

**FACULDADE NOVOS HORIZONTES
MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO**

**MUDANÇA ORGANIZACIONAL
ESTUDO DE CASOS: IMPLANTAÇÃO DA INICIATIVA**

**HOSPITAL AMIGO DA
CRIANÇA**

Shigeru Ricardo Sekiya

**Belo Horizonte
2007**

Shigeru Ricardo Sekiya

MUDANÇA ORGANIZACIONAL
ESTUDO DE CASOS: IMPLANTAÇÃO DA INICIATIVA
HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Faculdade Novos Horizontes como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração.
Área de Concentração: Relações de Poder e Dinâmica nas Organizações.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Talita Ribeiro da Luz

Belo Horizonte
2007

FICHA CATALOGRÁFICA

S...e SEKIYA, Shigeru Ricardo

Mudança Organizacional – Estudos de cas
os: implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. /
Shigeru Ricardo Sekiya;

Orientadora: Talita Ribeiro da Luz. – Belo Horizonte:
FNH, 2007.

112 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Faculdades Novos Horizontes de
Belo Horizonte

1. Administração 2. Mudança Organizacional. 3. Hospital
Amigo da Criança

I. Luz, Talita Ribeiro (orientadora). II. Faculdade Novos
Horizontes.

Título

CDD:

Ficha elaborada pela Bibliotecária – CRB/ MG

A todos que participaram,
direta ou indiretamente,
desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Aos hospitais que abriram suas portas para a realização das pesquisas, disponibilizando seus profissionais e demais recursos, de forma a viabilizar este trabalho.

Um agradecimento especial à Professora Talita Ribeiro da Luz, minha orientadora, pelo apoio, paciência e valiosos comentários que estimularam meu trabalho.

À minha companheira, Janete, pela paciência e compreensão, por suportar a ausência e as inúmeras horas de espera.

A meus pais, meus melhores amigos e exemplo de dedicação e entrega, que me deram todo apoio e amor, necessários durante esses anos de separação.

Aos professores da Faculdade Novos Horizontes pelas aulas, aconselhamentos e incentivo.

Aos meus amigos, com os quais compartilhei cada bela experiência de vida, sempre solidários, sempre amigos.

Aos funcionários da secretaria do mestrado e da biblioteca da Faculdade Novos Horizontes, principalmente a Beatriz e Mirian, pelo apoio e colaboração em diversos momentos do curso.

Finalmente, agradeço a todos que estiveram ao meu lado nesta caminhada e me apoiaram, ajudando-me a cumprir esta etapa tão significativa para a minha vida pessoal e profissional.

“Transformar é mudar e preservar; é saber adaptar-se a novas conquistas,
sem dispensar, no progresso econômico e tecnológico, os valores
da dignidade humana e da justiça social.”

MOTTA, 2004.

Resumo

Esta pesquisa identifica as principais mudanças organizacionais ocorridas em duas instituições hospitalares localizada em Minas Gerais que implementaram a Iniciativa Hospital Amigo da Criança. A análise organizacional realizada baseou-se nas seis perspectivas, tomando como base o quadro analítico de Motta (2004), Perspectiva Estratégica, Perspectiva Estrutural, Perspectiva Cultural, Perspectiva Humana, Perspectiva Tecnológica e Perspectiva Política. A estrutura do trabalho está delineada da seguinte maneira: o Contexto da Pesquisa e seus Fundamentos Teóricos, Método e Análise dos Dados, Considerações e Recomendações e um Glossário sobre o tema. Realizou-se uma pesquisa qualitativa, utilizando-se como método de coleta de dados a entrevista semi-estruturada, aplicada em todos os níveis hierárquicos. Para interpretação dos dados foi adotada a análise de conteúdo. A partir do estudo de caso de dois hospitais, identifica-se então a natureza das mudanças organizacionais ocorridas em cada uma delas a partir da implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Chegou-se a resultados relevantes referentes às mudanças percebidas em cada uma das perspectivas, tais como: mudanças comportamentais, aquisição de novas habilidades, postura pro-ativa, assim como resistências e desafios a serem transpostos. O estudo finaliza com as conclusões a respeito do objeto proposto, obtidas a partir da análise das duas organizações, incluindo algumas sugestões para hospitais que estão buscando o Título de Hospital Amigo da Criança.

Palavras-chave: mudanças organizacionais, Iniciativa Hospital Amigo da Criança, resistência à mudança.

Abstract

This research to identify the main organizational changes in two institution hospitals located in Minas Gerais which have implemented the Hospital Friend to Child Initiative. The changes were analyzed under six perspectives, based upon Motta's analytic model (2004): Strategic Perspective, Structural Perspective, Cultural Perspective, Human Perspective, Technological Perspective and Political Perspective. The structure of the work is outlined in the following way: the research's context and its theoretical basis, method and data analyses, considerations, recommendations and also a glossary on the theme is included here. The methodology is qualitative; the methods used for data collection were semi-structured interviews applied at every the levels hierarchic. About to interpretation of data was adopting the analysis of content part of the study of I wed of two hospitals , she identifies - if burrow the nature from the shifts organizational occurred on each of the their the part from implementation from Initial Hospital Friend of the Child. The collected data on the changes noticed in each perspectives allow relevant results, such as change of behavioral, acquisition of new abilities, proactive behavior, as well as resistances and challenges to be overcome. The study finishes with the conclusions over the proposed object, obtained from the data analysis of the two organizations, including some suggestions to hospitals that are seeking for a title of Hospital Friend of the Child.

Key-Words: organizational changes, Hospital Friend to Child Initiative, resistances about to shakeup.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Mudanças culturais observadas nos hospitais pesquisados.....	84
Quadro 2- Mudanças tecnológicas observadas nos hospitais pesquisados.....	85
Quadro 3- Mudanças estruturais/políticas observadas nos hospitais pesquisados.....	85
Quadro 4- Mudanças em gestão de pessoas observadas nos hospitais pesquisados.....	86
Quadro 5- Mudanças em aspectos estratégicos observados nos hospitais pesquisados.....	86
Quadro 6- Número de funcionários, número de leitos e tempo para implantar a IHAC.....	87
Quadro 7- Aspectos negativos da implantação da IHAC.....	90

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Abreviaturas

- AME - Aleitamento materno exclusivo
- HAC - Hospital Amigo da Criança
- HIV - Vírus da imunodeficiência humana
- IHAC - Iniciativa Hospital Amigo da Criança
- PSF - Programa Saúde da Família
- UTI - Unidade de tratamento intensivo

Siglas

- CNES - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
- DAPES - Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – MS
- GM - Gabinete do ministro
- MS - Ministério da Saúde
- OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
- OMS - Organização Mundial da Saúde
- PNIAM - Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
- SAS - Secretaria de Atenção à Saúde
- SES - Secretaria do Estado da Saúde
- SMS - Secretaria Municipal de Saúde
- SUS - Sistema Único de Saúde
- UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVOS	14
2.1 Objetivo Geral.....	14
2.2 Objetivos específicos.....	14
3. JUSTIFICATIVA	14
4. REFERENCIAL TEÓRICO	16
4.1 Mudança organizacional.....	16
4.1.1 Conceitos.....	16
4.1.2 Paradigmas ou pré-teorias de mudança organizacional	18
4.1.3 Análise das mudanças a partir das seis perspectivas.....	19
4.1.4 Resistências à mudanças.....	23
4.2 Iniciativa Hospital Amigo da Criança.....	26
4.2.1 Definição.....	26
4.2.2 Objetivos	28
4.2.3 Benefícios do credenciamento como Hospital Amigo da Criança.....	28
4.2.4 Certificação Hospital Amigo da Criança.....	30
4.2.5 Reavaliações e descredenciamentos	32
4.2.6 Supervisão e Equipe de Avaliadores	33
4.2.7 Treinamento	33
5. METODOLOGIA	35
5.1 Tipo de pesquisa	35
5.2 Unidade de análise.....	36
5.3 Unidade de observação.....	36
5.4 Instrumento de coleta de dados.....	36
5.5 Análise dos Dados	37
6. DESCRIÇÃO DOS HOSPITAIS PESQUISADOS	41
6.1 Descrição e histórico do hospital A	41

6.1.1 Implementação da IHAC.....	42
6.1.1.1 Duração.....	42
6.1.1.2 Forma de implementação.....	42
6.1.1.3 Motivos para a certificação.....	43
6.1.1.4 A liderança do processo.....	43
6.1.1.5 Maiores dificuldades e resistências durante o processo.....	45
6.1.1.6 Maiores dificuldades e resistências após a certificação.....	45
6.1.1.7 Elementos facilitadores.....	46
6.1.1.8 Principais benefícios para o hospital.....	47
6.1.1.9 Influências no desempenho e resultado do hospital.....	47
6.1.1.10 Pontos negativos.....	50
6.1.1.11 Atitudes frente às auditorias periódicas.....	51
6.1.1.12 Incorporação das sistemáticas da IHAC na rotina.....	52
6.1.1.13 Sistemáticas para a manutenção da certificação.....	52
6.1.1.14 Mudanças pós-certificação.....	54
6.1.1.15 Título Hospital Amigo da Criança e principais mudanças.....	55
6.1.1.16 Considerações gerais relativos ao hospital A.....	62
6.2 Descrição e histórico do hospital B.....	62
6.2.1 Implementação da IHAC.....	62
6.2.1.1 Duração.....	63
6.2.1.2 Forma de implementação.....	63
6.2.1.3 Motivos para a certificação.....	64
6.2.1.4 A liderança do processo.....	65
6.2.1.5 Maiores dificuldades e resistências durante o processo.....	65
6.2.1.6 Maiores dificuldades e resistências após a certificação.....	66
6.2.1.7 Elementos facilitadores.....	67
6.2.1.8 Principais benefícios para o hospital.....	68
6.2.1.9 Influências no desempenho e resultado do hospital.....	70
6.2.1.10 Pontos negativos.....	71

6.2.1.11 Atitudes frente às auditorias periódicas.....	72
6.2.1.12 Incorporação das sistemáticas da IHAC na rotina.....	73
6.2.1.13 Sistemáticas para a manutenção da certificação.....	74
6.2.1.14 Mudanças pós-certificação.....	76
6.2.1.15 Título Hospital Amigo da Criança e principais mudanças.....	76
6.2.1.16 Considerações gerais relativos ao hospital B.....	81
7. ANÁLISE DOS CASOS.....	83
7.1 Principais mudanças organizacionais identificadas.....	83
7.2 Tempo de implantação da IHAC.....	87
7.3 Forma de implementação e liderança.....	87
7.4 Elementos facilitadores.....	88
7.5 Principais benefícios.....	88
7.6 Influências no desempenho e resultados.....	89
7.7 Principais aspectos negativos.....	89
7.8 Principais resistências/dificuldades.....	90
7.9 Atitudes em relação às auditorias periódicas.....	91
7.10 Incorporação de sistemáticas na rotina.....	91
7.11 Sistemáticas para manter o título.....	91
8. CONCLUSÃO.....	93
9. REFERÊNCIAS.....	99
GLOSSÁRIO.....	104
APÊNDICE	106

1. INTRODUÇÃO

Na tentativa de enfrentar as exigências crescentes do ambiente em que atuam, as organizações têm-se deparado com a difícil tarefa de conduzir os processos de mudança. O atual cenário mundial, altamente dinâmico e competitivo, tem sido responsável pelo aumento expressivo da velocidade das transformações ocorridas nas organizações. Embora a abundância de estudos acadêmicos e científicos sobre o tema, continuam a existir muitas dificuldades para quem, na prática, tem de conduzir o processo de mudança em suas organizações.

