to operational aspects such as limitations of norm understanding, lack of computing system and poor training. As effects, were identified organization and routine improvements, with reflexes in the organizational results. The increase of work felt by the technicians was considered a negative effect of the program, what could become a threat to its continuity.

Key Words: Implantation Degree. Quality Management. Quality Management System. ISO 9001. General Blood and Blood Products Coordination.

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 – Modelo lógico

Figura 2 – Desenho da pesquisa

Figura 3 – Grau de implantação do programa

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Matriz de critérios para apreciação do grau de implantação

Tabela 2 – Perfil dos entrevistados

Tabela 3 – Resultados da Satisfação dos Clientes

## **ABREVIATURAS**

CGSH: Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados

GESPÚBLICA – Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização

GQT: Gestão pela Qualidade Total

HEMO: Hemoterapia

IMUNO: Imunohematologia

INMETRO: Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia

ISO: Organização Internacional para Padronização

MS: Ministério da Saúde

NAT: Teste de Ácido Nucleico

NBR: Norma Brasileira

OTAN: Organização do Tratado do Atlântico Norte

PQGF: Prêmio de Qualidade do Governo Federal

PG: Procedimento de Gestão

SGQ: Sistema de Gestão da Qualidade

SINASAN: Sistema Nacional de Sangue

5S: Programa cinco S



## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	10
2 ELEMENTOS TEÓRICO METODOLÓGICOS .....	17
2.1 Avaliação de políticas, programas e serviços .....	17
2.2 Modelização .....	17
2.3 Estimativa do grau de implantação .....	22
2.4 Estratégias metodológicas .....	24
2.4.1 Delineamento da pesquisa .....	24
2.4.2 Técnicas de coleta de dados .....	24
2.4.2.1 Entrevistas semiestruturadas .....	24
2.4.2.2 Consulta a documentos do Sistema de Gestão da Qualidade .....	25
2.4.3 Processamento das informações .....	26
2.5 Limitações e vieses do estudo .....	27
2.6 Considerações éticas .....	27
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	28
3.1 Motivação para implantação do programa .....	28
3.2 Grau de implantação do programa .....	32
3.3 Fatores que favoreceram a implantação .....	35
3.4 Fatores que dificultaram a implantação .....	37
3.5 Efeitos percebidos .....	40
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	46
REFERÊNCIAS .....	49
Apêndice A – Roteiros para entrevistas semiestruturadas .....	55
Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	57
Apêndice C - Plano de análise dos dados .....	58
Apêndice D - Matriz de processamento de dados .....	59
Apêndice E - Relação de documentos consultados .....	60

## 1. INTRODUÇÃO:

Embora se possa considerar que a noção de qualidade estivesse presente, muito antes da revolução industrial, na atuação dos artesãos que produziam visando atender aos compradores (SHNEIDER, 1992 apud WOOD JR. e URAN, 2011), autores como Bergue (2011, p.380) consideram os anos 20 do século passado como a época do surgimento da gestão da qualidade, especialmente através dos trabalhos desenvolvidos por Walter A. Sheawart, com o controle estatístico dos processos (CARAVANTES et al., 1997 apud BERGUE, 2011).

Desta fase inicial de controle estatístico com ênfase na produção, a evolução histórica da qualidade, como fenômeno gerencial, transitou por diferentes enfoques como adequação ao padrão, adequação ao uso, adequação ao custo e adequação à necessidade latente, indo para perspectivas como adequação à cultura organizacional e adequação ao ambiente social e global (SHIBA, 1997 apud BERGUE, 2011).

Rocha (2011) classifica em cinco fases a história da qualidade, considerando a inspeção da qualidade o período de 1945 a 1949, o controle estatístico da qualidade, de 1949 a 1951, a fase do sistema orientado para a garantia da qualidade, o período de 1951 até o final dos anos 60, o controle da qualidade em toda a organização, do final dos anos 60 até os anos 80 e a Gestão da Qualidade Total – GQT, o período compreendido entre os anos 80 e os dias atuais.

A análise apresentada por Yonge Willkinson (2001) apud Marin (2012) apresenta uma tipologia distintiva das diversas propostas que receberam a designação genérica de Gestão da Qualidade Total – GQT. Este autor divide os tipos de abordagens da GQT em cinco grupos: GQT como gestão da qualidade, GQT como sistema de gestão da qualidade, GQT como gestão de pessoas, GQT como reengenharia organizacional, GQT como novo paradigma de gestão. Para este autor, o segundo tipo – “GQT como sistema de gestão da qualidade” caracteriza-se pela forte ênfase na padronização dos processos com controle de suas entradas (inputs) e saídas (outputs). As normas do tipo ISO 9000 seriam exemplos desta categoria, embora outros autores considerarem a ISO 9000 uma iniciativa de GQT (VINNI, 2007 apud MARIN, 2012).

A partir de uma compreensão mais ampla e geral do movimento da Gestão da Qualidade Total no âmbito das práticas organizacionais, merece análise a sua inserção na administração pública e nos serviços de saúde.

Deming (1990), um dos teóricos da qualidade, refletindo sobre sua aplicação no serviço público, tem a oportunidade de destacar:

Na maioria das repartições públicas, não há um mercado a ser buscado. Ao invés de conquistar um mercado, uma agência governamental deveria prestar, de forma econômica, o serviço prescrito pela legislação vigente. O objetivo deveria ser destacar-se por serviço bem executado. Um aprimoramento contínuo do serviço mereceria a aprovação do público norte americano, e possibilitaria a manutenção do emprego público, além de auxiliar a indústria na expansão do emprego. (DEMING, 1990, p.5)

Marin (2012) assevera que o avanço da GQT ocorreu de forma concomitante ao surgimento da New Public Management – Nova Gestão Pública. Este movimento defendia a melhoria da qualidade dos serviços públicos.

No Brasil, o movimento de reforma do Estado que se estabeleceu na primeira metade da década de 90 introduziu explicitamente a qualidade total no serviço público:

A qualidade total e a produtividade assumiram em anos recentes uma importância muito grande entre as técnicas administrativas. Este plano reconhece essa importância, mas entende que estas técnicas são um grande avanço se lograrem, no nível operacional, uma qualidade maior dos serviços, dentro da filosofia do erro zero, e uma maior cooperação entre funcionários e administradores. No nível mais geral, a estratégia da administração pública gerencial é a fundamental, devendo subordinar-se a ela o programa da qualidade e da produtividade, que, no setor público, é preferível chamar de programa da qualidade e da participação (BRASIL, 1995, p.62).

A gestão da qualidade nos serviços de saúde também não é fato novo. Os estudos de Codman, publicados por volta de 1916, nos Estados Unidos, centrados na “avaliação de resultados adversos e em sua elucidação, como forma de propiciar a qualidade”, formaram as bases teóricas para o primeiro modelo de classificação dos hospitais (GASTAL e ROESSLER, 2006, p.23).

Para Donabedian (1990) a qualidade da atenção à saúde é definida como o grau em que os meios mais desejáveis são empregados para a melhoria na saúde. Afirma também o autor que nenhuma avaliação da qualidade seria possível sem a existência e a combinação de critérios e padrões. Os critérios seriam os elementos da estrutura, processo e resultados e os padrões, declarações quantitativas mais específicas que permitam avaliar frequência e magnitude.

Neste processo de incorporação da qualidade nos serviços de saúde, Malik e Schiesari (2011) destacam que a segunda metade dos anos 80 foi marcada pela percepção internacional de que o reconhecimento interno sobre a qualidade dos serviços ofertados não era suficiente. Havia a necessidade de um “atestado externo”. Este “sentimento” contribuiu para o fortalecimento dos modelos certificáveis e das organizações responsáveis por avaliações externa da qualidade na saúde.

Dos modelos certificáveis atualmente empregados nas organizações, alguns são de aplicação geral, podendo ser implantados em quaisquer organizações, sejam prestadoras de serviços de saúde ou não, como é o caso da ISO 9001, implantada na Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados. Outros, por sua vez, são específicos, próprios para avaliação externa de serviços como hospitais, ou Centros de Hemoterapia (Bancos de Sangue), como é o caso dos Padrões da Associação Americana de Bancos de Sangue – AABB. Não sendo aplicáveis, necessariamente, em unidades administrativas de gestão da política.

A Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados (CGSH) é uma unidade administrativa ligada a Secretaria de Atenção a Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS) do Brasil, que coordena o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados – SINASAN. Não realiza atividade operacional de coleta e processamento de sangue ou atendimento a pacientes. Do conjunto das competências organizacionais da CGSH destacam-se a implantação da Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados; a garantia da autossuficiência do país em hemocomponentes e hemoderivados; e a harmonização das ações do Poder Público em todos os níveis de governo, relacionadas à atenção hemoterápica e hematológica, conforme Decreto nº 3.990, de 30/10/2001 (BRASIL, 2001), que regulamenta o art. 26 da Lei 10.205, de 24/03/2001, a chamada “Lei do Sangue”. Sua missão foi sintetizada como sendo "Desenvolver políticas que promovam o acesso da população brasileira à atenção hematológica e hemoterápica com segurança e qualidade" (BRASIL, 2001).

Em 2008, após realizar uma oficina participativa de planejamento com todos os diretores e representantes das redes estaduais, onde foram priorizados os temas estratégicos nacionais reunidos nos eixos: (1º) Promover a qualificação técnica e gerencial da hemorrede e (2º) Desenvolver a gestão da informação no âmbito da hemorrede, constatou-se a necessidade de reestruturação do modelo interno de gestão da CGSH, sem a qual não seria possível enfrentar os desafios de implantação e conquistas das intenções estratégicas. Esta constatação levou o grupo dirigente a estabelecer um terceiro eixo estratégico no Plano elaborado com a

hemorrede nacional – (3º) Promover a reestruturação do modelo de gestão da CGSH (conjunto de práticas, técnicas e metodologias de gerenciamento organizacional). A nova coordenação geral, imbuída do propósito de modificação e melhoria das práticas internas de gestão e, por conseguinte, do desempenho, iniciou projeto de reforma gerencial.

Na primeira fase, 2008-2009, foram trabalhados os fundamentos do GESPÚBLICA – Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização.

O Programa GESPÚBLICA foi instituído pela Presidência da República, através do Decreto 5.378 de 23 de fevereiro de 2005, com a finalidade de “contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços públicos prestados aos cidadãos e para o aumento da competitividade do País” (BRASIL, 2005). Baseia-se nos critérios de Excelência da Gestão e nos fundamentos da Gestão da Qualidade. É uma política pública de gestão alicerçada num modelo que engloba as dimensões técnica e sócio-política. Possui três características principais: ser essencialmente pública, estar focada em resultados para o cidadão e ser federativa (BRASIL, 2009).

No início de 2010, a partir de uma avaliação das práticas iniciadas e dos desafios ainda por enfrentar, optou-se pela mudança do modelo utilizado como referencial para a melhoria da gestão. Esta mudança, segundo Mota (2013), foi motivada pelo fato de que o GESPÚBLICA fundamentava-se numa lógica de autoavaliação da gestão. Avaliações externas independentes, no modelo do GESPÚBLICA somente eram aplicadas quando a organização optava por inscrever-se no Prêmio Nacional da Gestão Pública- PQGF. Já o modelo da NBR ISO 9001 proporcionava a certificação a partir de auditoria externa realizada por organismo certificador independente. O que seria, na avaliação do grupo gestor, importante para o reconhecimento externo e para a consolidação interna dos princípios e práticas gerenciais.

A descrição ISO traz dois significados. Primeiro representa abreviação da Organização Internacional de Normalização (Internacional Organization for Standardization) que tem sede em Genebra, na Suíça. A ISO foi fundada em 1947 e é constituída por um grupo de mais de 140 países. Organização sem fins lucrativos, atua na publicação de normas técnicas não apenas relacionadas a sistemas de gestão da qualidade. Seu campo de abrangência é enorme. São mais de 17.000 normas tratando de diferentes assuntos relacionados a especificações de produtos e serviços, métodos de inspeção e de testes e, em particular, sistemas de gestão da qualidade (CROFT, 2009).

Mas ISO também pode ser interpretada como a palavra que vem do grego *isos*, significando igual, uniforme ou homogêneo. Assim, o objetivo da ISO é o desenvolvimento e a publicação de padrões normativos que representem o consenso dos diferentes países. O seu foco principal, com a padronização, é facilitar as atividades de comércio internacional (ZACHARIAS, 2009).