Para a OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde (2004), as sociedades mudam rapidamente e exigem reformulações profundas nas formas de organização e de gestão dos hospitais para se adaptarem aos novos desafios sociais. Essas mudanças em hospitais são necessárias, especialmente porque os serviços públicos são burocráticos, suas estruturas são rígidas e verticais, encaram limitações legais e centralistas na gestão dos recursos financeiros e humanos, e sua cultura institucional é muito pouco sensível às necessidades das pessoas e mudanças do ambiente. Ainda segundo a OPAS (2004), para se legitimarem e se manterem em um ambiente competitivo, os hospitais precisam desenvolver a capacidade de mudar. Portanto, a dificuldade para a construção do hospital do amanhã é a habilidade para aprender a mudar, ou seja, a capacidade institucional para aprender a escutar e a compreender.

Para Valdés *et al.* (1993), os conhecimentos científicos adquiridos ao longo dos anos, por meio de pesquisas, mostraram o aumento da mortalidade e da morbidade infantis com o uso indiscriminado do aleitamento artificial nos anos 1960. Na mesma seqüência, as vantagens do leite humano, através de seus componentes nutricionais e imunológicos, foram evidenciadas em diversos estudos. Mais recentemente, segundo a OMS - Organização Mundial da Saúde (2001), as pesquisas têm mostrado elementos celulares e endócrinos, bem como fatores de crescimento presentes no leite humano, importantes para a saúde da criança. Com o objetivo de buscar mecanismos e ações que pudessem ser desenvolvidos para a proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno, em 1990, a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) realizaram um encontro na Itália, na cidade de Florença, no qual foi idealizada a estratégia Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). A IHAC consiste na mobilização de profissionais

de saúde e funcionários de hospitais e maternidades para mudar as rotinas e condutas relacionadas à prevenção do desmame precoce. Porém, a implantação da IHAC pode implicar desafios de toda ordem. Por basear-se em mudança de rotinas e condutas, gerará um impacto na organização, exigindo maior esforço das pessoas para sua implantação. Torna-se imprescindível que a avaliação de seu impacto não apenas se atenha aos aspectos técnicos, financeiros e epidemiológicos, mas considere igualmente questões ligadas à organização e a sua capacidade de aceitar e suportar as mudanças organizacionais decorrentes da implantação desta iniciativa.

Considerando essa situação, estudos que realizem avaliações de intervenções para a mudança organizacional apresentam um caráter extremamente importante, tendo em vista tanto a aplicação prática na orientação dos processos de mudança quanto sua contribuição para as formulações teóricas da área. Nesse ponto, Burmester e Richard (1995) sustentam que, uma das dificuldades da mudança em hospitais brasileiros decorre do imobilismo, para os autores, surge de comportamentos nascidos de uma vontade de não “fazer ondas” ou de “abrir o guarda-chuva”, em cada um permanece no seu canto e a única estratégia bem afirmada é aquela de defesa do seu território. Outra característica que pode dificultar o processo de mudanças decorre das relações de poder. Mintzberg (1995), ao analisar organizações profissionais, como hospitais e universidades, assim como o papel dos administradores nesse contexto, afirma que, comparativamente às organizações industriais, tais executivos possuem menos poder, pois não são totalmente capazes de controlar os profissionais diretamente, sendo o poder exercido apenas de forma indireta.

Este estudo é importante também porque avalia uma área extremamente vital e carente na sociedade brasileira. As organizações escolhidas para este estudo de caso são dois hospitais, sendo um público municipal e o outro filantrópico, vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS). Representa portanto, um modelo bastante comum no cenário dos hospitais públicos no Brasil.

Tendo em vista a realidade atual de mudanças constantes nas organizações e a representatividade das organizações escolhidas no cenário brasileiro, fica claro que este estudo pode oferecer contribuições significativas para os administradores.

Nesse contexto, a questão da pesquisa é analisar: Quais foram as mudanças geradas no interior das organizações com a implantação Iniciativa Hospital Amigo da Criança, analisadas a partir das perspectivas estrutural, cultural, política, tecnológica, estratégica e humana?

É preciso destacar que a carência de literatura específica sobre o tema deste trabalho tornou necessário reunir vários autores, para ter-se um embasamento teórico que sustentasse a

análise dos dados. Privilegiou-se, todavia, o modelo analítico de Motta (2004), como norteador deste trabalho, pela sua visão holística e abrangente.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Identificar os impactos provocados pela implantação do programa Iniciativa Hospital Amigo da Criança nas esferas estrutural, tecnológica, cultural, política, estratégica e humana em hospitais da rede pública.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar as percepções dos profissionais de diferentes níveis (direção, gerências, supervisão e operacional) em relação às mudanças decorrentes da implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC);
- Identificar os elementos facilitadores do processo;
- Descrever as dificuldades e resistências enfrentadas; e
- Descrever o Programa IHAC.

3. JUSTIFICATIVA

De acordo com os dados do Ministério da Saúde (2000), existem 257 hospitais credenciados com o título de “Hospital Amigo da Criança” no Brasil. Atualmente, o Governo

Federal e os governos estaduais sofrem grande pressão por parte da sociedade para que os hospitais se credenciem como Hospital Amigo da Criança. Essa pressão pode levar os dirigentes desses hospitais a iniciar um processo demorado e dispendioso, sem levar em consideração a adequabilidade da iniciativa para sua organização e suas reais conseqüências.

Com base nesse fato, julgou-se oportuno investigar as efetivas mudanças organizacionais observadas em hospitais que tenham passado por um processo de implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

As conclusões obtidas por meio do estudo de alguns casos poderão contribuir para esclarecer e orientar os hospitais interessados em utilizar esse programa, evitando que se lancem numa empreitada que demanda recursos e investimentos significativos sem conhecerem os reais benefícios e impactos decorrentes desse processo.

O tema é atual, porém o número de publicações dessa natureza que tenham por base dados científicos é praticamente inexistente no Brasil. Dessa forma, investigações sobre organizações que estão utilizando esse programa podem contribuir tanto para aqueles hospitais que precisam ou pretendem adequar ao mesmo como para a própria sociedade, que, como usuária dos serviços produzidos por essas organizações, pode conhecer os benefícios e limitações desse processo.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

Nos últimos anos, o debate acerca do tema “mudança organizacional” aumentou, motivado pelas crescentes mudanças tecnológicas, políticas, econômicas e sociais pelas quais passam as organizações em todo o mundo.

Motta (2004) afirma que a intensidade da presente revolução tecnológica e administrativa já não deixa alternativas senão a de segui-la com a mesma rapidez que a caracteriza. Para o autor, a mudança alcança as pessoas e instituições todos os dias, de forma tão gradual e imperceptível quanto global e estrondosa.

Para Druker (1998), hoje vivemos numa sociedade pós-capitalista, que teve início pouco depois da Segunda Guerra Mundial, a qual utiliza como seu principal recurso o conhecimento e trabalha mais com informação do que com capital, recursos naturais ou mão-de-obra.

Wood (2004) concorda com o autor citado ao afirmar que as mudanças também são vistas como parte de uma nova era corporativa, que exige adaptação das organizações mediante a informação. A sociedade atual privilegia o conhecimento e substitui a sociedade industrial, o que faz mudar as estruturas sociais. Segundo o autor, o capital humano passa a ser o mais importante e valorizado.

4.1 Mudança Organizacional

Muitas organizações encontram sérios problemas em lidar com a mudança. Primeiramente, entendem esse fenômeno como algo que se passa no ambiente e que precisa, ou não, ser trazido para dentro da organização, considerando-se como entidades isoladas que precisam sobreviver no mundo exterior. Assim entendida pelas organizações, a mudança é percebida como ameaça ou oportunidade.

4.1.1 Conceitos

Atualmente, muito se tem falado, pesquisado e debatido sobre o tema “mudança organizacional”. No entanto, poucos textos preocupam-se com a definição do seu conceito. Muitos são os aspectos a considerar na definição do conceito: intensidade, tempo de reação,

pessoas envolvidas, etc. Wood (2004) apresenta um apanhado dos principais conceitos de mudança organizacional:

- Alguns percebem a mudança organizacional como uma atitude reativa; ou seja, fenômeno que ocorre como resposta a estímulos, tanto internos como externos. Entre eles estão Basil e Cook (1974), para quem, a maioria das organizações muda em resposta às crises, sendo limitado o número de casos de atitudes proativas.
- Brow (1991) explora o impacto das inovações tecnológicas na mudança organizacional. Para ele, a geração contínua de produtos inovadores leva a empresa a adotar novas formas de trabalho, renovando as práticas administrativas. Waterman (1987) destaca a compreensão do fator *renovação* como central para a sobrevivência das empresas. As organizações, segundo ele, devem buscar uma convivência “feliz” com a mudança. A mudança deve fazer parte de seu cotidiano. Peters (1989) argumenta que uma das estratégias conhecidas para enfrentar um ambiente turbulento é adotar de qualidade de classe mundial, inovação de curto prazo e flexibilidade, pois as melhores empresas não acreditam em excelência, mas apenas em melhoria contínua.
- Outros consideram a mudança organizacional como uma atitude proativa e como processo planejado. Harari (1991) critica a adoção de planos que se apóiam em modas passageiras. Para ele, mudança organizacional deve ser encarada como processo e caracterizada pelo princípio de melhoria contínua. Huey (1991) apropria-se do conceito desenvolvido por Thomas Kuhn sobre paradigmas na ciência para mostrar como as mudanças são necessariamente acompanhadas por quebras de paradigmas, e adverte para a necessidade de que isso ocorra para que a inércia organizacional seja vencida e dê lugar a novos padrões. Esse conceito tem angariado popularidade em virtude das turbulências do ambiente econômico e da necessidade de mudanças rápidas dentro das organizações.
- Alguns vêem duas formas, reativa e proativa, como Herzog (1991), para quem a mudança no contexto organizacional engloba alterações fundamentais no comportamento humano, nos padrões de trabalho e nos valores, em resposta a modificações ou antecipando alterações estratégicas, de recursos ou de tecnologia.
- Outro enfoque de mudança entende que as explicações sobre evolução, mudança e desenvolvimento das organizações se dão basicamente pela atenção aos fatores que

determinam a identidade da organização e, conseqüentemente, as suas relações com o mundo exterior. Morgan (2006), em suas metáforas, compara as organizações com os organismos vivos e com o cérebro. A primeira inspira-se sobretudo na biologia para refletir sobre o funcionamento das organizações e trata a organização como um sistema aberto ao ambiente, com o qual interage: clientes, concorrentes, fornecedores e agências governamentais, dentre outros, e nesta interação o sistema organizacional deve ser capaz de desenvolver respostas estratégicas apropriadas para sobreviver. Esta metáfora ajuda a entender as relações entre a organização e seu meio, a importância da inovação e os aspectos de sobrevivência como meta vital. A metáfora sobre as organizações vistas como cérebros menciona duas perspectivas: primeira, explica que uma organização funciona como um sistema de processamento de informações, destacando a questão da cibernética e da capacidade de aprendizado de que está aberta à entrada de novas informações; segunda, mostra as organizações como hologramas, o que significa fazer o todo em cada parte, criar conectividade e redundância, gerar, simultaneamente, especialização, generalização e auto-organização. Essa posição revela que vários cargos, departamentos e outras divisões dentro de uma organização criam estruturas de atenção, interpretação e tomada de decisões que exercem uma influência crucial sobre operações de toda organização.

- Outras abordagens interessantes referem-se aos processos que estão sendo propostos e adotados para a implementação de mudanças nas organizações. Geralmente, esses processos respondem à necessidade de as organizações implementarem mudanças para resolverem questões estratégicas de natureza ambiental, estrutural, humana, tecnológica, entre as principais (WOOD; 2004).

Motta (2004) percebe a mudança organizacional como sendo a inovação por meio da intervenção social planejada, auto-sustentada e direcionada, que contrasta com as forças sociais espontâneas ou de provocações revolucionárias e com a visão evolutiva natural da mudança.

4.1.2 Paradigmas ou pré-teorias de mudança organizacional

Para Motta (2004), as mudanças têm cinco tipos de naturezas. Primeira, por compromisso ideológico. É vista como a aquisição de novos compromissos valorativos ou seja, um novo

sistema de valores ou crenças que coloca o ser humano como autodeterminado e soberano sobre todos os objetos.

Segunda, é o imperativo ambiental. É vista como uma necessidade provocada pelo ambiente no qual inserem a organização e seus membros. A organização é vista de forma sistêmica e globalista, como algo concreto e tangível, cuja existência independe das intenções e dos valores das pessoas nela envolvidas. Mantêm transações com o ambiente, que influencia sua sobrevivência e progresso.

Terceira, vê a mudança como uma reinterpretação crítica da realidade. Ou seja, resulta de um processo consciente de se criar uma realidade organizacional. Sob este enfoque, o comportamento humano é resultado de um processo de interação social. O ser humano não é apenas um ser passivo, que apenas reage a estímulos do ambiente, mas é também ativo, quando participa diretamente na formulação de seus próprios valores.

Quarta, concebe a mudança como uma intenção social, vista como um processo consciente de se alterar relações sociais, acentuando a consciência sobre a interação e a prática diária das pessoas, rejeitando o estruturalismo e aproximando-se do existencialismo.

Quinta, destaca que a mudança é uma transformação individual, um processo consciente de se criar uma visão de si próprio. Como o indivíduo conhece o mundo por meio de representação própria as propostas de mudança, deve fundamentar-se numa transformação interna da pessoa.

Para o mesmo autor, as teorias têm sido questionadas pela sua fragilidade nas formas de intervenção e de solução dos problemas e pelas inconsistências filosóficas e paradigmáticas. Os paradigmas constituem formas para definir a própria realidade. Podem superpor-se e comunicar-se, não existindo um paradigma superior a outro: eles assentam-se em premissas vulneráveis e representam uma opção de se compreender a realidade.

4.1.3 Análise das mudanças a partir de seis perspectivas

Segundo Motta (2004), as teorias existem para tentar explicar a realidade. São aceitas, mais quanto maior for sua capacidade de explicar situações reais. As teorias de mudança são

construídas em torno de focos específicos, que significam opções de concepção do fenômeno organizacional.

As teorias de mudança organizacional tendem a privilegiar algumas dimensões da organização, em detrimento de outras, conforme a perspectiva de análise ou a teoria em que se baseiam.

A pluralidade de modelos e instrumentos de análise acaba gerando, na prática, uma competição em relação à melhor forma de mudar. Os que propõem novos modelos têm sido bastante otimistas e egoístas em relação às suas propostas. Quando propõem suas idéias, sugerem a inutilidade ou ressaltam as fraquezas das demais.

As principais perspectivas de organizações e as formas e instrumentos de mudança que são associados aos mesmos são comentados a seguir.

a) Estratégica

Nessa perspectiva, apresentada por Motta (2004), a organização é vista como um sistema inserido em um contexto social, econômico e político, privilegiando-se sua forma de relacionar-se com a sociedade através de seus produtos e seus serviços.

A tomada de decisões considera o fluxo de informações entre a organização e seu ambiente: modo como são identificados e selecionados as demandas, os apoios, as alternativas de ação e o papel de cada participante nesse processo. A racionalidade é buscada: o pensar estrategicamente, a solução de problemas e o comportamento humano são racionais, na medida em que conduzem aos objetivos e ao desenvolvimento da organização. Considera-se que, para mudar uma organização, é necessário redefinir sua missão, objetivos e formas de identificar e selecionar as alternativas de ação.

Segundo o autor, a mudança envolve a abertura do sistema de comunicações internas e externas, uma nova forma de se pensar a organização e o aperfeiçoamento do processo decisório, envolvendo a gerência e os participantes do processo. Propostas de treinamento incluem gestão estratégica, decisão e informação gerencial e habilidades interpessoais.

De acordo com o mesmo autor, a nova visão estratégica pretende: construir a consciência sobre a nova missão da organização, pensar além do usual na condução de suas atividades, examinando novas perspectivas do futuro; favorecer a mentalidade antecipatória para reduzir a ocorrência de problemas; e ampliar as interações humanas por meio da comunicação, interdependência e comunicação.

b) Estrutural

Nesta perspectiva, a organização é vista como um sistema de autoridade e responsabilidade, que define o âmbito de ação de cada pessoa e o consentimento e subordinação para cumprir funções estabelecidas. Pressupõe a definição prévia do papel formal dos funcionários como fator primordial de eficiência e eficácia. Conclui-se que, para mudar uma organização, é necessário alterar a forma pela qual se distribuem formalmente a autoridade e a responsabilidade (MOTTA; 2004).

Por esta perspectiva, considera-se que o agente da mudança é a pessoa conhecedora dos aspectos institucionais legais da instituição e, sobretudo, das formas alternativas de estruturar uma empresa. Inovar significa redividir, suprimir ou criar setores, departamentos e unidades de negócio, reformulando linhas de autoridade, eliminando conflitos de hierarquia e redefinido responsabilidades. As inovações são acompanhadas por meios de novos controles e de comunicação, objetivando eliminar a possibilidade de comportamentos discrepantes e aumentar a consciência sobre os limites da ação. O treinamento tende a valorizar os objetivos, o âmbito de autoridade, a disciplina e os aspectos racionais legais.

c) Tecnológica

Esta perspectiva enfocada por Motta (2004) dá ênfase à divisão do trabalho, à especialização de funções e ao tipo de tecnologia a ser usada na produção, preocupando-se com a racionalidade do processo produtivo, custo, qualidade e agregação de valor para os clientes.

Dessa forma, a evolução tecnológica propõe o uso mais efetivo do saber em todos os níveis da organização. Fator primordial para o progresso é manter o fluxo adequado de informações, conhecimento, comunicação e comunicação intensiva. O progresso nas telecomunicações ajuda neste propósito, que provê novas formas de tratar a informação, acabar com usos restritos da informação, superar as barreiras geográficas e hierárquicas, e facilitar o acesso e divulgação de informação.

d) Humana

Para Motta (2004), esta perspectiva concentra-se na ligação do indivíduo com o trabalho, ressaltando os fatores de motivação e de liderança, e mais os demais fatores psicossociais subjacentes às prescrições institucionais e linhas de autoridade formalmente estabelecidas. Tende a ver a formalidade organizacional e a hierarquia como fonte de frustrações, hostilidades e ressentimentos entre as pessoas. Considera-se que, para mudar uma organização, é necessário alterar atitudes, comportamentos e a forma de participação dos indivíduos, mediante o incentivo à colaboração, às práticas de motivação, à liderança, à reconstrução do sistema de recompensas de carreira e ao aperfeiçoamento pessoal.

O objetivo da mudança é trazer harmonia e satisfação ao ambiente de trabalho, como fatores tanto de realização e progressos pessoais como causadores de eficiência. Assim, a gestão de pessoas vem adquirindo relevâncias estratégicas, observando-se um maior cuidado das organizações em relação às aspirações e ao desenvolvimento de seus recursos humanos.

e) Cultural

Para Motta (2004), a perspectiva cultural vê a organização como um conjunto de valores, crenças e hábitos coletivamente compartilhados, que a caracteriza e a distingue de outras. Essas expressões culturais são vistas na estrutura, na autoridade, em reuniões, enfim, nas formas de

comunicação. Este modelo prioriza o coletivamente compartilhado e as atitudes e comportamentos individuais. Na mudança, considera-se importante substituir a programação coletiva, na busca de um novo sentido de identidade, como se fosse um empreendimento coletivo para alterar os valores das pessoas. Como o objetivo da mudança é internalizar novos valores, considera-se o treinamento um instrumento importante desse processo de socialização.