Maranhão (2011) destaca que, do ponto de vista histórico, a ISO 9001 é o resultado de normas instituídas para a garantia da segurança das instalações nucleares e a confiabilidade de artefatos militares e aeroespaciais. Considerando as exitosas experiências com padrões normativos de atividades nucleares, o departamento de Defesa dos Estados Unidos adotou a Norma Militar MIL STD Q-9858 – Requisitos de Programas de Garantia da Qualidade.

A partir da publicação, na Inglaterra, da série de Normas BS 5750 do British Standard Institute (BSI), uma versão derivada dos Procedimentos de Garantia da Qualidade dos Aliados da OTAN (AQAP), a ISO oficializou a série 9000 (dentre elas a 9001), que rapidamente foi adotada por diferentes e importantes países. Na sua primeira revisão realizada em 1994 os 73 países de maior Produto Interno Bruto (PIB) adotaram-na como norma nacional (MARANHÃO, 2011).

No Brasil existem duas entidades que tratam da normalização técnica e, por conseguinte, da versão brasileira das normas da série ISO9000 no nível nacional: o Instituto de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (INMETRO), uma autarquia federal, e a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), organização privada sem fins lucrativos, responsável pela operacionalização da normalização técnica (MARANHÃO, 2011).

As normas ISO, da versão inicial de 1987 à versão vigente de 2008 sofreram quatro revisões importantes. A primeira, de 1994; a segunda, de 2000, que agregou diversos elementos novos de caráter sistêmico; a terceira revisão, de 2005; e a quarta revisão, de 2008, que foi publicada no Brasil com o código NBR ISO 9001:2008 (MARANHÃO, 2011).

A série completa da ISO, referente à Sistemas de Gestão da Qualidade, é formada por quatro normas:

- a) NBR ISO 9000 – Sistema de Gestão da Qualidade – Fundamentos e vocabulário, responsável pela padronização dos termos e definições;
- b) NBR ISO 9001 – Sistemas de Gestão da Qualidade – define os requisitos de gestão da qualidade que devem ser implantados pela organização

visando produzir produtos e serviços adequados as necessidades dos clientes. Trata-se da norma “certificável”;

- c) NBR ISO 9004 – Sistemas de Gestão da Qualidade – Diretrizes para melhorias de desempenho – cujo objetivo é apresentar diretrizes mais amplas para um sistema de gestão da qualidade. Funciona como guia de implantação e não é certificável;
- d) NBR ISO 19011 – Diretrizes para auditoria de Sistemas de Gestão da Qualidade e Gestão Ambiental – estabelece os fundamentos e os requisitos para realização de auditorias em Sistemas da Qualidade e Ambiental.

De acordo com o item 2.11 da NBR ISO 9000:2005 – a expressão sistema de gestão da qualidade pode ser definida do seguinte modo:

a parte do sistema de gestão da organização cujo enfoque é alcançar resultados em relação aos objetivos da qualidade, para satisfazer às necessidades, expectativas e requisitos das partes interessadas, conforme apropriado. Os objetivos da qualidade complementam outros objetivos da organização, tais como os relacionados ao crescimento, captação de recursos financeiros, lucratividade, meio ambiente, segurança e saúde ocupacional. As partes de um sistema de gestão da organização podem ser integradas, juntamente com o sistema de gestão da qualidade dentro de um sistema de gestão único, utilizando-se elementos comuns. Isto pode facilitar o planejamento, a alocação de recursos, definição de objetivos complementares e avaliação da eficácia global da organização (ABNT, 2005, p.7).

Na NBR ISO 9001:2008, no seu item 1 - Escopo, item 1.1 – Generalidades, cabe destacar que os requisitos especificados pela norma para sistema de gestão da qualidade são aplicados quando a organização:

- a) Necessita demonstrar sua capacidade para fornecer produtos que atendam de forma consistente aos requisitos do cliente, requisitos estatutários e regulamentos aplicáveis, e
- b) Pretende aumentar a satisfação do cliente por meio da aplicação eficaz do sistema, incluindo processos para a melhoria contínua do sistema, e assegurar a conformidade com os requisitos do cliente e os requisitos estatutários e regulamentares aplicáveis (ABNT, 2008, p.1).

Acrescenta o texto normativo, no seu item 1.2 – Aplicação, que “todos os requisitos desta Norma são genéricos e se pretende que sejam aplicáveis a todas as organizações, independentemente do seu tipo, do seu porte e do produto que fornecem” (ABNT, 2008, p.1).

Por seu caráter genérico e passível de adequação as Normas ISO são hoje implantadas em diferentes segmentos, distantes, quando à natureza, daqueles que marcaram a sua origem e as suas características mais conceituais, como o caso da administração pública. Marin (2012, p.3), a partir de um levantamento realizado junto à empresa especializada em licitações, destaca que, no período de 2009 a 2011, cerca de “78 órgãos ou entidades da administração pública brasileira buscaram a contratação de consultoria ou organismos certificadores com vistas à implantação de sistemas de gestão da qualidade certificáveis”.

A CGSH, a partir de 2010 iniciou, assim, um amplo movimento interno para implantação dos padrões contidos na NBR ISO 9001:2008. Este estudo tomou como objetivo geral avaliar como se deu a implantação do Programa de Gestão da Qualidade ISO 9001:2008 da Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados, do Ministério da Saúde, no período de 2010 a 2013. Para responder a esta questão foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos: a) Identificar os motivos para implantação do programa; b) Estimar o grau de implantação do programa; c) Identificar os fatores que favoreceram a implantação; d) Identificar os fatores que dificultaram a implantação; e) Identificar os efeitos percebidos até o momento.



## 2. ELEMENTOS TEÓRICO METODOLÓGICOS

### 2.1 Avaliação de políticas, programas e serviços

Este estudo se insere no campo dos estudos de avaliação. Analisando as diferentes perspectivas e abordagens deste campo, Champagne et al., (2011) sintetizaram:

Avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento em que possa se traduzir em ações (Champagne et al., 2011, p.44).

Existem dois tipos de avaliação: (a) a avaliação normativa que avalia os elementos de uma intervenção a partir de critérios e normas, estabelecendo o grau de conformidade destes elementos em relação aos padrões normativos e (b) a pesquisa avaliativa, que, a partir de um procedimento científico, analisa as relações de causalidade entre os elementos da intervenção, buscando compreender como e porque foram alcançados determinados resultados (CHAMPAGNE et al., 2011).

Ainda conforme estes autores, a pesquisa avaliativa pode ser desenvolvida a partir de seis abordagens distintas, entre elas a Análise da Implantação.

A Análise da Implantação “consiste em estudar as relações entre uma intervenção e seu contexto durante a implementação. Tem por objetivo apreciar o modo como, em um contexto particular, uma intervenção provoca mudanças” (CHAMPAGNE et al., 2011, p.217).

### 2.2 Modelização

Uma intervenção, qualquer que seja o tipo – uma política, um programa ou um serviço – pode ser compreendida como:

um sistema organizado de ação que inclui, em um determinado ambiente: agentes (os atores); uma estrutura (o conjunto dos recursos e das regras, que escapam ao controle dos atores); processos (relações entre os recursos e as atividades) e um objetivo (o estado futuro para o qual o processo de ação é orientado)” (CHAMPAGNE et al., 2011, p. 61).

A modelização é uma “etapa essencial para que sejam feitas as perguntas certas, para que os efeitos sejam atribuídos a mecanismos específicos e assim a avaliação possa auxiliar a tomada de decisões” (CHAMPAGNE et al., 2011, p.61).

Visando apresentar o percurso lógico e os objetivos almejados pela equipe responsável pela implantação da ISO 9001 na CGSH, foram construídos os três modelos referentes à intervenção estudada, conforme a figura 1.

No Modelo Causal foi apresentado o problema central que desencadeou a definição e a implantação do Programa de Gestão da Qualidade. A Coordenação Geral de Sangue não possuía práticas de gestão adequadas, sistematizadas e capazes de responder aos desafios pactuados no plano estratégico elaborado de forma participativa com a hemorrede nacional. A nova gestão, recém-admitida, trazia o propósito de transformar este cenário gerencial. A falta destas práticas foi atribuída a três causas gerais: (1) falta de práticas sistemáticas de gerenciamento estratégico e da rotina; (2) pouco conhecimento da força de trabalho sobre práticas de gerenciamento baseadas na Gestão da Qualidade; (3) condições de trabalho e estrutura inadequados. Não foram consideradas as causas relativas às práticas de gestão do Ministério da Saúde.

Considerando experiências anteriores vivenciadas e aplicadas na hemorrede pública nacional, as expectativas do Coordenador e da sua equipe eram de que: (1) adotando modelo de gerenciamento da qualidade reconhecido e avaliado externamente; (2) melhorando a qualificação da força de trabalho e lideranças em ferramentas de gerenciamento; (3) melhorando as condições de trabalho e infraestrutura, os efeitos seriam a melhoria do desempenho e o alcance dos resultados pactuados. O modelo lógico teórico reproduziu esta cadeia de causas e efeitos esperados.

Para que estes resultados fossem possíveis, o Programa deveria ser implantado a partir da definição de uma estrutura básica composta pelo Núcleo de Gestão da Qualidade (NGQ), com definição do responsável pela Qualidade, estrutura de trabalho e equipe de apoio. Com esta estrutura, as atividades que compõem o processo de implantação seriam executadas, culminando com o alcance da certificação externa. O modelo lógico operacional descrito na figura 1 evidenciou as relações entre estes componentes operacionais que deveriam levar aos efeitos pretendidos.

O primeiro componente da implantação tratava da definição e implantação dos documentos e procedimentos gerenciais estabelecidos pela ISO 9001 versão 2008.

Através destes documentos e procedimentos são estruturadas as bases do Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ). A ISO 9001:2008 estabelece a necessidade de a organização, possuir uma Política da Qualidade documentada, Objetivos da Qualidade, Manual da Qualidade, Procedimentos e Registros também documentados. São 6 os procedimentos obrigatórios que devem ser implantados: requisito 4.2.3 - controle de documentos; requisito - 4.2.4 controle de registros; requisito 8.2.2 - auditoria interna; requisito 8.3 - controle de produto não conforme; requisito 8.5.2 - ação corretiva e requisito 8.5.3 - ação preventiva. (ABNT,2009)

O segundo componente constituiu-se das ações de capacitação e desenvolvimento da força de trabalho. Uma atividade crítica para a implantação e sustentação de um sistema de gestão da qualidade. A ISO 9001:2008 estabelece no seu requisito 6.2 - Recursos Humanos - que as pessoas responsáveis pela execução de atividades que afetam a conformidade e os requisitos dos produtos devem ser competentes. Esta competência deve ser desenvolvida através da educação, dos treinamentos, das habilidades e experiências. (ABNT, 2009)

O terceiro componente abordou um fundamento da ISO 9001:2008: a gestão baseada em processos. Nos requisitos gerais da Norma (4.1) a organização necessita determinar os processos necessários para o Sistema de Gestão da Qualidade, estabelecendo as sequencias de atividades, interações, critérios e métodos que garantam de forma eficaz a operação e o controle desses processos. (ABNT, 2009)