Na década de 80, o tema “cultura organizacional”, que estuda as organizações como se fossem indivíduos com personalidade, passou a ser visto como fundamental na análise e na prática organizacional (FREITAS; 2000).

f) Política

Segundo Motta (2004), nesta perspectiva, a organização é considerada um sistema de poder no qual os indivíduos e grupos procuram ter maior influência no poder decisório. O poder é visto como um fim em si mesmo ou um instrumento para que determinadas idéias prevaleçam sobre outras.

A mudança é realizada mediante a redistribuição de poder, de forma a satisfazer novas prioridades de ação. Pressupõe a ampliação do acesso a informações, as melhorias das comunicações internas, a criação de formas participativas de gestão, a adoção de critérios mais claros de concentração e de distribuição de poder e a realização de grande esforço de negociação interna e de solução de conflitos.

A política organizacional aparece quando as pessoas têm interesses antagônicos e querem agir de forma diferente. Pode ser analisada com base nas relações entre interesses, conflito e poder (MORGAN; 2006).

4.1.4 Resistências a mudanças

A resistência à mudança é inerente ao ser humano. As resistências estão presentes em todas as decisões e podem ser observadas na utilização do uso de recursos organizacionais para manifestar oposição, bloqueio, retardamento e proposição de alternativas (MOTTA, 2004).

De acordo com o mesmo autor, mudar é aplicar a novidade, é usar uma descoberta ou invenção concebida com o intuito de provocar uma nova situação julgada benéfica. Este processo, que envolve adaptações internas e com o meio ambiente, desvenda claramente interdependências, resistências e necessidade de reequilíbrio. Assim, a mudança é descrita como um evento que traz consigo uma via de mão dupla: a danificação e a construção.

Algumas décadas atrás, a mudança era vista como perturbação da ordem ou qualquer ação contestadora da autoridade, eliminando-se as resistências pela simples tentativa de submeter as pessoas à nova ordem estabelecida. Hoje, a resistência à mudança possui novas formas de tratamento. Tende a ser vista como algo tão natural como a própria mudança. A resistência significa o exercício do pensamento diferente, sendo fonte de crítica e de criatividade (MOTTA, 2004).

Outros autores consideram-na positiva, porque fornece certo grau de estabilidade e previsibilidade ao comportamento (ROBBINS; 2002).

Entretanto, considerar a resistência como natural e, por vezes, positiva não significa que ela sempre será tratada como aceitável. Se a mudança for necessária para o progresso, a resistência precisa ser superada, como tem se observado nos casos de implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

Para Motta (2004), algumas das manifestações de resistência originada nos indivíduos são:

- dissidência: aproxima-se da alienação ou da percepção de falta de autonomia. Os dissidentes identificam-se com a organização, mas recusam -se a aceitar algumas de suas práticas. Julgam-na negativamente.
- apatia: significa indiferença e a não manifestação de identidade com valores e práticas organizacionais. Os apáticos não se comprometem integralmente, não participam e não arriscam. São resistentes passivos.
- ressentimento: os ressentidos não são resignados. Julgam -se injustificados por não se sentirem com igualdade de acesso às oportunidades. É uma percepção de exclusão por recursos de poder. Constitui forma de sua manifestação comprometer-se com o negativismo ou contraditório ao existente.

Superar as resistências está diretamente ligado à capacidade de fazer com que todos (ou a maioria) os componentes da organização se sintam motivados a cooperar e a compreender o avanço que a mudança abrange. Para tanto, é necessário criar estratégias que possam minimizar os efeitos desta resistência, sentimentos de medo, perda e tensão.

Kotter e Schlesinger (1979) sugerem aos agentes de mudança seis táticas para enfrentar a resistência:

- Educação e comunicação: é possível minimizar a resistência por meio comunicação com os funcionários, auxiliando-os na compreensão da lógica da mudança. O pressuposto desta tática é de que a fonte da resistência é a falta de comunicação ou a pouca informação. Havendo confiança entre a administração e os funcionários e sendo esse realmente o problema, a tática pode auxiliar o processo.
- Participação: ao participarem da elaboração de um projeto, os indivíduos se sentem responsáveis por seu sucesso. Muitas vezes, essa participação pode não ser direta, mas a consciência de que há representações dos segmentos que estão envolvidos já alivia a resistência. Melhor ainda quando essa representação é indicada ou eleita pelo conjunto dos representados. Desde que os participantes tenham competência para dar uma contribuição significativa, seu envolvimento poderá reduzir a resistência, obter comprometimento e melhorar a qualidade da decisão final. Por outro lado, surge a possibilidade de uma solução de baixa qualidade e grande consumo de tempo.
- Facilitação e apoio: há necessidade de que os projetos de mudança recebam apoio das estruturas organizacionais pertinentes, incluindo especialmente a alta direção. Os agentes de mudança podem oferecer diversas formas de apoio para a reduzir a resistência. As desvantagens são o consumo de tempo e o alto custo.
- Negociação: pode ser uma tática necessária quando a resistência vem de uma fonte poderosa. Nem sempre é possível buscar uma negociação em termos tangíveis, com troca de vantagens ou responsabilidades, mas há que se buscar uma negociação de visões de futuro na perspectiva tanto da organização quanto dos indivíduos envolvidos.
- Manipulação e cooptação: a manipulação trata de tentativas de influenciar disfarçadamente. É possível, por exemplo, distorcer fatos para torná-los mais atraentes,

sonegar informações indesejáveis ou criar falsos rumores para induzir os funcionários a aceitar as mudanças. Já a cooptação é uma mistura de manipulação com participação, com a intenção de conquistar os líderes dos grupos de resistência oferecendo-lhes papéis-chaves nas decisões de mudança. Considerada uma solução rápida e pouco dispendiosa para problemas de resistência, a cooptação é uma estratégia em que os agentes de mudança podem indicar um membro do grupo de resistência para uma função de participação direta no projeto. A cooptação busca instaurar efeitos de solidariedade ou a identificação psicológica entre os que irão proceder aos novos procedimentos. A manipulação pode envolver o uso seletivo de informações, a divulgação de parte dos benefícios antecipados ou, até, a utilização de conseqüências projetadas no ambiente externo como forma de apelo ao compromisso com o novo projeto.

- **Coerção:** a coerção se refere ao uso de ameaças diretas aos resistentes, por exemplo, transferência, perda de promoções, avaliação negativa de desempenho e carta de recomendação de sabonadoras. Embora seus efeitos iniciais sejam mais imediatos, as conseqüências de longo prazo podem minar a manutenção da mudança, na medida em que, por não ser uma tática construtivista, não exige do indivíduo o seu envolvimento na busca do sucesso do projeto.

4.2 Iniciativa Hospital Amigo da Criança

4.2.1 Definição da designação “ Amiga da Criança”

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) é uma ação mundial, idealizada, em 1990, pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que visa promover, proteger e apoiar a prática do aleitamento materno, a fim de reduzir o desmame precoce e suas conseqüências sobre a morbi-mortalidade infantil.

Segundo Lamounier (1998), para uma maternidade ou um hospital com leitos obstétricos se transforme em um "Hospital Amigo da Criança", faz-se necessário mobilizar os funcionários

e os profissionais de saúde para gerar mudanças em condutas e rotinas existentes, visando prevenir o desmame precoce. Tal fenômeno resulta de uma complexa interação de fatores socioculturais, por exemplo, o processo de industrialização, o surgimento e a divulgação de leites industrializados, como a respectiva adesão de profissionais de saúde à prescrição da alimentação artificial, a inserção da mulher no trabalho e a adoção nas maternidades de medidas pouco incentivadoras do aleitamento materno. Com vistas à redução do desmame precoce e com base na modificação de rotinas hospitalares inadequadas à prática da amamentação, foram normatizadas pela OMS e UNICEF as orientações abaixo, denominadas "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno":

- 1º) Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deverá ser rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde.
- 2º) Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar a referida norma.
- 3º) Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento materno.
- 4º) Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto.
- 5º) Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a serem separadas de seus filhos.
- 6º) Não dar aos recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que seja prescrito pelo médico.
- 7º) Praticar o alojamento conjunto (permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia).
- 8º) Encorajar o aleitamento sob livre demanda.
- 9º) Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas no peito.
- 10º) Encorajar a formação de grupos de apoio à amamentação para onde as mães devem ser encaminhadas logo após a alta do hospital ou ambulatório.

Segundo os dados do Ministério da Saúde de 2007, essa iniciativa conta com a adesão de cerca de 130 países, tendo credenciado, até outubro de 2007, 338 hospitais no Brasil e mais de 20 mil em todo o mundo. Em 1992, o Ministério da Saúde e o Grupo de Defesa da Saúde da Criança, com o apoio do UNICEF e da Organização Pan - Americana de Saúde (OPAS), iniciaram a implantação da IHAC no Brasil, credenciando, em Recife, PE, o primeiro Hospital

Amigo da Criança: o Instituto Materno Infantil de Pernambuco. Em todo o mundo, para que receba o título de "Amigo da Criança", o hospital deve cumprir todos os "Dez Passos..."

No Brasil, os "Hospitais Amigos da Criança" recebem incentivo financeiro, pagos pelo Ministério da Saúde, sobre os procedimentos obstétricos realizados. Os valores de remuneração dos hospitais habilitados como "Amigo da Criança" são estabelecidos pela Portaria GM /MS 1117, de 7 junho de 2004.

4.2.2 Objetivos do Hospital Amigo da Criança

A OMS relata que a IHAC foi criada para promover a implementação dos "Dez Passos".

Assegurar que todo estabelecimento que ofereça serviços de maternidade pratique integralmente todos os passos dos Dez Passos para o Sucesso no Aleitamento Materno estabelecidos na declaração conjunta OMS/UNICEF Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços de maternidade, e os aspectos relevantes aos estabelecimentos de saúde da terceira meta operacional: para efetivar os princípios e os objetivos de todos os Artigos do Código Internacional de Comercialização do Substitutos do Leite Materno e das subsequentes resoluções relevantes da Assembléia Mundial da Saúde em sua integridade (OMS, 2001, p. 9).