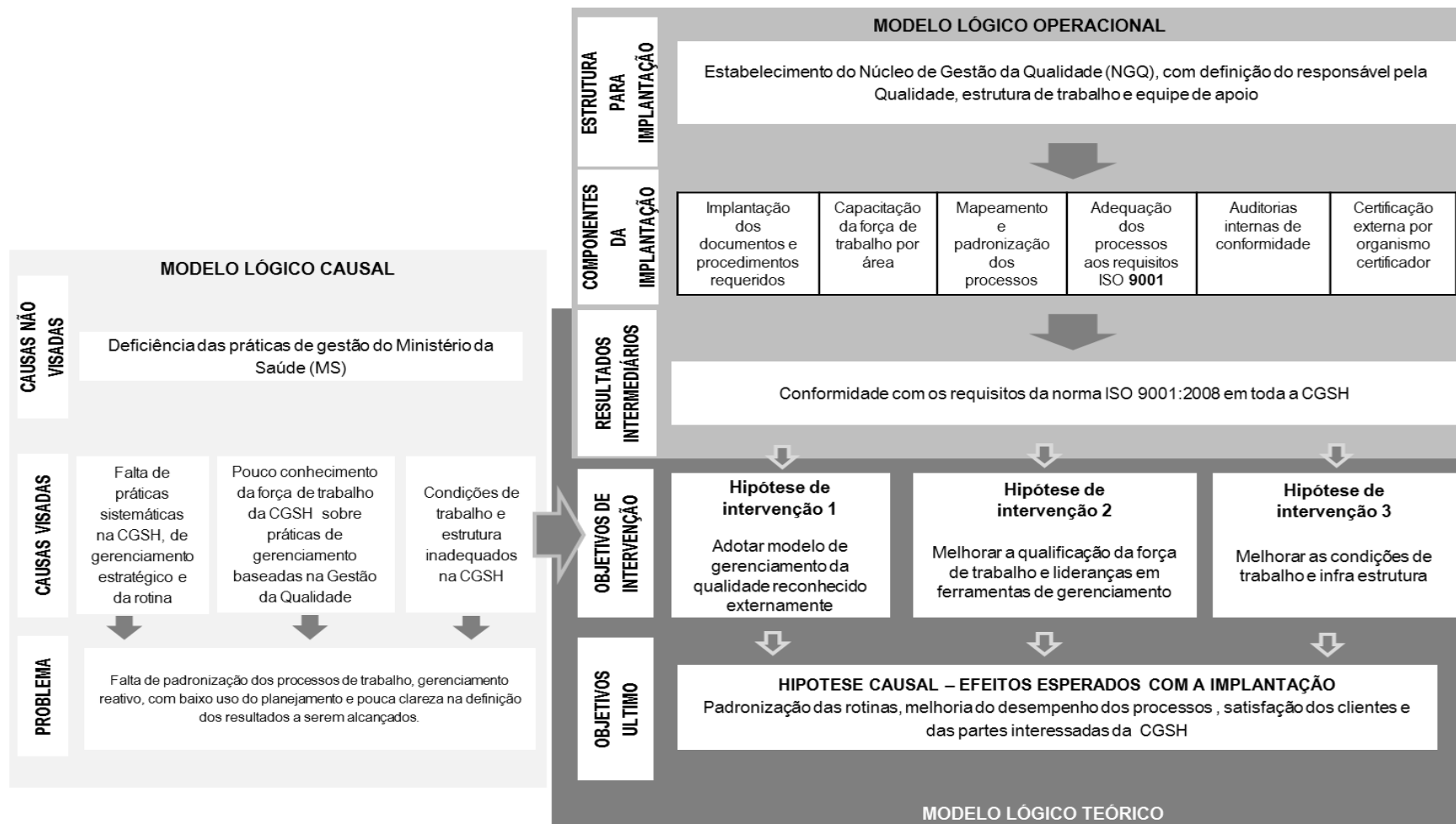
O quarto componente representou as atividades destinadas a ajustar os processos organizacionais identificados aos requisitos estabelecidos pela Norma, bem como aos procedimentos definidos e aos requisitos legais inerentes. É através deste componente que os processos de trabalho são modificados, padronizados e ajustados.

O quinto componente de implantação alcançou a realização de auditorias internas sistemáticas para verificação do grau de conformidade dos processos e produtos aos requisitos do Sistema de Gestão da Qualidade. Segundo o requisito 8.2.2 da ISO 9001, a organização deve executar estas auditorias a intervalos planejados. (ABNT, 2009)

Finalmente, o sexto componente tratou da realização de auditoria externa de Certificação. A Certificação externa é realizada por organismo externo credenciado, contratado para estes fins. Esta avaliação externa pode abranger um, alguns ou todos os processos da organização. Isso pode ocorrer de forma sequenciada e

progressiva. O grupo gestor tinha como resultado intermediário alcançar a Certificação de toda a Coordenação Geral de Sangue.

**Figura 1 - Modelização da implantação do programa de gestão da qualidade ISO 9001:2008 na Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados do Ministério da Saúde.**



### **2.3 Estimativa do grau de implantação**

Cada um dos seis componentes da implantação, estabelecidos no Modelo Lógico Operacional, foram detalhados e distribuídos em quatro faixas ou graus de implantação. Para cada faixa foi atribuída uma pontuação ou escore que variou do mínimo (=0,25) ao máximo (=1). Este escore foi construído levando-se em conta o resultado intermediário esperado: certificação de toda a CGSH. Em cada uma das faixas, nos seis componentes, foram estabelecidos os critérios para apreciação do grau de implantação e os respectivos parâmetros, arbitrados igualmente a partir do escopo de implantação em toda a organização. (Tabela 1).

Para fundamentar a avaliação e realizar o respectivo enquadramento do grau de implantação de cada componente foram utilizadas as informações, registros e evidências coletadas a partir dos documentos oficiais, registros do Sistema de Gestão da Qualidade e respostas apresentadas pelos informantes chave, através das entrevistas semiestruturadas.

Tabela 1 – Matriz de critérios para apreciação do grau de implantação

AÇÃO/ATIVIDADE	Classificação do grau de implantação por atividade			
	Não implantado (0,25)	Incipiente (0,5)	Parcialmente implantado (0,75)	Implantado (1)
Implantação dos documentos e procedimentos requeridos	Procedimentos de Gestão do Sistema da Qualidade não definidos	Procedimentos de Gestão do Sistema da Qualidade em fase inicial de definição	Procedimentos de Gestão do Sistema da Qualidade definidos mas não aplicados	Procedimentos de Gestão do Sistema da Qualidade definidos e aplicados
Capacitação da força de trabalho por áreas	Capacitação da força de trabalho nos fundamentos da Norma ISO 9001:2008 e das práticas da qualidade não realizada	Menos de 40 % das áreas possuem força de trabalho capacitada nos fundamentos da Norma ISO 9001:2008 e das práticas da qualidade	De 40 a 80% das áreas possui força de trabalho capacitada nos fundamentos da Norma ISO 9001:2008 e das práticas da qualidade	Acima de 80% das áreas possui força de trabalho capacitada nos fundamentos da Norma ISO 9001:2008 e das práticas da qualidade.
Mapeamento e padronização dos processos	Identificação e mapeamentos dos processos de trabalho não realizado	Identificação e mapeamento de poucos (< 50%) processos de trabalho	Identificação e mapeamento da maioria (>50%<99%) dos processos de trabalho	Identificação e mapeamento de todos (=100%) os processos de trabalho
Adequação dos processos aos requisitos estabelecidos pela Norma NBR ISO 9001:2008	Adequação aos requisitos estabelecidos pela Norma NBR ISO 9001:2008 não realizada	Adequação aos requisitos da ISO 9001:2008 realizada em poucos (< 50%) processos	Adequação aos requisitos da ISO 9001:2008 realizada na maioria (>50%<99%) dos processos	Adequação aos requisitos da ISO 9001:2008 realizada em todos (=100%) os processos
Auditorias internas de conformidade	Auditorias internas não realizadas	Auditorias internas em início de implantação. Realizadas em poucos (< 50%) processos. Existência de elevado número de não conformidades	Auditorias internas realizadas na maioria dos processos, (>50% <99%) com elevado número de conformidades	Auditorias internas realizadas em todos (=100%) os processos, com nível de conformidade favorável a certificação externa
Certificação externa por organismo certificador	Certificação externa não alcançada	Certificação externa alcançada, porém com escopo abrangendo poucos (< 50%) processos	Certificação externa alcançada, com escopo abrangendo a maioria (>50% <99%) dos processos	Certificação externa alcançada, com escopo abrangendo todos (=100%) os processos

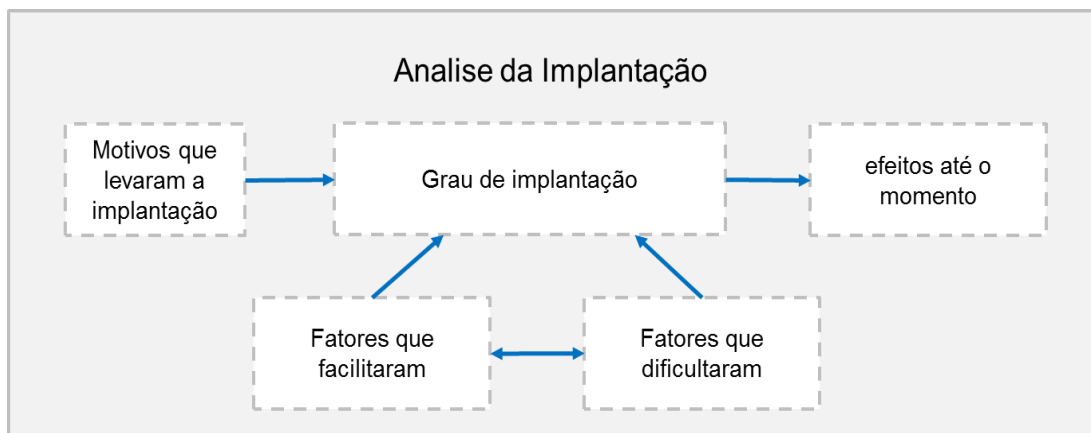
## 2.4 Estratégias metodológicas

### 2.4.1 Delineamento da pesquisa

Foi realizado um estudo de natureza qualitativa. Buscou-se compreender a perspectiva de indivíduos ou grupos acerca de um dado fenômeno, aprofundando experiências, opiniões, perspectivas e significados (Sampieri, Collado e Lucio, 2010).

Não obstante tratar-se de um estudo de Análise de Implantação, optou-se por considerar apenas a “microteoria do programa” (Vieira-da-Silva, 2014), delimitando a análise do contexto aos aspectos relacionados às motivações, facilidades e dificuldades que influenciaram o grau de implantação, bem como os efeitos decorrentes.

**Figura 2 – Desenho da pesquisa**



### 2.4.2 Técnicas de coleta de dados

Foram empregados os seguintes recursos técnicos para coleta de dados e informações:

#### 2.4.2.1 Entrevistas semiestruturadas

Foram elaborados três roteiros para a realização da coleta de dados através das entrevistas semiestruturadas com informantes-chave (Apêndice A). O primeiro roteiro foi elaborado para a entrevista com o Coordenador Geral de Sangue e



Hemoderivados, que propôs e liderou a implantação do programa na CSGH. O segundo roteiro foi elaborado para a entrevista com a responsável pelo Núcleo de Gestão da Qualidade (NGQ), que por sua vez liderou a operacionalização da implantação. O terceiro roteiro foi elaborado para as entrevistas com os responsáveis de área, os técnicos, assessores e consultores da CGSH, responsáveis pela incorporação da nova tecnologia gerencial em suas rotinas de trabalho. Buscou-se, com esta segmentação de roteiros, uma seleção intencional dos sujeitos com maior potencial de trazer informações e evidências relacionadas às Categorias de Análise definidas no Plano de Análise de Dados (Apêndice C).

Utilizando-se do critério de saturação (THIRY-CHERQUES, 2009), os conteúdos das respostas foram avaliados e as repetições anotadas. Ao alcançar o número de 19 informantes-chave entrevistados - 1 coordenador geral, 11 responsáveis de área e 7 integrantes das equipes de diversas áreas - verificou-se que nenhuma nova informação foi acrescentada, o que levou à cessação das entrevistas.

O perfil dos entrevistados foi estabelecido a partir de quatro características básicas apresentadas na Tabela 2. Quanto à posição de trabalho, além do Coordenador Geral, 57,39% dos entrevistados ocupavam a função de responsáveis de área e 36,84%, a função de integrantes de equipe (técnicos, consultores, assessores, apoio administrativo). Quanto ao tempo de trabalho na CGSH, a maioria (68,42%) está há mais de 5 anos na Coordenação Geral, vivenciando, portanto, todo o ciclo de implantação do programa. No que se refere à natureza do vínculo, a maioria dos entrevistados (63,16%) está vinculada por contrato temporário de trabalho, com dedicação exclusiva. Sobre a experiência com Gestão da Qualidade em outras organizações públicas ou privadas, 52,63% já haviam passado por algum tipo de implantação de programa, seja ISO 9001 (26,32%), GESPÚBLICA (10,53%) ou Gestão pela Qualidade Total GQT/Programa 5S (15,79%).

#### **2.4.2.2 Consulta a documentos do Sistema de Gestão da Qualidade**

Além das entrevistas com informantes-chave, visando a identificar evidências relacionadas às Categorias de Análise da pesquisa (Apêndice C), foram consultados

e avaliados diferentes tipos de documentos que integravam o Sistema de Gestão da CGSH. A relação dos documentos consultados consta do Apêndice E.

**Tabela 2 Perfil dos Entrevistados**

<b>CARACTERISTICAS</b>	<b>Nº (n=19)</b>
<b>1)- Posição de trabalho:</b>	
Coordenador Geral	1
Responsável de Área	11
Integrante de Equipe	7
<b>2)- Tempo de Trabalho na CGSH:</b>	
Menor que 1 ano	1
De 2 a 3 anos	1
De 3 a 4 anos	4
Acima de 5 anos	13
<b>3)- Natureza do Vínculo:</b>	
Servidor Público Federal	3
Servidor Público Municipal ou Estadual Disponibilizado	2
Contrato Temporário com Dedicção Exclusiva	12
Contrato Temporário sem Dedicção Exclusiva	2
<b>4)- Experiência com Gestão da Qualidade em outras Organizações:</b>	
Não	9
Sim:	
ISO9001	5
GESPUBLICA	2
Gestão da Qualidade Total (GQT) / 5S	3

Fonte: Elaboração própria

### **2.4.3 Processamento das informações**

As informações geradas a partir das entrevistas e os conteúdos dos documentos consultados foram avaliados com base na análise de conteúdo. Bardin (2011) avaliando o “terreno, o funcionamento e o objetivo” desta técnica, define a análise de conteúdo como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas dessas mensagens) (BARDIN, 2011 p.48).

Assim, as informações coletadas foram revisadas e classificadas segundo as categorias ou unidades de significado apresentadas no Apêndice D. Os dados foram processados conforme plano descrito no Apêndice E. As opiniões dos entrevistados foram comparadas entre si e com os documentos do Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ), no sentido de fortalecer a confiabilidade dos dados (VERGARA, 2008; MINAYO et al., 2005).

### **2.5 Limitações e vieses do estudo**

Por ter participado do processo de implantação do programa, na condição de membro da equipe da CGSH, a compreensão dos conceitos difundidos, a vivência das dificuldades e conquistar relacionadas à implantação dos componentes contribuíram tanto para a construção dos modelos lógicos como para a análise dos dados. Por outro lado, para manter o distanciamento necessário, na apresentação dos resultados e discussão, foram consideradas apenas as informações apresentadas pelos entrevistados, bem como os dados contidos nos documentos integrantes do Sistema de Gestão da Qualidade.

### **2.6 Considerações éticas**

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva, da Universidade Federal da Bahia, conforme estabelecido na Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Número de registro CAAE 30334814.4.00005030. Parecer 711.761.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.1 Motivação para implantação do Programa

As razões que levaram a direção da CGSH e sua equipe de trabalho a promover a implantação de um programa de gestão da qualidade foram, na opinião da maioria dos entrevistados (17 dos 19), a busca da melhoria da organização interna, com sistematização e padronização dos processos de trabalho; a definição de atribuições e competências; a organização de fluxos de documentos; e a garantia da memória organizacional.

A compreensão de que esta organização interna se constituiu em meio para, ao final, melhorar a satisfação dos clientes da CSGH, foi apresentada por um entrevistado que, embora reconhecendo na padronização da rotina o principal motivo para implantação do programa, destacou também que se procurava “atender melhor o cliente interno e externo”. (IFC14)

A possibilidade de promover a melhoria dos resultados, a partir da implantação do programa, foi apresentada pelo entrevistado IFC19:

“A finalidade era organização de processos [...] primeiro identificar os processos que existiam e tentar o aperfeiçoamento; poder avaliar resultados e trabalhar, a partir dos resultados alcançados, melhorias que pudessem ser implantadas” (IFC19).

Um motivo de caráter externo foi apresentado pelo entrevistado IFC17 que, após confirmar a necessidade de organização e sistematização interna dos processos de trabalho, destacou a importância de a implantação do programa ser vista, pela hemorrede, como um exemplo a ser seguido:

“Eu acho que inicialmente a perspectiva era essa (melhoria da organização interna). Mas também por outro lado existia a preocupação da nova gestão que estava chegando naquele período, em dar o exemplo para a rede. Porque como é que a gente podia querer que a hemorrede se organizasse numa perspectiva de padrão de qualidade e excelência se nós não tínhamos esse padrão estabelecido na própria Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados?” (IFC17)

No campo dos fatores motivadores da implantação do programa ISO9001 na CSGH, a busca pela certificação externa, atestada por organismo certificador

independente, foi considerada secundária em relação ao propósito de implantação de um modelo de gestão, conforme evidenciou o entrevistado IFC 01:

“Se buscava primeiro instituir um modelo de gestão profissional, digamos assim. Segundo transformar esse modelo de gestão profissional numa coisa que pudesse garantir a continuidade dessa implantação. Então o objetivo não era certificar. O objetivo era certificar para implantar um modelo de gestão que pudesse [...] garantir a continuidade disso. Para não se perder numa nova gestão por resultados. E aí a opção pela ISO foi justamente por isso. Não só para obter a certificação, para ter um processo de trabalho desse jeito, mas para garantir que esse processo de trabalho pudesse sobreviver.” (IFC01)

No conjunto, estes motivos se justificaram, em parte, na visão dos entrevistados, pelo ambiente gerencial da época:

“[...] faltava uma sistematização e uma análise mais aprofundada de como esses processos funcionavam, quais produtos que eles entregavam e quais resultados que eles apresentavam.” (IFC04)

“Antigamente, a gente trabalhava intuitivamente dizendo 80% reativo e 10% ou 20% planejado”. (IFC08)

“[...] o primeiro ponto era o olhar centralizador e distanciado da política nacional de sangue com os interessados da política, principalmente os hemocentros. Havia um medo exatamente porque no ponto da gestão, os grandes hemocentros do Brasil já estavam muito avançados. Um número bastante grande usa ferramenta tipo ONA (Organização Nacional de Acreditação) ou ISO [...]”. (IFC08)

“O que eu percebo é que antes, quando eu trabalhava antes, não existia essa organização. Os trabalhos eram muito confusos [...]”. (IFC09)

“antes, a Coordenação não tinha exatamente a definição de função, da missão, [...] não tinha uma estrutura que ficasse evidente, [...] eram coisas organizadas de uma forma meio sem saber exatamente como eram os encaminhamentos. [...] não existia processo de trabalho. Existia na verdade poucos trabalhos acontecendo. Era mais atendimento de demandas espontâneas e coisas que legalmente tinham que ser feitas.” (IFC09)

“A nossa Coordenação, sinceramente, não tinha organização de nada. De papel, de quem fazia e como fazia. [...] não tinha nem áreas definidas. A área [...] tinha pessoa responsável, mas não tinha processo, não tinha planos de ação. Ou seja, a gente não sabia para onde que ia. Essa era a

verdade, era muito difícil trabalhar. Principalmente com relação a documentação da Coordenação.” (IFC11)

“[...] não se tinha memória do que se fazia.” (IFC13)

“[...] os processos não eram sistematizados nem formalizados, eles ficavam no conhecimento do profissional que realizava o processo de trabalho.” (IFC17)

“para quem viveu a Coordenação como eu vivi [...] a casa nunca foi arrumada. Não era um organismo que trabalhava, com objetivo, com sincronia. As coisas eram deixadas muito vagas. Não havia sistematização de cobranças. Claro que tinham metas. Não eram metas claras. Cada um fazia mais ou menos aquilo que combinou, mas sem nenhuma sistematização.” (IFC18)

Foi visando a alterar este cenário gerencial de problemas, causados, em tese, pela falta de práticas sistemáticas de gerenciamento estratégico e da rotina, pelo baixo conhecimento da força de trabalho sobre gerenciamento baseado na Gestão da Qualidade e por condições de trabalho e estrutura deficientes (Modelo Lógico Causal) que a CGSH definiu a Gestão da Qualidade NBR ISO 9001:2008 como estratégia de intervenção, estabelecendo para isso um conjunto de atividades, objetivos e metas de implantação.

Pesquisa realizada por Sampaio, Saraiva e Rodrigues (2009) identificou que as motivações que levam as organizações a implantar programas de qualidade do tipo ISO 9001 podem ser tipificadas em motivações “internas”, relacionadas a melhoria dos processos gerenciais e motivações “externas”, relacionadas a pressões de fornecedores, clientes ou mercados. Estes autores identificaram que os gestores que buscam na implantação da ISO9001 uma oportunidade para melhoria dos processos e não apenas um mero certificado alcançam resultados mais positivos.

Neste mesmo sentido, dois estudos de caso realizados em empresas francesas do setor de informática por Vasconcelos e Vasconcelos (2004, p.148), identificaram duas maneiras distintas de implantação dos padrões ISO 9001: a primeira, designada pelos autores como “procedimentos em profundidade”, caracteriza-se pela busca da eficiência e eficácia organizacional e da legitimidade externa. A segunda, também chamada de “procedimentos instrumentais”, tem como objetivo apenas a legitimidade externa, caracterizando-se por uma implantação

aparente e superficial e, conseqüentemente, com menor possibilidade de mudanças efetivas.

Maekawa, Carvalho e Oliveira (2013, p.768) em um estudo do tipo *survey*, com uma amostra de 191 empresas, constataram três motivações para implantação, com concordância plena dos entrevistados: “melhoria na organização interna, maior eficiência produtiva e busca por maior confiabilidade dos consumidores na marca da empresa”.

Sá e Sintra (2008), num estudo sobre modernização administrativa municipal e gestão da qualidade em Portugal, assinalam igualmente que a melhoria da performance, a respeitabilidade e a satisfação dos cidadãos são os três elementos comuns na busca pela implantação desses programas.

Embora não sendo uma organização comercial atuando num mercado competitivo, o motivo apresentado pelo entrevistado IFC17, relacionado ao reconhecimento por parte da hemorrede pública como exemplo a ser seguido não deixa de ser um motivo “externo” de busca de confiança, mesmo não havendo evidências de pressão ou exigências de qualquer natureza para que a CGSH implantasse o programa.

A equipe dirigente da CGSH implantou o programa por motivos tipicamente “internos”, caracterizados pela busca da eficiência e da eficácia organizacional com ênfase em melhorias na organização, na rotina de processos e em resultados. Esta condição pode ter contribuído de forma importante para a mobilização inicial, a adesão de todos à iniciativa de mudança e, por conseguinte, para a sua implantação.

### 3.2 Grau de implantação do programa

O programa foi considerado, na avaliação global, como parcialmente implantado. (Figura 2).

**Figura 3 – Grau de Implantação**



A estrutura para implantação foi estabelecida formalmente, conforme consta no “funcionograma” organizacional, havendo uma responsável pela área da qualidade, uma equipe de apoio composta por três técnicos e uma estrutura material com estações de trabalho, computadores e material de apoio.

A implantação se deu a partir de seis processos ou componentes, conforme o modelo lógico operacional (figura 1). Na avaliação do primeiro componente – Implantação dos procedimentos requeridos, foram identificados os seis procedimentos gerenciais exigidos pela NBR ISO 9001 e mais quatro procedimentos criados para orientar a execução de práticas gerenciais. Constatou-se que estes dez procedimentos são documentados, atualizados e controlados através de uma “lista mestra”. Cada área da CGSH possui uma pasta específica do SGQ contendo cópia desses procedimentos. Este primeiro componente atingiu a pontuação máxima (1,0) quanto ao grau de implantação.

O segundo componente - capacitação da força de trabalho por área - atingiu a pontuação de 0,75 (parcialmente implantado). A implantação do modelo ISO 9001 exige preparação das equipes de trabalho. A CGSH realizou em 2010 (ano da



conquista da primeira etapa da certificação) seis cursos básicos relacionados à Norma ISO, além de proporcionar a participação de doze técnicos em curso de especialização lato senso referente à Acreditação de Serviços de Saúde. Em 2011, houve uma redução da oferta de capacitação. Foram realizados dois cursos. Em 2012, foram quatro cursos realizados e, em 2013, outros quatro cursos. De acordo com os registros de capacitação desses anos, o percentual médio de áreas com pessoal capacitado foi de 68%. Nas entrevistas com informantes chave, os entrevistados reconheceram que foram capacitados. Alguns destacaram, porém, a necessidade de continuidade da capacitação (IFC 01,02,04,11). Um dos entrevistados expressou não ser capaz de avaliar se a capacitação foi adequada (IFC02). Ainda com relação a este componente, vale destacar o ponto de vista do informante chave IFC03 que, indagado sobre a suficiência da capacitação, asseverou:

“[...]. Não todos. Eu acredito que os que estavam no início de quando foi tratado do assunto, de certificação, eu acredito que esses tiveram uma oportunidade maior dos que foram entrando no meio do processo da implantação. Os que foram entrando no processo da implantação, eles tiveram que ir aprendendo na prática. Com os outros colegas, pegando ideias com os outros, e isso eu digo por mim mesmo que foi um ponto que dificultou bastante.” (IFC03)

De fato, como evidenciado anteriormente, no primeiro ano de implantação do programa (2010), a oferta de cursos foi maior, reduzindo-se em seguida. Além desta constatação, segundo o informante chave IFC04, os novos integrantes, na atualidade, passam apenas por um treinamento introdutório onde o sistema de gestão da qualidade (e outros temas gerais da CGSH) é apresentado, mas a opinião é de que isso não está sendo suficiente.