A IHAC visa enfrentar, de acordo com a OMS (2001), um fator fundamental que tem contribuído para prejudicar o aleitamento materno: as práticas de saúde que interferem na amamentação. Até que essas práticas sejam aperfeiçoadas, as tentativas de promover o aleitamento fora da unidade de saúde estarão prejudicadas. Apesar de as práticas inadequadas nas maternidades não poderem ser consideradas as únicas responsáveis pelas baixas taxas de aleitamentos maternos exclusivo, cuidados apropriados podem ser um pré-requisito para aumentá-las.

4.2.3 Benefícios do credenciamento como Hospital Amigo da Criança

Estudos realizados no Brasil e no Chile têm mostrado o impacto da IHAC no aumento da duração do aleitamento materno. No Chile, Valdés *et al.*, em 1993, acompanharam crianças

nascidas em um Hospital Amigo da Criança (HAC), comparando-as com outras que nasceram em um hospital tradicional, em Santiago. A prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME) nos primeiros seis meses de vida foi de 66,8% naquelas que nasceram no HAC, contra 23,3% nas que nasceram no hospital tradicional. No Brasil, estudo semelhante foi realizado por Fiedler, em 1995, comparando um HAC em Santos, SP, com outro hospital tradicional (controle), porém que atuava de maneira tradicional, ou seja, sem incentivo ao aleitamento materno. Constatou-se que a mediana de amamentação com leite materno exclusivo foi de 75 dias, contra 22 dias. Isso representa um benefício de 53 dias em amamentação se o programa fosse instituído no hospital-controle. A probabilidade de aleitamento materno exclusivo para um mês foi de 0,64 no hospital com o programa e de 0,39 no hospital - controle. Aos três meses, a probabilidade foi de 0,46 contra 0,20, respectivamente. Fazendo-se a diferença (0,64 - 0,39) e dividindo-se por 1.000, encontra-se que 250 mulheres teriam aleitamento materno exclusivo no primeiro mês, comprovando-se, assim, a eficiência do programa desenvolvido no Hospital Amigo da Criança.

Informações divulgadas pelo (PNIAM/UNICEF) (1995), destacam que a adoção dos "Dez Passos" e o trabalho de incentivo ao aleitamento materno resultaram em significativo aumento dos índices de amamentação em várias localidades no Brasil. Em Fortaleza, Ceará, na Maternidade Escola Assis Chateaubriand, em pesquisa realizada no período de junho de 1993 a junho de 1994, apurou-se uma prevalência de aleitamento materno exclusivo de 73% no primeiro mês, 62% aos dois meses, 51% aos três meses, 44% aos quatro meses e de 38% entre cinco e seis meses. Dados de pesquisas realizadas no estado do Ceará mostram taxas de 33% de aleitamento materno exclusivo aos 30 dias e de 21% aos 60 dias. No Distrito Federal, os níveis de aleitamento materno exclusivo foram de 58 dias; aleitamento materno predominante, em 92 dias; e amamentação mista, em 101 dias. O programa de incentivo ao aleitamento materno desenvolvido na maternidade tem contribuído para reduzir as taxas de morbi-mortalidade infantil. Em Joinville, Santa Catarina, na Maternidade Darcy Vargas, conforme mostrado na pesquisa PNIAM/UNICEF, (1995), os índices de aleitamento materno exclusivo no período de quatro a seis meses foi de 22%, superior ao da média nacional. Em Feira de Santana, Bahia, estudo realizado em junho de 1996 envolvendo 3.898 crianças com idade inferior a dois anos revelou taxas de 45% de aleitamento materno exclusivo na faixa etária de 0 - 3 meses e 45,4% na faixa etária de 12 - 15 meses. A mediana de duração do aleitamento materno foi de nove meses. A experiência e os

resultados descritos acima demonstram que a IHAC tem contribuído muito para melhorar os índices de incidência e prevalência do aleitamento materno no país.

4.2.4 Certificação Hospital Amigo da Criança

O processo de credenciamento inicia-se com o preenchimento, pelo hospital, do questionário de auto-avaliação, que deverá ser encaminhado à área competente da Secretaria Estadual de Saúde (SES), para análise. Após esta etapa, a SES designa um avaliador da IHAC para realizar a pré-avaliação. Quando o hospital é aprovado no processo de pré-avaliação, a SES solicita ao Ministério da Saúde a avaliação global da unidade, que, por sua vez, encaminha dois avaliadores externos para realizar o procedimento. Diferentemente dos demais países, no Brasil, em dezembro de 2004, o Ministério da Saúde estabeleceu, pela Portaria 756, dez pré-requisitos, indicadores da qualidade da assistência à mulher e à criança, no processo de avaliação:

- 1º) Comprovar cadastramento no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde-CNES.
- 2º) Comprovar cumprimento à Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância.
- 3º) Não estar respondendo à sindicância no Sistema Único de Saúde (SUS).
- 4º) Não ter sido condenado judicialmente, nos últimos dois anos, em processo relativo à assistência prestada no pré-parto, parto, puerpério e período de internação em unidade de cuidados neonatais.
- 5º) Dispor de profissional capacitado para a assistência à mulher e ao recém-nascido no ato do parto.
- 6º) Garantir, a partir da habilitação, que pelo menos 70% dos recém-nascidos saiam de alta hospitalar com o Registro de Nascimento Civil, comprovado pelo Sistema de Informações hospitalares, mediante incentivo instituído pela Portaria 938/GM, de 20 de maio de 2002.
- 7º) Possuir comitê de investigação de óbitos maternos, infantis e fetais implantado e atuante que forneça, trimestralmente, ao setor competente da Secretaria Municipal de

Saúde (SMS) e ou da Secretaria Estadual de Saúde (SES) as informações epidemiológicas e as iniciativas adotadas para a melhoria na assistência, para análise pelo Comitê Estadual e envio semestral ao Comitê Nacional de Prevenção do Óbito Infantil e fetal.

8º) Apresentar taxa percentual de cesarianas conforme a estabelecida pelo gestor estadual/municipal, tendo como referência as regulamentações procedidas do Ministério da Saúde (MS).

9º) Apresentar tempo de permanência hospitalar mínima de 24 horas para parto normal e de 48 horas para parto cesariana.

10º) Permitir a presença de acompanhante no alojamento conjunto.

O hospital que cumprir o estabelecido na Portaria 756 e os “Dez Passos” recebe a placa de IHAC, em solenidade oficial.

O processo de avaliação para um hospital ser designado “Amigo da Criança” conta quatro instrumentos básicos:

- Critérios globais – constituem-se nos padrões internacionais mínimos para a proteção e promoção ao aleitamento materno em serviços materno-infantis.
- Questionário de Auto-avaliação, por meio do qual o próprio hospital faz uma análise de eficácia de suas práticas. As perguntas são estruturadas a partir de critérios globais e as respectivas respostas são tabuladas de tal maneira a fornecer subsídios para ações futuras. Qualquer hospital ou estabelecimento de saúde interessado em tornar-se “Amigo da Criança” deverá avaliar suas atuais práticas em relação a todos os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”. Para tal, foi desenvolvido este questionário, destinado a hospitais, maternidades e outras unidades, com o objetivo de obter uma avaliação preliminar das rotinas existentes, como também dimensionar de que modo essas unidades executam algumas outras recomendações da “Declaração Conjunta OMS/UNICEF – Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno: O Papel Especial dos Serviços de Saúde” publicada em 1989. Após o preenchido, o questionário, deverá ser encaminhado à Secretaria Estadual de Saúde.

- Questionário de Avaliação Global – instrumento utilizado durante o processo de avaliação, por uma equipe de consultores externos indicados pela autoridade nacional, UNICEF e OMS/OPAS. Para que a avaliação possa ser feita, serão necessários dois dias intensivos ou três dias num ritmo mais lento. Consiste em reuniões com funcionários graduados, 20 a 30 entrevistas com funcionários e mães, observações na maternidade e ambulatório de serviços pré-natais e revisão de materiais escritos. Se o hospital satisfizer 80% dos critérios, receberá a placa “Hospital Amigo da Criança”. Se não satisfizer os critérios, receberá o Certificado de Compromisso para Tornar-se Amigo da Criança. Para receber esta recomendação dos avaliadores, o hospital deverá ter obtido um resultado final satisfatório na análise do questionário de auto-avaliação.
- Guia para qualificar a avaliação do hospital – conjunto de orientações para auxiliar a autoridade nacional a determinar, com base nos dados assinalados nas folhas- resumo pela equipe de avaliadores, se o estabelecimento cumpriu os critérios globais para ser designado “Amigo da Criança”.

4.2.5 Reavaliações e descredenciamentos

De acordo com o Ministério da Saúde (Portaria 756/GM, de 16 de dezembro de 2004), as reavaliações dos hospitais são realizadas pelo Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES/SAS/MS) Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, a cada três anos ou quando houver denúncia de irregularidades. O hospital poderá ser descredenciado/desabilitado caso seja constatado o não cumprimento dos critérios e dos “Dez Passos”.

O descredenciamento/desabilitação será feito mediante a publicação de portaria revogando o ato anterior de habilitação, editada pela Secretaria de Atenção à Saúde/SAS/MS.

4.2.6 Supervisão e Equipe de Avaliadores

As supervisões anuais nos hospitais credenciados são realizadas pelos avaliadores designados pelas Secretarias Municipal de Saúde e pela Secretaria do Estado da Saúde (SMS/SES), utilizando como roteiro formulários específicos da IHAC. Os resultados são encaminhados, até o último dia útil do mês de novembro de cada ano, ao Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES/SAS/MS) - Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno.

Para a avaliação e a reavaliação globais, a equipe de avaliadores designados conta com dois profissionais de saúde não envolvidos com o treinamento nem com o processo de credenciamento, sendo que um deles não deve ser do município onde esteja ocorrendo tal processo

4.2.7 Treinamento

Para a OMS (2001), o treinamento, para que seja bem sucedido, deve ser em serviço e obrigatório, o que requer uma norma escrita e apoiada pelas chefias. Caso o treinamento seja voluntário e as chefias descompromissadas, o comparecimento tende a ser fraco, e apenas aqueles cuja atitude já é favorável participarão.