Diferentes estudos (MAEKAWA; CARVALHO E OLIVEIRA, 2013; SANTOS e MAINIER, 2011; PINTO; CARVALHO; HO, 2005; NADAE; OLIVEIRA; OLIVERIA 2009; ABDULLAH; RAZAK; ANAFI; YUSOF, 2012) chamam atenção para o fato de que a capacitação, quando não adequada ou insuficiente, pode se tornar uma dificuldade para o avanço de programas do tipo ISO 9001. As evidências indicam que a capacitação para implantação do programa, no seu período inicial, foi suficiente. Entretanto, ao longo dos três anos de implantação houve uma redução e uma

estabilidade ao passo que neste mesmo período a força de trabalho sofreu um incremento de 31%, conforme registro da área de Gestão de Pessoas.

O terceiro componente da implantação – Mapeamento e padronização de processos - também atingiu a pontuação de 0,75 (parcialmente implantado). No âmbito de toda a CGSH, foram identificados 39 (trinta e nove) processos de trabalho agrupados em 12 (doze) áreas temáticas. Deste total, trinta (ou 77%) foram mapeados e padronizados. Restam ainda nove processos (23%), alguns ainda em estágios iniciais de identificação, descrição e padronização.

O mesmo ocorreu com o quarto componente – Adequação dos processos aos requisitos da Norma ISO - e com o quinto componente – Auditoria Interna de conformidade. São 77% dos processos adequados aos requisitos da ISO e as auditorias internas de conformidade ocorrem somente nestes processos, evidenciando o grau de parcialmente implantado (0,75).

Em nenhuma das auditorias internas analisadas, no período de 2010 a 2013, foram verificadas não conformidades de maior impacto ou abrangência. As não conformidades, em geral, estavam relacionadas ao controle de registros e documentos, ausência ou descumprimento de procedimentos e de prazos.

A certificação externa realizada por organismo certificador independente – sexto componente da implantação, alcançou dezoito processos até o momento, o que equivale a 46% do total identificado. A pontuação obtida para este componente foi de 0,5 (implantação incipiente). Isso se explica pelo fato de existirem doze processos que, embora estejam ajustados aos padrões da ISO9001, não foram incluídos na avaliação para certificação. Como 9 processos ainda estão em fase de adequação, temos, ao final, 21 processos não incluídos na avaliação externa (54% do total de processos identificados). Não foram igualmente identificadas não conformidades de maior impacto, que pudessem dificultar a conquista da certificação desses dezoito processos.

Em face dessa implantação parcial, verificou-se que o resultado intermediário (Modelo Lógico Operacional) - Conformidade com os requisitos da norma ISO 9001:2008 em toda CGSH - ainda não foi completamente conquistado.

### 3.3. Fatores que favoreceram a implantação

O fator mais evidenciado pelos informantes chave (dez informantes de um total de dezoito), para que este grau de implantação fosse alcançado, foi a disposição e a liderança do Coordenador Geral. Além do claro propósito estabelecido e do conhecimento que tinha, oriundo da experiência vivida em outro serviço de hemoterapia certificado, o Coordenador foi capaz de promover a mobilização e o compromisso de todos, conforme sintetizou o informante chave IFC17:

“o envolvimento, o comprometimento, a cumplicidade que ele conseguiu ao longo do tempo não só com o grupo que gerenciava as áreas, que o assessorava, mas com cada profissional. Ele procurou sensibilizar cada pessoa para a causa” (IFC17).

Diferentes autores, estudando os fatores críticos para o sucesso da implantação da ISO9001 ou mesmo analisando os obstáculos à implantação indicam que o compromisso e a liderança da direção são realmente decisivos para o sucesso ou insucesso do programa. (SAMPAIO; SARAIVA; RODRIGUES, 2009; SANTOS; MAINIER, 2011; MAEKAWA; CARVALHO; OLIVEIRA, 2013; NAJJAR; JAWAD, 2011).

Foram também considerados fatores favoráveis: a integração na equipe de um consultor técnico com experiência em SGQ oriundo da hemorrede (IFC 01,11) e de mais dois profissionais que também haviam vivido processos de implantação da qualidade em seus serviços de origem, juntamente com o Coordenador Geral (IFC 01,08); a implantação de forma participativa do programa com o envolvimento de todos e a liderança dos responsáveis de área (IFC03,04,08,10,11,13,15,16); o comprometimento, a motivação e o conhecimento da rotina por parte da equipe (IFC 07,09,13,14,15,19).

Outro fator apontado como facilitador da implantação foi o fato de a CGSH possuir orçamento específico, diferente de outras áreas do Ministério da Saúde, o que lhe conferia certa autonomia financeira (IFC 01,08). A existência de disponibilidade orçamentária contribuiu positivamente para que o programa fosse, de fato, implantado. Isso se deu devido a CGSH possuir metas no Plano Plurianual de

Governo e contar com projetos que puderam servir de suporte para execução das melhorias exigidas.

O perfil da força de trabalho quanto ao vínculo, de acordo com dois entrevistados, igualmente contribuiu para implantação do programa. Na CGSH, ela é constituída, na sua maioria, por técnicos e consultores contratados temporariamente e não por servidores de carreira do serviço público federal. Esta característica, para o informante chave IFC01, contribuiu para o avanço do programa:

“[...] pelas pessoas serem contratadas, acho que isso foi outra facilidade. Quer dizer, a gente tinha condição de formar uma equipe como a gente queria, fazendo a própria seleção, não só podendo escolher o perfil das pessoas e montar essa equipe. Acho isso fundamental. [...] pessoas novas, a gente estava formando todo mundo junto numa coisa nova, e agregando novas pessoas com perfil que a gente escolheu. Então eu acho que isso deu muita condição.” (IFC01)

Esta percepção foi corroborada pelo informante chave IFC08 ao destacar a receptividade da força de trabalho, associando-a a “precariedade dos contratos de trabalho e à necessidade de melhorias constantes”.

A CGSH é composta na sua grande maioria por técnicos, assessores e consultores cujo vínculo de trabalho se dá através de projetos e programas, sendo, portanto, de caráter temporário. Até 2014, o número de servidores federais efetivos não representava 10% do total da força de trabalho. Ao longo do período entre 2008 à 2013, o quantitativo total de pessoal subiu de 29 para 62 técnicos, evidenciando um considerável crescimento.

De fato, realizando um processo de seleção simplificado e admitindo, com isso, pessoal com perfil mais adequado ao programa, pode-se formar uma equipe com potencial mais favorável ao bom desempenho e adesão à proposta. A CGSH usufruiu dessa possibilidade e isso pode ter colaborado de forma positiva para a adesão e a evolução da implantação do programa. A questão, entretanto, não deixa de ser controversa.

Na linha do pensamento defendido pelos dois informantes chave (IFC01 e 08), um estudo realizado por Guimarães, Vaghetti, Lunardi Filho e Gomes (2011) referente ao gerenciamento do pessoal de enfermagem detentor de estabilidade (servidores de um hospital público) identificou, em um dos seus achados, que os

profissionais efetivos e, portanto, estáveis não apresentavam um comprometimento com a qualidade assistencial, na intensidade que se esperava. A estabilidade foi apontada como promotora da falta de compromisso com o desempenho, fazendo-se o mínimo quando poderiam fazer o máximo.

Em direção oposta, Souza (2002), estudando a influência exercida pelo mérito, estabilidade e desempenho na conduta do servidor público, refuta a tese de que a estabilidade seja causadora do mau desempenho ou do desinteresse do servidor para ações que buscam melhoria do desempenho.

Não obstante as diferentes posições, cabe destacar que, se no passado a natureza temporária dos vínculos e a possibilidade de uma contratação simplificada da equipe contribuiu para maior adesão e implantação do programa na CGSH, no futuro, havendo encerramento dos projetos e programas aos quais está vinculada esta força de trabalho, ou mesmo, ocorrendo um aumento da rotatividade laboral, a consolidação do programa pode ficar prejudicada, uma vez que as competências e as habilidades adquiridas seguem os seus detentores. O que foi uma facilidade pode, portanto, transformar-se numa grande fragilidade.

### **3.4. Fatores que dificultaram a implantação**

Foram considerados fatores que dificultaram a implantação do programa, segundo os entrevistados: a resistência à padronização de processos porque, com ela, aumentam as exigências para uma melhor qualidade do trabalho, forçando o profissional a sair da zona de conforto (IFC 14,17); a não percepção de utilidade das práticas na melhoria da rotina (IFC 09,12,15); a natureza do modelo ISO 9001 e sua aplicação no serviço público (IFC 08); a falta de um sistema de gestão informatizado (IFC 03 e 04); e a dificuldade de entendimento dos padrões da norma ISO por parte de membros (IFC 04,11.18).

Na opinião do entrevistado IFC08, um fator de caráter “cultural-ideológico” também contribuiu, sobretudo nas etapas iniciais, para dificultar a implantação do programa:

“[...] a grande dificuldade foi, primeiro, a resistência que o pessoal do movimento sanitário tem com relação aos programas de qualidade. Ainda há uma resistência muito grande, acho que biológica, por conta de ser um processo desenvolvido para o mercado privado, uma ferramenta de

produção mesmo. De muito de toyotismo, muito de fordismo, que as pessoas ligadas às esquerdas têm uma resistência maior, principalmente de cunho ideológico. A grande dificuldade que eu tive foi que eu estava no meio de um processo e o pessoal de cima, meus diretores, minhas chefias, elas não acreditaram na efetividade, na eficácia ou no uso da ISO como ferramenta de planejamento e de gestão mesmo. Então essa talvez foi a maior dificuldade [...]”. (IFC 08)

Este fator de dificuldade foi perdendo força na medida em que os benefícios foram sendo percebidos, conforme concluiu o entrevistado:

“[...] embora a demonstração de não credibilidade, ou de duvidar das ferramentas ISO, que são ferramentas do setor produtivo, como ferramentas dentro do setor público, na medida que as pessoas que estavam dentro do departamento, começavam a notar que a agilidade e a documentação, que o retrabalho era muito menor dentro da Coordenação do Sangue, isso passou a ser respeitado, passou a ser um diferencial. [...] na realidade, num olhar pragmático, não valeria a pena ter a ISO se isso não fizesse presente. Se as pessoas não percebessem a diferença.” (IFC 08)

Estudo realizado por Maekaw, Carvalho e Oliveira (2013) identificou pelo menos sete dificuldades para implantação do Sistemas de Gestão da Qualidade, sendo a principal delas relacionada à resistência dos funcionários, seguida do pouco envolvimento da gerência intermediária, pouco apoio da alta administração, altos custos de implantação, dificuldades no entendimento da metodologia e das técnicas envolvidas, falta de capacitação técnica dos trabalhadores e por, fim, falta de infraestrutura organizacional.

Se, por um lado, a CGSH contou com forte atuação das lideranças na implantação do programa, com certa disponibilidade de recursos e apoio geral das equipes, de outro, conforme os próprios depoimentos, enfrentou resistências, sejam operacionais, relacionadas à falta de sistema de informática, falta de compreensão do programa, sejam ideológicas e culturais, relacionadas à percepção de utilidade e aplicabilidade do programa devido à sua natureza.

Sobre a aplicabilidade ou não de programas do tipo ISO9001 em organizações públicas como a CGSH, cabe destacar o trabalho de Bergue e Klering (2010). Estes autores, a partir das contribuições trazidas pelo sociólogo Alberto Guerrero Ramos, na formulação do conceito de Redução Sociológica, analisaram o fenômeno da

transposição de tecnologias gerenciais do setor privado para a esfera da Administração Pública, especialmente a aplicação da ISO9001, concluindo:

No particular, a análise conceitual sugere que a gestão pela qualidade e a certificação ISO 9001, ora tomadas como tecnologias gerenciais e objetos de análise, em termos de pressupostos instrumentais de organização e conceitos gerenciais, são compatíveis com a organização pública, e que, como aquelas, estende o alcance de seus elementos constitutivos essenciais aos postulados do pensamento administrativo clássico (BERGUE; KLERING, 2010, p.150).

Analisando os problemas relacionados à implantação dos sistemas de gestão da qualidade com vistas à sustentabilidade e ao desenvolvimento organizacional, Kaziliunas (2012) defende igualmente que as organizações “orientadas para o controle”, caracterizadas pelo uso do conhecimento explícito (normas, procedimentos, regulamentos e processos padronizados) se beneficiam mais com as normas ISO9000 do que as organizações “orientadas para a criatividade” (uso do conhecimento tácito).

Marin (2012), desenvolvendo um estudo crítico sobre Sistemas de Gestão da Qualidade ISO9001 na administração Pública Brasileira, concluiu igualmente que:

[...] os sistemas de gestão da qualidade baseados na norma ISO 9001 apresentam muitos pontos em comum com o paradigma burocrático de gestão. Essa afirmação pode surpreender muitos entusiastas do padrão normativo ISO 9001, mas não quer dizer que a ferramenta não possa trazer benefícios em determinados contextos e situações, ou que os princípios gerenciais que nortearam sua construção não devam ser perseguidos como princípios orientadores de uma nova gestão pública que atenda efetivamente as expectativas dos cidadãos (MARIN, 2012, p.17).

Apesar de representar um modelo aplicável com possibilidade de êxito em organizações públicas, a incorporação desta tecnologia gerencial não prescinde de ajustamentos, adequações e contextualizações, visando a particularizar o seu emprego e vencer as dificuldades naturais inerentes às iniciativas de mudanças organizacionais.

As informações apresentadas pelo informante chave IFC08 indicam que na fase inicial a resistência relacionada à aplicabilidade do programa face à natureza da

organização foi maior, sendo reduzida ao longo do tempo, especialmente devido à apresentação dos primeiros resultados.

### 3.5 Efeitos percebidos

A maioria dos entrevistados (16) apontou a organização e a padronização dos processos como o maior efeito percebido. A prática do planejamento, a sistematização da informação e a existência de indicadores com metas estabelecidas, incluindo as séries históricas de dados, também foram efeitos identificados:

“E todas as análises críticas que a gente vai fazendo, com relação às coisas mais essenciais, que eu vejo como desenvolvimento das pessoas e o clima organizacional, o próprio acompanhamento de indicadores mostra essa evolução e eu acho que o reconhecimento externo não só da certificação mas o reconhecimento externo dos pares dentro do Ministério. Os nossos clientes principalmente externos também, a hemorrede pública e outras parcerias que a gente tem.” (IFC01)

“E aí eu consegui não apenas demonstrar os resultados, mas sistematizar a maneira como nós calculamos e buscamos esse resultado, como nós trabalhamos em prol dos resultados, demonstrando isso para os gestores de áreas outras do Ministério. Isso facilitou muito para nós. Isso foi muito positivo para nós” (IFC 19)

“O sistema de gestão da qualidade permitiu organizar meu trabalho e eu também ter noção, clareza organizacional do todo, onde a coordenação quer chegar, onde minha área esta inserida no todo.” (IFC06)

“Antigamente, a gente trabalhava, intuitivamente dizendo, 80% reativo e 10%, 20% planejado. Hoje o processo inverteu. Hoje a quantidade reativa é 10% a 15%. E os processos estão girando dentro de uma programação anual ou quinquenal, de acordo com o planejamento estratégico e com o mapeamento dos processos que foram desenhados dentro da coordenação.” (IFC08).

No âmbito do desempenho organizacional e como consequência do melhoramento dos processos, o IFC 08 destacou que:

“A gente conseguiu fazer isso de uma maneira extremamente eficiente e eficaz. O Brasil foi reconhecido pela Federação Mundial como o país que mais avançou nos últimos cinco anos. [...]. Eu imputo isso a ISO. Por quê? Porque a cada processo licitatório que se levantava para comprar o



medicamento, esse processo durava mais ou menos quatro, cinco, seis meses. E a gente chegou em alguns momentos a trazer isso para quinze, vinte dias.” (IFC08)

Esta percepção específica sobre os efeitos que o programa trouxe para a atividade de compra e distribuição de medicamento foi também confirmada pelo entrevistado IFC 13, que declarou:

“Esse processo está organizado. Então hoje ele está mais claro para nós. A sua operacionalização. Então hoje eu consigo, da forma como a gente está organizado, fazer toda a previsão, solicitação e disponibilização dos fatores de coagulação. Isso foi um ganho.” (IFC13)

Com a implantação do programa da Qualidade ISO 9001, a CGSH estabeleceu seus “Objetivos da Qualidade”. Para cada um desses objetivos são estabelecidas metas a serem alcançadas no horizonte de doze meses. Um desses objetivos é “Garantir a disponibilidade para atendimento da demanda do medicamento Fator VIII”. Conforme dados apresentados, a meta assumida em 2011 era ofertar 3UI per capita. Para esse ano, a CGSH conseguiu ofertar 1,46 UI, subindo para 3,07 UI em 2012 e 3,09 UI em 2013, confirmando as entrevistas que destacaram a melhoria do desempenho quanto à distribuição deste medicamento.

Além deste objetivo, foi destacado pelo entrevistado IFC08 que o objetivo relacionado à execução orçamentária também teve bom desempenho como consequência das ações de melhoria e adequação de processos implantados através do programa da qualidade ISO 9001:

“Quando eu cheguei em 2007 era uma execução orçamentária de 70%. Então, exatamente por causa, principalmente, da formatação dos projetos de convênio ou os projetos de liberação financeira. Como não havia uma padronização e um controle disso também, a execução desses projetos, a finalização e a liberação do dinheiro era 70%. 30% do orçamento era devolvido para o Tesouro por não execução. Era vergonhoso. Mas terminamos com 105% de execução orçamentária. Saímos de um orçamento de 170 milhões para quase 800 milhões.[...]. Quer dizer, tudo isso na realidade era produto da eficiência dos processos com relação a fazer com que as coisas acontecessem.”(IFC08)

Da análise do indicador mencionado pelo entrevistado verifica-se que em 2011 a execução orçamentária chegou a 98,39%, em 2012 a 99,96% e em 2013 houve uma grande queda, chegando a apenas 58,16% devido, segundo registros

dos resumos executivos, a um grande contingenciamento do orçamento realizado pelo Governo Federal.

A Satisfação do Cliente é considerada o principal fundamento dos Sistemas de Gestão da Qualidade. A própria Norma relacionada a fundamentos e terminologias define este sistema como uma parte do sistema de gestão organizacional que visa, como resultados, (e, portanto, efeitos) a satisfazer as necessidades e as expectativas das partes interessadas (ABNT, 2005).

No programa implantado na CGSH, a satisfação do cliente passou a ser avaliada periodicamente, em diferentes áreas ou processos conforme resultados apresentados na tabela 3 a seguir:

**Tabela 3 Resultados de satisfação do cliente**

% de Satisfação do Cliente da área/processo:	2011	2012*	2013	2014
Gestão de Convênios	60%	71%	72%	
Eventos	85%	52%	75%	72%
Assessoria em Gestão de Equipamentos	-	-	85%	
Assessoria em Gestão Ambiental	-	-	97%	
Gestão da Infraestrutura	-	-	93%	
Tecnologias limpas	-	-	100%	
Programa Nacional de Qualificação	89%	73%	75%	85%
Gestão da Informação	-	-	25%	28,57%
Avaliação Externa de Qualidade Sorologia	-	-	47%	38%
Avaliação Externa de Qualidade Imuno	-	-	46%	29,60%
Avaliação Externa de Qualidade Hemo	-	-	-	22%
Avaliação Externa de Qualidade NAT	-	-	-	15,38%
Promoção da Captação de Doador	-	-	9,52%	

Fonte: Registros de análise crítica CGSH – Dez.2014

\* A partir deste ano houve mudança no método de calculo.

Dos registros identificados e apresentados na Tabela 3, pode-se verificar que apenas três processos possuem uma série histórica de três medições anuais, a partir de 2011. Isso se explica pelo fato de que foram os três primeiros processos a alcançar a certificação, passando por melhorias e ajustes desde o início do

programa. A maioria dos processos (oito) iniciou a avaliação da satisfação do cliente em 2013, sendo que apenas três possuem duas medições (2013 e 2014), o que limita a avaliação de tendência dos resultados.

Outro aspecto, ainda na avaliação da satisfação do cliente, relaciona-se às metas estabelecidas. Nos primeiros dois anos do programa (2010 e 2011), para os três processos que já estavam adequados ao modelo ISO9001, estabeleceu-se uma meta de 85% de satisfação global a ser perseguida, considerando, para apuração deste valor, numa escala que variava de 1 a 4, o somatório das respostas marcadas em 3 e 4 (Satisfação Boa e Ótima).

Em reunião realizada nos dias 16 e 17 de maio de 2012, conforme registrado no resumo executivo, o grupo gestor decidiu considerar para efeitos de avaliação da meta somente as respostas marcadas na escala 4 (Ótima Satisfação). A justificativa apresentada foi que a satisfação dos clientes, considerando a soma das escalas, já estava atingindo 100%. Um novo desafio era necessário. O grupo gestor decidiu então considerar apenas a escala 4 e estabelecer a meta de satisfação para 65% (por considerar este valor desafiador, a partir da análise das séries históricas dos processos existentes).

Analisando os resultados da Tabela 3, constata-se que seis processos ainda estão muito aquém desta nova meta quanto à satisfação do cliente (Gestão da Informação; Avaliação Externa de Qualidade Sorologia; Avaliação Externa de Qualidade Imuno; Avaliação Externa de Qualidade Hemo; Avaliação Externa de Qualidade NAT; Promoção da Captação de Doador), evidenciando necessidades de melhorias, ajustes e aperfeiçoamentos.

Quanto ao indicador “número de melhorias de processos realizadas” observou-se um crescimento de 17 em 2011, para 21 em 2012 e 30 em 2013.

A CGSH, no âmbito da Gestão de Pessoas, promove anualmente uma pesquisa de “clima organizacional” com o propósito de avaliar a satisfação dos técnicos, consultores e funcionários de apoio quanto a diferentes aspectos da gestão organizacional. Esta pesquisa tem o caráter de anonimato, sendo realizada através da Internet, sem participação de entrevistador. A adesão à pesquisa é voluntária e também medida. Os registros apresentados pela área de Gestão de Pessoas evidenciaram que a adesão subiu de 73% em 2008 para 83,33% em 2012. Em 2013

foi registrada uma variação para menor, alcançando 80% de adesão. Nesta pesquisa, no período de 2008 a 2012, os entrevistados eram perguntados sobre a satisfação com o Programa da Qualidade. Em 2008, esta satisfação era de 61%, chegando em 2011 a 92,50% e depois, em 2012, registrando uma queda para 86,67%. Em 2013 e 2014, esta pergunta referente à satisfação com o programa da qualidade não foi incluída na pesquisa, não sendo identificadas em nenhum registro de resumo executivo ou depoimento de informante chave as razões da exclusão.

Diferentes entrevistados destacaram um efeito negativo decorrente da implantação do programa - o volume de trabalho acrescido à rotina:

“O volume de trabalho que a coordenação tem e o volume do trabalho que o sistema (SGQ) traz junto”. (IFC02)

“Talvez a demanda na implantação tome muito tempo já que a gente tem demandas constantes e solicitações”. (IFC09)

“[...] Considerando a Coordenação como um todo, o que eu vejo com a implantação da gestão da qualidade é que aumenta-se a demanda de trabalho”. (IFC11)

“[...] eu acho que é um trabalho a mais. [...] passa ser a rotina, mas não deixa de existir o trabalho paralelo da revisão dos procedimentos, da revisão dos formulários, da organização dessa documentação dentro do próprio processo da qualidade.” (IFC17)

“A maior dificuldade sem dúvida alguma é o tempo para execução das atividades. Há um entendimento nosso de que todas as vezes que nós implantamos, sugerimos melhorias, essas melhorias retornam como mais atividades para nós.” (IFC19)

Este volume de trabalho acrescido à rotina foi apontado por alguns entrevistados como a possível causa de resistências ainda existentes quanto ao programa (IFC 03, 04,05,06,07,09,10,12,15,16,19).

Abdullah, Razak, Anafi e Yusof (2012), estudando as barreiras para implantação da ISO9001 em organizações locais do setor público, identificaram o incremento da carga de trabalho como um efeito decorrente, capaz de dificultar a evolução do programa. No mesmo sentido, Stoimenova, Stoilova e Petrova (2014), analisando a Certificação ISO9001 em hospitais, identificaram que, embora a iniciativa tenha ajudado a aumentar a eficiência operacional, reduzir os erros, produzir uma abordagem mais preventiva em vez de reativa, melhorando a

segurança do paciente, o aumento da carga de trabalho e documentos foi percebido como fator dificultador.