Altobelli et al (1991) estudaram o efeito de um curso de aleitamento materno de 20 horas e do fornecimento de materiais educacionais padronizados para equipes de saúde perinatais no Peru. Três hospitais foram incluídos: dois para intervenção e um para controle. Compareceram ao curso, em período integral, profissionais de saúde dos dois hospitais da intervenção (92 de um e 96 de outro), incluindo pediatras, obstetras, parteiras, enfermeiras e auxiliares de enfermagem. Outros profissionais assistiam o curso em tempo parcial (67 de um e 30 do outro). Os auxiliares de enfermagem assistiram a uma sessão extra de seis horas de práticas sobre as técnicas de aleitamento materno e educação para as mães. Os materiais educativos enfocavam dez mensagens sobre a introdução precoce de água e consistiam em um manual para a equipe de saúde, um álbum seriado para educação das mães e um pôster-calendário para as mães levarem para casa.

Uma pesquisa sobre conhecimento, atitudes e práticas (CAP) de todas as categorias das equipes de saúde, nove meses após o tratamento, mostrou uma grande melhoria com relação ao contato inicial mãe .filho, à pega ao seio e ao uso reduzido de alimentos e suplementos pré-lácteos em hospitais onde houve treinamentos. Não se verificou melhora de práticas no hospital-controle. As taxas de aleitamento materno exclusivo até quatro semanas foram significativamente mais altas entre mães que deram à luz em hospitais em que a equipe havia sido treinada em comparação com aqueles em que o treinamento não havia ocorrido.

Armstrong (1990) descreveu os estágios no processo de mudança, tendo como base a extensa experiência de cursos ministrados na África. Concluiu que a resistência à adoção de rotinas adequadas, devido a uma oposição natural à mudança e a experiência pessoal com relação ao aleitamento materno, desenvolve-se com frequência no segundo ou terceiro dia de treinamento. A absorção de novas idéias e o planejamento ativo para mudanças ocorrem mais prontamente quando esse estágio é ultrapassado.

A OMS (2000) recomenda que a duração do treinamento da Iniciativa Hospital Amigo da Criança deve ser de pelo menos 18 horas, incluindo no mínimo três horas de prática clínica.

5. METODOLOGIA

5.1 Tipo de pesquisa

Para atingir os objetivos propostos, optou-se pela pesquisa qualitativa, contemplando uma amostra de dois hospitais, pelo do método estudo de caso, objetivando captar com a maior fidelidade possível as percepções de pessoas das organizações pesquisadas que vivenciaram o processo de implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

A abordagem qualitativa foi selecionada como método de pesquisa tendo em vista que o estudo tem natureza exploratório-interpretativa, visando captar as perspectivas e interpretações das pessoas a respeito de uma realidade vivenciada. Segundo Gil (2002), pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias com vistas à formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores, tendo por objetivo proporcionar uma visão geral, de tipo aproximativo, de determinado fato. São aplicáveis especialmente quando o tema é pouco explorado, como é o tema mudança associada ao programa IHAC, e de difícil formulação de hipóteses precisas e operacionalizáveis. Para tanto, foi definida a coleta de dados e informações em uma amostra de dois hospitais, usando-se para tal a estratégia de pesquisa denominada “estudo de caso”, que busca analisar eficientemente uma situação complexa sem perder de vista a riqueza das múltiplas relações e interações entre seus componentes. Essa estratégia permite uma profundidade de investigação dos processos sociais difícil de ser alcançada por outros tipos de estudos (CAMPOMAR, 1991). Segundo Gil (2002), o estudo de caso é caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, de maneira a permitir conhecimento amplo e detalhado do mesmo.

As questões investigadas na amostra de hospitais que passaram pelo processo de implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) foram definidas com base nos objetivos da pesquisa. Serão utilizados dois tipos de roteiros constantes no apêndice.

5.2 Unidade de análise

Foram selecionados dois hospitais credenciados com o título “Hospital Amigo da Criança”. Segundo Yin (2005), a definição da unidade de análise está relacionada à maneira como as questões iniciais da pesquisa foram definidas.

Os dois hospitais selecionados são vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), sendo um público e o outro filantrópico, localizado no centro-oeste mineiro. Os critérios principais utilizados para a seleção dos hospitais foram a facilidade de acesso e a permissão para entrevistas com pessoas de diferentes níveis hierárquicos, de modo a possibilitar uma análise mais abrangente das mudanças percebidas.

Além disso, buscaram-se hospitais que já tivessem obtido a certificação há mais de um ano, ou seja, que já tivessem incorporado esse processo em suas rotinas.

5.3 Unidade de observação

A amostra foi composta por seis membros do corpo gerencial e seis funcionários de nível operacional que participaram da implementação do programa Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

5.4 Instrumentos de coleta de dados

As técnicas utilizadas para a coleta de dados foram:

- a) análise documental: livros, revistas, informativos, organogramas, relatórios e outros documentos internos;
- b) entrevista semi-estruturada: foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, as quais utilizam também questões abertas, o que permite ao entrevistador entender e captar a perspectiva dos

participantes da pesquisa. As entrevistas foram realizadas, individualmente, utilizando, um roteiro básico preestabelecido, conforme questionário do apêndice.

Para Yin (2005), na entrevista semi-estruturada os entrevistados são questionados sobre aspectos bem definidos do tema, com uma relativa flexibilidade em sair fora do roteiro preestabelecido para explorar alguma informação mais detalhadamente.

Foram utilizados dois modelos de roteiros: um composto por 17 perguntas, destinado a captar as percepções de pessoal de direção ou gerencial, e outro composto por 13 perguntas, destinado ao o pessoal de nível operacional.

Os depoimentos foram gravados e transcritos, exceto nos casos em que houve constrangimento do entrevistado, fato constatado mais comumente no nível operacional..

Em cada hospital, foram entrevistados:

- diretor geral;
- gerente da enfermagem;
- gerente da neonatologia (pediatria);
- líder (responsável) no processo de implantação da IHAC;
- gerente de recursos humanos;
- supervisor de enfermagem; e
- funcionários pelo menos seis da assistência direta ao binômio mãe-filho.

As observações dos ambientes pesquisados subsidiaram e enriqueceram as análises e as conclusões obtidas.

5.5 Análise dos dados

Com base nas informações coletadas nas entrevistas e nas observações posteriores, realizou-se a análise de dados, que se baseou na técnica de análise de conteúdo (ROESCH; 1996). Nesta fase, para subsidiar a análise, foram consideradas as perspectivas de análise organizacional apresentadas por Motta (2004), a partir das quais foram elencadas as principais categorias de mudanças organizacionais possíveis, conforme detalhamento feito a seguir.

Um quadro comparativo entre os dois hospitais pesquisados, com base nas entrevistas e nos depoimentos obtidos, foi montado para facilitar a visualização e a análise dos conteúdos coletados nas entrevistas.

Seguem uma relação das categorias de mudanças pesquisadas e uma breve descrição do seu significado e dos principais elementos avaliados.

a) Estruturais e políticas

Relacionadas às alterações nas relações de autoridade, ao processo de comunicação/decisão e a outros aspectos da “anatomia” de uma organização.

Elementos avaliados:

- definição ou mudanças nas responsabilidades e poder;
- redução ou aumento dos níveis hierárquicos; e
- criação ou eliminação de setores ou áreas.

b) Estratégicas

Relacionadas à organização como um todo e ao seu ambiente, tais como relacionamento com os pacientes, expansão e ênfase competitiva.

Elementos avaliados:

- número de pacientes atendidos;
- relacionamento com os pacientes;
- relacionamento com os gestores municipais e estaduais;
- posicionamento em relação à concorrência; e
- redução ou aumento de custos.

c) Culturais.

Relacionadas aos os padrões pensados pelas organizações e à forma de comportamento das pessoas que as compõem, envolvendo valores, crenças, hábitos, ritos, mitos, símbolos, linguagem e interesses comuns.

Elementos avaliados:

- novas atitudes;
- novos rituais;
- mudanças de crenças;
- novos valores;
- estilos de liderança;
- comunicação interna;
- integração entre áreas;
- forma de relacionamento /tratamento com os pacientes; e
- comportamento grupal e intergrupal.

d) Tecnológicas

Relacionadas às mudanças na tecnologia, nos equipamentos e na parte física dos hospitais.

Elementos avaliados:

- padronização dos processos;
- incorporação de novos processos;
- aquisição de novas máquinas e equipamentos;
- mudança de *leiaute*;
- desenvolvimento de fornecedores ou novos fornecedores;
- burocratização de processos; e
- reforma na área física.

e) Gestão de pessoas

Relacionadas à forma de tratamento, ao treinamento e desenvolvimento das pessoas na organização e à motivação e demais impactos no quadro de pessoal.

Elementos avaliados;

- políticas de seleção e recrutamento;
- políticas de treinamento e desenvolvimento;
- comprometimento dos funcionários (absenteísmo, participação em grupos, número de acidentes, afastamentos e sugestões).
- forma de remuneração e recompensas;;
- número de funcionários (redução, manutenção, aumento); e
- clima organizacional.

Outros itens foram registrados como:

- tempo de implementação;
- tempo de implantação da IHAC;
- forma de implementação;
- motivos para buscar o credenciamento;
- maiores dificuldades durante e pós-certificação;
- elementos facilitadores;
- principais benefícios;
- pontos negativos;
- Influências no desempenho e resultados do hospital;
- liderança do processo;
- atitudes das pessoas frente a avaliações periódicas; e
- mudanças pós-certificação.

6. DESCRIÇÃO DOS HOSPITAIS PESQUISADOS

6.1 Descrição e histórico do hospital A

Nascido da fusão de duas unidades hospitalares, uma privada e outra pública, em outubro de 2003, o hospital A foi criado para atender a uma das maiores carências da Região Metropolitana de Belo Horizonte: a falta de leitos para atendimento ao parto. A unidade, localizada em Contagem – MG, tem capacidade de realizar cerca de 3 mil atendimentos e 500 internações por mês. Conta com 89 leitos, dos quais 20 são destinados às unidades de tratamento neonatal. As instalações físicas obedecem às normas técnicas do Ministério da Saúde

Instalada em um prédio locado, totalizando 2460 m² de área construída, adaptado para se tornar uma maternidade, dispõe de 89 leitos, assim distribuídos:

- 48 leitos de alojamento conjunto;
- 5 leitos de cirurgia ginecológica;
- 5 leitos de intercorrências da gravidez e puerpério;
- 7 leitos de pré-parto;
- 20 leitos de cuidados neonatais; e
- 4 leitos do método canguru.

Também disponibiliza 10 leitos de alojamento materno para mães de recém-nascidos retidos na Unidade Neonatal, para que possam participar do tratamento de seus filhos. Em maio de 2005, o hospital A obteve o título “Hospital Amigo da Criança”, num processo que durou cinco anos, recebendo a partir daquela data avaliação anual de parte da Secretaria Estadual da Saúde e parte do Ministério da Saúde para a manutenção do título.

Em dezembro de 2005, foi implantado o Colegiado Gestor, para o desenvolvimento da gestão participativa e da Política Nacional de Humanização, apresentando a seguinte estrutura:

- diretoria executiva;
- coordenações de linhas de cuidados da mulher e da criança;
- gerentes de Unidades de Produção de Cuidados;

- gerentes de Unidades de Produção Administrativas; e
- coordenadores de Linhas de Apoio.

O hospital A conta com equipe composta por 391 funcionários.

6.1.1 A implementação da IHAC

6.1.1.1 Duração

O processo de implantação da IHAC no Hospital A, desde o lançamento formal até a data da entrega do título, durou 5 anos e 11 meses (20/06/2000 a 25/05/2005).

6.1.1.2 Forma de implementação

Para a coordenação do processo, constituiu-se um comitê composto por 10 pessoas (5 inicialmente e 5 posteriormente à fusão dos hospitais), o qual geriu o processo de implantação, a partir de um planejamento de atividades.

O pessoal do Comitê de Implantação realizou um treinamento de 18 horas em aleitamento materno, promovido pela Secretaria Estadual da Saúde. Seguiram-se vários cursos de 18 horas, aproximadamente 25, realizado pelo Comitê, com o apoio de voluntários e da Secretaria Municipal de Saúde de Contagem, para todos os funcionários do hospital. Houve muita dificuldade, pela alta rotatividade de funcionários.

A partir daí, o trabalho foi dividido entre os vários grupos, que se responsabilizaram por desenvolver os “Dez Passos”, apoiados pelo Comitê de Implantação.

6.1.1.3 Motivos para a certificação

Depoimentos do pessoal entrevistado, alguns reproduzidos a seguir, demonstram que existem opiniões diferenciadas quanto aos motivos que levaram o hospital a buscar o título IHAC. De modo geral, para o nível gerencial, relacionavam-se à qualidade da assistência e a motivos políticos para o pessoal de nível operacional, o mais importante era busca da melhoria da qualidade do serviço.

A Direção do hospital demonstrou uma visão mais abrangente, que considera não somente a questão de marketing, mas também os ganhos sociais e da gestão do hospital.

a) Nível de direção

A necessidade do título foi levantada principalmente por pessoal da área assistencial, que viu que outras maternidades tinham conseguido ganhar o título. O título significaria um ganho político. Mas houve uma grande discussão para conseguir, porque não era só para ter o título; era também para melhorar nosso trabalho e para ajudar as mães a amamentar.

b) Nível gerencial e de supervisão

A maternidade de Imbirussu já tinha o título e outras também estavam tentando ganhar. [...] Foi também por motivo político da Diretoria.

Foi o diretor na época que empenhou para conseguir ganho político.

Depois que fizemos o curso de dezoito horas da Secretaria, vimos que precisávamos implantar as melhorias na maternidade. Não era simplesmente para ter o título; era para melhorar o aleitamento.

c) Nível operacional

Para melhorar nosso trabalho de aleitamento materno.

É muito bom para as crianças e para as mães.

6.1.1.4 A liderança do processo

Apesar de o processo ter sido coordenado por um comitê especificamente criado para tal, observou-se que existiu apoio e acompanhamento direto da alta direção do hospital, centrado na figura do diretor, ao qual o Comitê estava vinculado. Na prática, o diretor geral apoiou e respaldou o Comitê com sua autoridade, sempre que necessário:

Ele deu muito apoio: Nós tínhamos o apoio, pagou hora extra, chamou cada médico para os treinamentos, teve até que transferir um médico que não concordava e boicotava (depoimento da supervisora).

Havia muita vontade do diretor (depoimento de funcionário do nível operacional).

6.1.1.5 Maiores dificuldades e resistências durante o processo

a) Nível de direção

A maior dificuldade relatada pela Direção do hospital está relacionada à adesão dos médicos.

Os médicos são muito difíceis. Eles não participam. Na época; marcávamos os treinamentos, e eles não participavam. Médicos são quase vinte por cento e não iam aos treinamentos.

b) Nível gerencial e de supervisão

No nível gerencial, as principais dificuldades/ resistências apontadas foram:

- inexperiência e dificuldade de executar novas rotinas:

Lá admitia a criança em berçário, e foi muito difícil acabar com este costume. Dava muito complemento com leite artificial, prescrevia muito o Nan sem necessidade. Os obstetras sedavam as mães. E elas não conseguiam amamentar.

- necessidade de mudanças comportamentais:

Foi muito difícil fazer com que as pessoas que tinham anos de trabalho mudassem as rotinas que estavam acostumadas.

Antes, cada plantão fazia de um jeito. Tinha plantão que passava muito complemento; outras achavam que o choro da criança era fome. Foi muito difícil mudar.

- conscientização e resistência pessoal:

No começo, alguns tinham muita resistência, principalmente os médicos. Eles tiveram que passar a fazer o que eles não faziam, como o parto normal. Alguns médicos insistiam em prescrever o leite artificial, mas depois dos treinamentos passaram a acreditar no aleitamento materno.

6.1.1.6 Maiores dificuldades e resistências após a certificação

a) Nível de direção

A Direção do hospital relatou que a maior dificuldade é manter o comportamento.

Depois do título, existe também. É uma coisa que tem que ficar sempre lembrando para não cair no esquecimento. Tem que ter o Comitê para acompanhar e ver onde estamos falhando.

b) Nível gerencial e de supervisão

As gerências e supervisores relataram como maiores dificuldades:

- burocracia e “engessamento” dos processos:

A questão do bico ou chupeta. Na UTI, em alguns casos, a gente nota [que] precisa usar. A gente era muito radical. Depois notamos que as coisas não são bem assim. Caso das mães com AIDS, que não podem amamentar, a gente não pode dar a mamadeira. Mas hoje a gente explica como utilizar. Hoje, notamos que precisamos rever as normas.

- resistências das pessoas:

[...] mas algumas pessoas ainda não fazem. Estamos retomando os treinamentos e resgatando as perdas que tivemos com muita substituição de funcionários. Muita gente entrou e precisam ser treinados. Temos que estar sempre lembrando, se não as coisas desandam. No último treinamento, naquele sábado, tínhamos dez médicos para serem treinados. Foram somente três.

- treinamento:

A gente tem que fazer muito treinamento. Precisa dar folgas e obrigar as pessoas para ir aos treinamentos. Nos estamos fazendo treinamento em serviço, como dar no copinho, ordenha. Sempre o pessoal do Comitê está indo de dupla para treinar.

6.1.1.7 Elementos facilitadores

a) Nível de direção

A Diretoria relatou que os maiores fatores que facilitaram o processo de implantação da IHAC foi o apoio da Secretaria Municipal e o fato de que muitos funcionários já terem trabalhado em hospitais que possuíam o título da IHAC.

Seus depoimentos demonstraram que o comprometimento da alta administração foi fator de importância significativa no processo como um todo:

É muito importante o comprometimento da Diretoria para conquistar e manter o título. Nos treinamentos, tivemos que pagar hora extra, negociar folga, chamar os médicos para os treinamentos.

b) Nível gerencial e de supervisão

O pessoal de gerência e supervisão apontou como fatores facilitadores:

- comprometimento da Direção e do Comitê Permanente de Aleitamento Materno:

A grande vontade de manter o título. A Diretoria ajudou muito.

A nossa garra e a persistência do Comitê. A gente também tem o apoio da Secretaria. A Heloísa e a Denise estão sempre colaborando com a gente. O nosso Comitê é multiprofissional e hoje a reunião é fixa; a gente reúne, dá sugestões e estamos retomando.

- avaliações periódicas (auditorias):

A avaliação faz com que a gente corra para colocar tudo em ordem, como fosse arrumar nossa casa.

- crenças em melhorias para todos:

Acho que o que torna mais fácil é que aqui todos acreditam e trabalham com aleitamento materno. Nós acreditamos no aleitamento materno. Ele protege as crianças contra as doenças, além de muitos outros benefícios, e por ele ser de graça.

6.1.1.8 Principais benefícios para o hospital

a) Nível de direção

Para a Direção, o título IHAC trouxe benefícios internos e externos ao hospital. Externamente, os principais benefícios foram de *marketing*, ressaltando a imagem de serviços com qualidade assegurada, como:

- melhorias na assistência materno-infantil, que tornaram a visualização dos processos mais facilitada; e
- conscientização do pessoal para o aleitamento materno e o aumento de responsabilidades.

b) Nível gerencial e de supervisão

Foram relacionados os seguintes benefícios:

- aspectos de *marketing*:

Ajudou a melhorar a imagem. Recebemos visitas de escolas, PSF. Querem saber sobre o título Hospital Amigo da Criança. A nossa imagem também está atrelada ao título. A Maternidade ganhou muito.

- padronização e domínio tecnológico dos processos:

Cada um fazia de acordo com a cabeça. Hoje, não. Todos fazem de acordo com as normas, e está tudo anotado.

O maior benefício foi que a equipe passou a preocupar com o aleitamento materno. Antes não tinha normas, e as pessoas não ligavam para bicos. Hoje, todos ajudam a cumprir os dez passos. Todos passaram a falar a mesma coisa.

- melhorias na organização do hospital.

Agora, tudo fica organizado. Tem as rotinas. Então, cada um sabe o que tem que fazer. Qualquer um pode ler. Na sala de parto, todo mundo sabe que o neném tem que fazer contato pele a pele, deixar juntinho da mãe para estimular o vínculo.

c) Nível operacional

Para o pessoal de nível operacional, os principais benefícios da implantação da IHAC foram:

- organização do hospital:

Hoje, todo mundo ajuda no aleitamento materno. Eu trabalho em outro hospital, que não tem o título, e a gente sente que é desorganizado. Cada um faz de um jeito e não tem a preocupação com o aleitamento materno. Aqui já tem a norma, e a gente nota a diferença. É muito mais organizado.

- treinamento:

Hoje, tem sempre treinamentos. Tá sempre nos lembrando da rotina. Sempre a gente tem que estar atualizando.