A melhoria das condições de trabalho e infraestrutura, apontadas como uma das estratégias para a solução dos problemas gerenciais da CGSH, não foi identificada como benefício decorrente da implantação do programa, nem mesmo como algo que tenha ocorrido ao longo do período avaliado. Ao contrário, o informante chave IFC08 apontou que, embora o “espaço físico” fosse uma “questão importante” houve uma demora para a concretização da mudança da CGSH, do edifício sede do Ministério da Saúde para o “novo Edifício Premium”. Além dessa demora, o novo espaço era muito pequeno e isso provocou insatisfações, uma vez que não existiam sequer estações de trabalho para todas as pessoas. A partir destas evidências, conclui-se que tanto a causa relacionada às condições de trabalho (modelo lógico causal) quanto a hipótese de intervenção 3 – Melhorar as condições de trabalho e infraestrutura - não foram confirmadas, apesar do grau de implantação e dos benefícios identificados.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) modelo NBR ISO 9001:2008 encontra-se parcialmente implantado na CGSH/MS. Em termos de seus componentes, é completa a implantação dos procedimentos e são parciais as implantações da capacitação da força de trabalho, do mapeamento e da padronização dos processos, da adequação aos requisitos da ISO 9001 e das auditorias internas. Devido à existência de 12 processos já ajustados, mas ainda não apresentados para avaliação externa, e nove processos em fase de preparação, o componente referente à certificação externa apresentou implantação incipiente.

O elemento de maior destaque nos fatores que favoreceram a implantação foi a liderança desempenhada pelo Coordenador Geral, seguida e reproduzida pelos responsáveis de áreas junto às suas respectivas equipes de trabalho. Cabe ressaltar, todavia, que, num ambiente como o que a CGSH/MS está inserida, as alternâncias de direção são comuns e o futuro do programa vai depender da maior ou menor disposição dos novos dirigentes e responsáveis de área. Semelhante análise pode ser feita em relação à precariedade dos vínculos, vista como um fator facilitador no momento presente. A interrupção dos programas e projetos, tão comum nas mudanças de governos e nos ajustes orçamentários da Administração Pública brasileira, pode, de uma hora para outra, promover uma ruptura na composição da força de trabalho com repercussão no Sistema de Gestão da Qualidade.

Com o passar do tempo, as dificuldades identificadas, na percepção interna, foram diminuindo seu impacto na implantação do programa. Quanto à aplicabilidade desta tecnologia gerencial, no ambiente das organizações públicas, vale ressaltar que, no cenário nacional ou internacional, o seu emprego como instrumento de intervenção e melhoria da gestão tem crescido. Os resultados apresentados pela CGSH até o momento, decorrentes da experiência de implantação, sinalizam na direção de uma aderência positiva, o que não dispensa a necessidade de uma postura crítica durante a assimilação e ao longo de todo o percurso da sua incorporação, como sugeriu Ramos (1965) em seu ensaio seminal sobre a Redução

Sociológica e como avaliou Bergue e Klering (2010), especificamente sobre a utilização da ISO9001 em organizações públicas.

Os benefícios já percebidos, com o alcance de bons resultados organizacionais, indicam que a implantação melhorou o desempenho do serviço. Estes efeitos, todavia, por razão da própria natureza de um Sistema de Gestão da Qualidade, devem alcançar, ao final de tudo, os clientes, os cidadãos e as organizações destinatárias dos serviços oferecidos pela CGSH/MS. Os resultados apresentados referentes a esta satisfação, para alguns processos, ainda estão aquém do definido como meta e, ao mesmo tempo, estão em fase inicial de medição e análise, evidenciando um caminho a ser ainda percorrido.

No campo dos efeitos, dois elementos apontados pelo estudo devem ser objeto da atenção: o acréscimo de trabalho sentido pelos técnicos e as condições de trabalho e infraestrutura. Quanto ao primeiro elemento, este fator pode vir a ser uma ameaça à continuidade do Sistema de Gestão da Qualidade. Uma barreira silenciosamente erguida durante o processo de implantação. O atual desafio da CGSH é, portanto, encontrar o ponto de equilíbrio em que a melhoria do desempenho não exija um esforço percebido como excessivo pelos profissionais. Em relação ao segundo, pode-se estar diante de uma importante força restritiva que por razões de limitação do próprio estudo não vieram à tona, embora um informante chave (IFC08) o tenha como obstáculo não superado, sugerindo, portanto atenção por parte da organização.

Assim, as evidências constatadas neste estudo, referentes a motivações, facilidades, dificuldades e efeitos da implantação do Sistema de Gestão da Qualidade ISO 9001, na sua versão 2008, corroboraram os achados dos estudos realizados em diferentes tipos de organizações nacionais e internacionais, públicas ou privadas, demonstrando não apenas o potencial do instrumento para melhorar a gestão, como também os desafios e as limitações que surgem a partir do seu emprego. Os Sistemas de Gestão da Qualidade (SGQ), quando implantados com o propósito de melhoria interna do desempenho e não simplesmente para conquista de certificação ou reconhecimento externo, podem produzir efeitos positivos na organização e padronização dos processos de trabalho e nos resultados organizacionais.

Vale ressaltar, finalmente, o aspecto metodológico que norteou a realização deste trabalho. A partir dos elementos conceituais inerentes ao modelo ISO e,

especialmente, a partir das intenções e dos objetivos esperados pela equipe gestora do programa, foi construída a teoria do programa, com a elaboração dos modelos lógicos, buscando estabelecer as relações existentes entre o problema identificado e suas causas (modelo lógico causal), as atividades de implantação do programa (modelo lógico operacional) e os efeitos decorrentes (modelo lógico teórico). Esta opção metodológica, não identificada ainda nos diversos estudos sobre a implantação da ISO 9001, ampliou as possibilidades de compreensão dos fenômenos que influenciaram o grau de implantação do programa, ao mesmo tempo que evidenciou os efeitos já percebidos.

Com estes resultados, a equipe gestora poderá rever os diferentes aspectos da sua experiência de implantação até o momento, estabelecendo novas estratégias para manutenção e continuidade do programa, rumo à certificação de toda CGSH e à melhoria do desempenho organizacional.

Além disso, como a CGSH/MS está fomentando a adoção da ISO 9001 em 19 serviços de Hemoterapia, nas hemorredes estaduais, através de convênios já firmados para 2015, estes resultados podem contribuir para que os gestores desses serviços ampliem as possibilidades de êxito nas implantações, definindo, a priori, estratégias para o enfrentamento das dificuldades, bem como para potencialização dos fatores facilitadores.



## REFERÊNCIAS

ABDULLAH, S.; RAZAK, A.A.; HANAF, M.H.; YOUSOF, N.A.; Quality management systems within the public sector: The case of ISO 9000 implementation barriers in Malaysian local government. ISOR Journal of Business and Management. Volume 5, nov-dec. Malaysia, 2012. Disponível em: <http://iosrjournals.org/iosr-jbm/papers/Vol5-issue5/F0554247.pdf> Acesso em: 22/11/2014

ABNT NBR ISO 9001:2008 versão corrigida: 2009; Sistema de Gestão da Qualidade – Requisitos – Associação Brasileira de Normas Técnicas, 2009

ABNT NBR ISO 9000:2005 – Sistema de Gestão da Qualidade – Fundamentos e vocabulário. Associação Brasileira de Normas Técnicas, 2005.

BERGUE, S.T.; Modelos de Gestão em Organizações Públicas – Teorias e tecnologias para análise e transformação organizacional. Educs. Caxias do Sul, RS. 2011

\_\_\_\_\_ ; KLERING, L.R.; A redução sociológica no processo de transposição de tecnologias gerenciais. Revista O&S, Salvador, UFBA, v17 – n.52, p137-155 – Jan/Março, 2010.

BARDIN, L.; Análise de Conteúdo, edição revista e ampliada. Edições 70, São Paulo, 2011.

BRASIL. Plano Diretor de Reforma do Aparelho de Estado. Câmara de Reforma do Estado. Brasília, 1995. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/PlanoDiretor/planodiretor.pdf>. Acesso em 25/10/2013.

BRASIL. Decreto nº 5.378 de 23 de fevereiro de 2005. Institui o Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização - GESPÚBLICA e o Comitê Gestor do Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização, e dá outras providências. Brasília, 2005. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/Decreto/D5378.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/Decreto/D5378.htm). Acesso em 25/10/2013.

BRASIL. Decreto nº 3.990, de 30 de outubro de 2001. Regulamenta o art. 26 da Lei no 10.205, de 21 de março de 2001, que dispõe sobre a coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, e estabelece o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades. Brasília, 2001. Disponível em: <http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/100625/decreto-3990-01>>. Acesso em 25/10/2013.

BRASIL. Lei 10.205 de 21 de março de 2001. Regulamenta o § 4o do art. 199 da Constituição Federal, relativo à coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, estabelece o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades, e dá outras providências. Brasília 2001. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10205.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10205.htm). Acesso em 25/10/2013.

BRASIL. Documento de Referência 2008-2009. GESPÚBLICA. Programa Nacional de Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização. Documento 1. Secretaria de Gestão do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Brasília, 2009. Disponível em: <[http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/seges/forum\\_nacional\\_gp/Documento\\_referencia2009\\_29abr.pdf](http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/seges/forum_nacional_gp/Documento_referencia2009_29abr.pdf)>. Acesso em 25/10/2013.

CHAMPAGNE, F.; BROUSSELLE, A.; CONTANDRIOPOULOS, A.; HARTZ, Z. (Org.) Avaliação conceitos e métodos. Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro 2011.

CROFT, N.; ISO 9001:2008 Pequenas mudanças, grandes oportunidades. Um guia interpretativo da ISO 9001:2008. 2009.

DEMING, W.E.; Qualidade: A revolução da Administração. Editora Marques-Saraiva. Rio de Janeiro, 1990.

DONABEDIAN, A.; Garantia y monitoria de calidad de la atención médica: um texto introdutório. 1ª. Edição. ENSAP, México, 1990

GASTAL, F.L.; ROESSLER, I.F.; Talsa – Treinamento em Avaliação de serviços, licenciamento sanitário e acreditação. Multiplicadores. Avaliação e Qualidade – Módulo 2. Organização Nacional de Acreditação ONA. Brasília, 2006.

GUIMARÃES, A.T., VAGHETTI, H.H., LUNARDI FILHO, W.D., GOMES, G.C.; Gerenciamento do Pessoal de enfermagem com estabilidade no emprego: percepção de enfermeiros. Revista Brasileira de Enfermagem. Set/Out. 64(5). p.905-911. Brasília, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672011000500016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000500016). Acesso em: 22/11/2014

HARTZ, Z.M.A.; SILVA, L.M.V.; Avaliação em Saúde – dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. EDUFBA, Salvador; Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2005.

HARTZ, Z.M.A (Org.); Avaliação em Saúde – dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas. Editora FIOCRUZ, 1997.

KAZILIUNAS, A.; Problems while implementing systems for a sustainable development of organizations. Ekonomika ir vadyba: Aktualijos ir perspektyvos. 4(28). P.90-98. Lithuania, 2012. Disponível em: [http://www.su.lt/bylos/mokslo\\_leidiniai/ekonomika/2012\\_4\\_28/kaziliunas.pdf](http://www.su.lt/bylos/mokslo_leidiniai/ekonomika/2012_4_28/kaziliunas.pdf). Acesso em: 22/11/2014.

MAEKAWA, R.; CARVALHO, M.M.; OLIVEIRA, O.J.; Um estudo sobre a certificação ISO 9001 no Brasil: Mapeamento de motivações, benefícios e dificuldades. Revista Gestão e Produção. Universidade Federal de São Carlos. V.20. Nº 4, p.763-779. São Carlos, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-530X2013000400002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-530X2013000400002). Acesso em: 22/11/2014.

MALIK, A.M.; NETO, G.V.; Gestão em Saúde. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2011.

MARIN, P.L.; Sistema de Gestão da Qualidade e Certificação ISO 9001 na Administração Pública: Uma análise Crítica. In: V Congresso CONSAD de Gestão Pública 2012. Brasília. Disponível em: <<http://consadnacional.org.br/wp-content/uploads/2013/05/184-SISTEMAS-DE-GEST%C3%83O-DA-QUALIDADE-E-CERTIFICA%C3%87%C3%83O-ISO-9001-NA-ADMINISTRA%C3%87%C3%83O-P%C3%9ABLICA-UMA-AN%C3%81LISE-CR%C3%8DTICA.pdf>>. Acesso em 25/10/2013.

MARANHÃO, M.; ISO série 9000 – Manual de Implantação- Versão 2008. Editora QualityMark. 9ª edição. Rio de Janeiro, 2011.

MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R., (Org.) Avaliação por Triangulação de Métodos – Abordagem de Programas Sociais. Editora Fiocruz , Rio de Janeiro, 2005.

MOTA, H.O.P.; Implantação da Certificação ABNT NBR ISO 9001:2008 no Serviço Público: Estudo de caso da Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso – TCC (Especialização), Fundação Oswaldo Cruz Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2013 .

NADDAE J.; OLIVEIRA, O.J.; Um estudo sobre a adoção de programas e ferramentas da qualidade em empresas certificadas ISO 9001: Comparativo entre uma empresa do setor gráfico e outra de baterias automotivas. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. XII SEMEAD – Semana de Administração Fea-Usp. São Paulo, 2009. Disponível em: [http://www.researchgate.net/publication/242620614\\_Titulo\\_do\\_trabalho\\_Um\\_estudo\\_sobre\\_a\\_adoo\\_de\\_programas\\_e\\_ferramentas\\_da\\_qualidade\\_em\\_empresas\\_certificadas\\_ISO\\_9001\\_Comparativo\\_entre\\_uma\\_empresa\\_do\\_setor\\_grfico\\_e\\_outra\\_do\\_setor\\_de\\_baterias\\_automotivas](http://www.researchgate.net/publication/242620614_Titulo_do_trabalho_Um_estudo_sobre_a_adoo_de_programas_e_ferramentas_da_qualidade_em_empresas_certificadas_ISO_9001_Comparativo_entre_uma_empresa_do_setor_grfico_e_outra_do_setor_de_baterias_automotivas). Acesso em: 22/11/2014.

NAJJA, S.M.; JAWAD, M.; ISO 9001 implementation barreirs and misconceptions: An empirical study. International Journal of Business Administration. Vol. 2. Nº3. August. Baghdad, 2011. Disponível em: <http://www.sciedu.ca/journal/index.php/ijba/article/view/347>. Acesso em: 22/11/2014

PINTO, S.H.B.; CARVALHO, M.M.; HO, L.L.; Implementação de programas de qualidade: Um survey em empresas de grande porte no Brasil. Universidade Federal de São Carlos. Revista Gestão e Produção. V.13. Nº 2, p.191-203. São Carlos, 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-530X2006000200003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-530X2006000200003). Acesso em: 22/11/2014.

RAMOS, A.G; A redução sociológica (introdução ao estudo da razão sociológica). 2ª Edição, corrigida e aumentada. . Rio de Janeiro, Edições Tempo Brasileiro 1965.

ROCHA, J.A.O.; Gestão da Qualidade – Aplicação aos Serviços Públicos. Escolar Editora, 2ª edição. Lisboa, 2011.

SÁ, P.M.; SINTRA, O.F.; Modernização administrativa e gestão da qualidade em estudo empírico nos municípios portugueses. Notas Económicas. P. 57 a 80, Lisboa, Junho de 2008. Disponível em: <http://notas-economicas.fe.uc.pt/texts/ne027n0192.pdf> . Acesso em: 22/11/2014.

SAMPAIO, P.;SARAIVA, P.; RODRIGUES, A.G.; ISO 9001 Certificatoin research: questiones, answers and approaches. International Journal of Quality & Reliability Management. Vol 26. Nº 01. P.38-58, 2009. Disponível em: <http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/02656710910924161>. Acesso em: 22/11/2014

SAMPIERI, R.H., COLLADO, C.F. LUCIO, M.D.P.B.; Metodología de la investigacion. McGraw-Hill/Interamericana editores, S.A de C.V. 5ª edición, 2010.

SANTOS, L.L.; MAINIER, F.B.; Fatores Críticos para implantação do sistema de gestão da qualidade em laboratórios de ensaio e calibração. In VII Congresso Nacional de Excelência em Gestão. Anais eletrônicos. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: [http://www.excelenciaemgestao.org/portals/2/documents/cneg7/anais/t11\\_0328\\_1579.pdf](http://www.excelenciaemgestao.org/portals/2/documents/cneg7/anais/t11_0328_1579.pdf) Acesso em: 22/11/2014

STOIMENOVA, A., STOILOVA A., PETROVA, G.; ISO 9001 Certification for Hospitals in Bulgaria: does it help Service? Biotechnological Equipment, 28:2, p.372-378. Bulgária, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/13102818.2014.915491>  
Acesso em: 22/11/2014

SOUZA, T.C.P.; Mérito, estabilidade e desempenho: Influência sobre o comportamento do servidor público. Dissertação de mestrado apresentada a Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas da Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em:<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/3759>. Acesso em: 22/11/2014

THIRY-CHERQUES, H.R.; Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. Revista PMKT. Edição 3. Setembro de 2009. Disponível em: [http://www.revistapmkt.com.br/Portals/9/Edicoes/Revista\\_PMKT\\_003\\_02.pdf](http://www.revistapmkt.com.br/Portals/9/Edicoes/Revista_PMKT_003_02.pdf).  
Acesso em: 12/10/2014

YIN, R. K.; Estudo de Caso: planejamento e métodos. Tradução de Ana Thorell; revisão técnica Cláudio Damacena – 4ª edição, Porto Alegre: Bookman, 2010

VASCONCELOS, F.C.; VASCONCELOS, I.F.G., (Org); Paradoxos organizacionais: Uma visão transformacional . Pioneira Thomson Learning. São Paulo, 2004.

VERGARA, S.C.; Métodos de Pesquisa em Administração. 3ªedição, Editora Atlas. São Paulo, 2008.

VIEIRA-DA-SILVA, L.M.; Avaliação de políticas e programas de saúde. Editora FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2014.

WOOD JÚNIOR T. (Coord); Mudança Organizacional. 5ª edição. Editora Atlas, São Paulo, 2009.

ZACHARIAS, J.O.; ISO 9001:2008 – Uma ferramenta de gestão empresarial. 1ª edição. Oceano Zacharias, 2009.

## **Apêndice A – Roteiros para entrevistas semiestruturadas**

Entrevistado:

Entrevista nº:

### **Perfil (para todos os entrevistados)**

- 1)- Qual a sua posição na CGSH?
- 2)- Há quanto tempo trabalha na CGSH?
- 3)- Qual a natureza do seu vínculo?
- 4)- Já teve experiência com Programas de Gestão da Qualidade? Qual tipo?

### **Entrevista do Dirigente:**

- 1) Por que implantar a Gestão da Qualidade na CGSH?
- 2) O Programa está implantado em todas as áreas/processos? Se não, quais não estão e por quê?
- 3) Considerando o contexto político institucional, quais fatores positivos (favoráveis) davam sustentação a seus objetivos? E quais eram fatores que poderiam influenciar negativamente?
- 4) Como se deu a formação da equipe de trabalho da CGSH para a implantação do programa?
- 5) Como eram as condições de trabalho da CGSH antes da implantação do SGQ?
- 6) Considerando os objetivos pretendidos com o programa, o que foi alcançado?
- 7) O que se esperava e não foi alcançado? Por quê?
- 8) Quais efeitos do programa você mais destacaria?
- 9) Ocorreram efeitos não esperados? Quais?

### **Entrevista com a responsável pelo Programa da Qualidade:**

- 1) O que se buscava com a implantação da Gestão da Qualidade na CGSH?
- 2) Que fatores foram favoráveis à implantação do programa?
- 3) Que fatores atuaram de forma desfavorável a implantação do programa?

- 4) O programa esta implantado em todas as áreas/processos? Se não, quais não estão e por quê?
- 5) As equipes de trabalho (responsáveis e técnicos) foram capacitadas suficientemente?
- 6) Como o programa influenciou no desempenho organizacional?
- 7) Quais os efeitos que o programa proporcionou? Quais eram esperados e quais não eram esperados?

### **Entrevista com responsáveis de áreas e técnicos da CGSH**

- 1) O que se buscava com a implantação da Gestão da Qualidade na sua área/processo?
- 2) O programa esta implantado na sua área/processos? Se não, por quê?
- 3) Que fatores influenciaram positivamente a implantação do programa na sua área/processos?
- 4) Que fatores influenciaram de forma negativa?
- 5) A sua equipe de trabalho foi capacitada suficientemente?
- 6) O programa influenciou o desempenho e os resultados da sua área/processos? Em que?
- 7) Que efeitos o programa promoveu na sua área/processos? Quais eram esperados? Quais efeitos não eram esperados?



## Apêndice B - Termo de Consentimento livre e Esclarecido



Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) Senhor (a),

você está sendo convidado(a) a participar, como entrevistado(a), da pesquisa “Análise da implantação do Programa de Gestão da Qualidade ISO 9001:2008 na Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados do Ministério da Saúde no período de 2010 a 2013”, realizada por Cláudio Medeiros Santos, mestrando do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Você será entrevistado pelo próprio pesquisador, respondendo a perguntas sobre temas relacionados à implantação do programa. A entrevista será gravada e posteriormente transcrita para análise.

Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A recusa não acarretará penalização ou prejuízo algum.

A pesquisa será publicada, sendo garantido o sigilo do participante, com dados divulgados de forma a impossibilitar sua identificação.

Este documento possui duas vias, uma das quais ficará com você.

A qualquer tempo, você pode tirar dúvidas sobre o projeto e a sua participação, contatando com o pesquisador, por telefone (38) 9986.0919 ou através do email [claudiomedsantos@gmail.com](mailto:claudiomedsantos@gmail.com).

---

Nome e assinatura do pesquisador

Declaro que li e entendi este termo, que todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e que sou voluntário a tomar parte do estudo.

Brasília, xx de xxxxxxxx de 2014.

---

Assinatura do entrevistado

**Apêndice C - Plano de análise dos dados**

CATEGORIA DE ANÁLISE	DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS
Motivação para implantação	Respostas que permitam identificar quais foram os motivos que levaram a implantação do programa
Grau de implantação	Respostas, documentos e registros que evidenciam em que grau o programa está implantado na Coordenação Geral de Sangue e hemoderivados (CGSH), considerando o modelo lógico estabelecido.
Fatores que facilitaram a implantação	Respostas que apresentam situações, elementos, características internas ou externas a CGSH, que contribuíram favoravelmente para a implantação do programa.
Fatores que dificultaram a implantação	Respostas que apresentam situações, elementos, características internas ou externas a CGSH, que representaram obstáculos, dificultando a implantação do programa.
Efeitos identificados	Respostas que evidenciam mudanças internas positivas percebidas pelos integrantes da CGSH como efeitos decorrentes da implantação do programa

### Apêndice D - Matriz de processamento de dados

CATEGORIA DE ANÁLISE	OBJETIVOS ESPÉCIFICOS	QUESTÕES	FONTE DE VERIFICAÇÃO
Motivação para implantação	Identificar os motivos para implantação do programa	O que se buscava com a implantação do programa?	Entrevista semiestruturada
Grau de implantação	Estimar o grau de implantação do programa	Modelo lógico	Documentos e registros do Programa
		O programa está implantado em sua área?	Entrevista semiestruturada
Fatores que facilitaram a implantação	Identificar os fatores que favoreceram a implantação	Que fatores em sua opinião favoreceram a implantação?	Entrevista semiestruturada
Fatores que dificultaram a implantação	Identificar os fatores que dificultaram a implantação	Que fatores em sua opinião dificultaram a implantação?	Entrevista semiestruturada
Efeitos identificados	Identificar os efeitos percebidos até o momento	Quais são os efeitos percebidos até o momento, decorrentes da implantação do programa	Entrevista semiestruturada Documentos e registros do Programa

**Apêndice E - Relação de documentos consultados**

ORDEM	IDENTIFICAÇÃO DO DOCUMENTO
01	Funcionograma organizacional
02	Manual da Qualidade versão 2014
03	Relação dos Processos Organizacionais
04	Lista mestra de procedimentos gerenciais – F.NGQ 01
05	Lista de presença dos Cursos de Gestão da Qualidade 2010 a 2013
06	Lista de processos de trabalho por área temática da CGSH – Versão 2014
07	Lista Mestra de Registros
08	Relatórios de Auditoria Interna período 2010 a 2014
09	Relatórios de Auditoria Externa período 2010 a 2014
10	Resumos Executivos referentes a reuniões de análise crítica, do período de 2010 a 2014
11	Resumos Executivos referentes a reuniões de responsáveis de áreas e equipes, do período de 2010 a 2014
12	Mapas de processos
13	Registros de resultados de indicadores de desempenho 2010 a 2014
14	Relatórios de Pesquisa de Clima Organizacional, período de 2010 a 2014
15	Registro de evolução do quantitativo de pessoal – 2008 a 2014
16	Relatórios de gestão 2010 a 2013