- menos retrabalho:

Como todos ajudam, muitas complicações, como feridas e dor na hora de amamentar, que existia antigamente diminuiu muito. Diminuiu muitas complicações, e com isso a gente não precisa perder tempo e as mães sofrerem. Acho que melhorou muito.

6.1.1.9 Influências no desempenho e resultados do hospital

a) Nível de direção

A Direção não se sentiu segura em afirmar que houve influências no desempenho e nos resultados do hospital motivados pela obtenção do título IHAC:

Eu não posso dizer que ela influenciou. Talvez ela tenha influenciado alguma paciente que tenha procurado a gente pelo título. A nossa demanda foi sempre lotada.

b) Nível gerencial e de supervisão

No nível das chefias, as entrevistadas não estavam convictas de que a certificação IHAC contribuiu para produzir resultados mensuráveis ou melhorar significativamente o desempenho do hospital. Houve, entretanto relatos de aspectos positivos do processo, embora sem nenhuma evidência de impacto nos resultados da organização:

Não tenho certeza se o aumento do movimento foi em função do título ou porque abrimos mais leito de UTI.

Com certeza, melhorou. Por exemplo, hoje gastamos menos com leite artificial. Melhorou muito a conscientização das pessoas em relação à importância do aleitamento materno e o papel de cada um da recepção até o bloco.

6.1.1.10 Pontos negativos

a) Nível de direção

A diretoria não relatou pontos negativos em relação à certificação IHAC.

b) Nível gerencial e de supervisão

Os gerentes e supervisores entrevistados não apontaram pontos negativos da adoção da IHAC no hospital:

Pontos negativos em relação ao Hospital Amigo da Criança não houve, mas na época estávamos passando por um momento de crise pela mudança de funcionários. Os contratados estavam saindo e entrando os concursados. Foi um momento muito difícil.

c) Nível operacional

O pessoal de nível operacional não acreditava que existissem pontos negativos. Houve apenas manifestação relativa à situação de crise enfrentada pelo hospital, embora tivesse consciência de que a situação não tivesse relação com a IHAC:

Teve mudança de funcionários para efetivos do concurso. Nós sofremos muito.

Não sei se é um dos pontos negativos do título, foi o sofrimento da avaliação.

6.1.1.11 Atitudes frente às auditorias periódicas

Os depoimentos obtidos demonstraram que existe sempre uma preparação prévia no hospital antes das auditorias periódicas da Secretaria Estadual de Saúde e do Ministério da Saúde e que, em certos casos, a presença dos auditores desperta sentimentos de desconforto no pessoal.

a) Nível de direção

A avaliação serve para a gente colocar as coisas em ordem. A avaliação é muito importante para a gente não esquecer.

b) Nível gerencial e de supervisão

Fiquei sabendo que estamos para receber a avaliação. Nós temos procurado manter sempre as rotinas através do Comitê Permanente de Aleitamento Materno. A gente faz vistorias, planejamos os treinamentos, mas é sempre um *stress*.

c) Nível operacional

Observou-se que o pessoal de nível operacional é o que mais sofre em termos de pressão com as auditorias periódicas, pelo temor de que, com uma resposta mal dada, possa comprometer a certificação do hospital:

Dá um frio. A gente prepara, mas dá um friozinho na barriga, porque a gente tem medo de errar e perder o título.

6.1.1.12 Incorporação das sistemáticas da IHAC na rotina

Quanto à incorporação das sistemáticas, que foram definidas em função da implantação da IHAC no hospital, como rotina normal do hospital, observou-se que nem todas elas passaram efetivamente a ser executada com naturalidade. Determinados procedimentos exigiam coerção para que fossem efetivamente executados.

a) Nível de direção

Tivemos muito trabalho para implantar com alguns funcionários, principalmente com os médicos. Foi preciso chamar cada um deles e mostrar a determinação firme da diretoria.

b) Nível gerencial e de supervisão

No nível gerencial e de supervisão, foi constada unanimidade quanto à necessidade de se forçar o cumprimento dos procedimentos estabelecidos, conforme os depoimentos a seguir:

A Diretoria nos apoiou. O diretor teve que cobrar a mudança. Os obstetras tiveram que apoiar o parto normal. Eles estavam acostumados com a cesárea. Teve até que transferir um médico que não apoiava a iniciativa.

c) Nível operacional

O pessoal de nível operacional relatou não sentir dificuldades em seguir as sistemáticas e os procedimentos surgidos em decorrência da implantação da IHAC.

6.1.1.13 Sistemáticas para a manutenção da certificação

Todas as pessoas entrevistadas apontaram a existência de pelo menos uma sistemática que o hospital precisa manter para garantir a continuidade da certificação IHAC, auditorias e treinamentos periódicos.

a) Nível de direção

A Direção apontou como principais instrumentos para manutenção da certificação:

- as auditorias periódicas da Secretaria Estadual da Saúde e Ministério da Saúde;
- os treinamentos periódicos;
- comemorações de datas (semana mundial do aleitamento materno); e
- participação em eventos.

b) Nível gerencial e de supervisão

O pessoal de nível gerencial e de supervisão citou os fatores a seguir para a manutenção do título IHAC, embora alguns tenham ressaltado as dificuldades de se manter o título:

- treinamentos:

Sempre estamos realizando capacitações. Programamos para fazer treinamento no serviço: a técnica do copinho, ordenha. As pessoas fazem, mas alguns não fazem corretamente. Temos que estar sempre lembrando.

- estrutura para acompanhamento permanente das rotinas da IHAC

Temos a Comissão Permanente de Aleitamento Materno, que verifica e acompanha as irregularidades.

- análises críticas do sistema para solucionar os problemas:

A Comissão reúne, analisa e discute os problemas para resolução.

- avaliação periódica:

A avaliação periódica da Secretaria ajuda muito. Sem ela, as rotinas perderiam.

c) Nível operacional

O pessoal de nível operacional confirmou praticamente os pontos citados pelo nível gerencial:

- treinamentos

- reuniões

- avaliações:

É que eles estão sempre lembrando. Tem que ter reuniões, orientação para que a gente não esqueça o que aprendeu; treinamento para a gente aprender coisas novas.

6.1.1.14 Mudanças pós-certificação

Após a certificação, as rotinas da IHAC necessitaram de ajustes para continuar funcionando de forma compatível com a operação do hospital.

a) Nível de direção

No caso de contra-indicação do aleitamento materno, como as crianças que vão para adoção e HIV positivo, nós percebemos e a gente sabe que eles precisam sugar. A gente sabe que eles vão usar mamadeira em casa. Acho que a gente precisa ensinar a preparar a mamadeira. Estamos para rever a norma.

b) Nível gerencial e de supervisão

Foram citados como principais necessidades de mudanças pós-certificação:

- flexibilização de algumas rotinas:

A mudança que notamos foi que estávamos exagerando um pouquinho. A questão do bico ou chupeta em alguns casos a gente nota precisa usar. A gente era muito radical. Hoje, com critérios, deixamos.

- implementação de outros programas:

Não paramos. Caminhamos com o programa Doulas, e hoje estamos implantando o programa “Amigas do Peito”, em parceria com a ong Mãos que Ajudam. Tudo veio em consequência do aleitamento materno. Estamos capacitando o olhar de aconselhamento, na época do título não tivemos tempo.

6.1.1.15 Título Hospital Amigo da Criança e principais mudanças

No Hospital A, foram coletadas as seguintes informações em relação às principais mudanças provocadas pela implantação da IHAC:

a) Estruturais e políticas

- Alterações na estrutura organizacional

- criação de uma comissão de aleitamento materno, conhecido como Comitê Permanente de Aleitamento Materno;
- criação do alojamento materno, com um funcionário responsável pelo setor; e
- maior controle social.

Temos as Doulas e as Amigas do Peito. Elas são voluntárias da comunidade que fazem um trabalho para ajudar as mães e as crianças, e ajudam no controle social. Fizemos treinamentos, e hoje elas ajudam muito.

- Alterações nas responsabilidades/ autoridades

- maior autonomia e ampliação das responsabilidades do nível operacional:

Hoje é melhor, porque a gente sabe ajudar as mães. Cada um sabe o que deve fazer, como colocar para amamentar na primeira meia hora.

- Alterações no processo decisório

Hoje, a gente tem um comitê, que reúne para decidir as ações em relação ao aleitamento materno.

b) Estratégicas

Do ponto de vista das estratégias do hospital, praticamente não foram citadas mudanças significativas, podendo-se então concluir que a implantação da IHAC pouco interferiu nos aspectos estratégicos do Hospital A.

Algumas pessoas citaram:

- equiparação com outros hospitais, uma vez que havia outros que já possuíam o título IHAC; e
- uso do título como instrumento de *marketing*.

c) Culturais

Em relação à cultura organizacional, foram citados:

- Mudanças de crenças

- reconhecimento de que os funcionários de nível operacional têm também capacidade para responsabilizar-se por atividades de rotinas, a partir do uso de normas e treinamentos;
- conscientização da necessidade de criar rotinas e usá-los no dia-a-dia; e
- conscientização da necessidade do aleitamento materno.

- Novas atitudes

- maior comprometimento das pessoas com a organização como um todo;
- maior organização nos setores; e
- conscientização da importância da orientação e apoio ao aleitamento materno como responsabilidade de todos.

- Incorporações de novos valores

- conscientização da importância da realização de treinamentos periódicos;
- conscientização da necessidade de registrar das atividades realizadas; e
- trabalho em equipe.

- Incorporação de novos rituais
- atividades de preparação para avaliação periódica;
- documentação das rotinas de trabalho e realização de treinamentos associados; e
- sistemática de ações corretivas, buscando agir nas causas dos problemas.

- Relações interpessoais
- maior interação entre as pessoas, decorrente do reconhecimento de que os resultados dependem de um trabalho em equipe e não de indivíduos isolados; e
- eliminação de alguns conflitos pela definição clara das responsabilidades de cada um.

- Comportamento grupal e intergrupar
- realização de reuniões; e
- maior flexibilidade do pessoal.

- Melhoria da comunicação interna e integração entre áreas

- eliminação de “ilhas” existentes anteriormente; e
- o pessoal de nível operacional passou a receber mais informações do que antes.

d) Tecnológicas

Quanto aos aspectos relacionados aos processos e tecnologia do hospital, observou-se que as maiores mudanças aconteceram em:

- Padronização dos processos principais
 - formalização do que se fazia de maneira informal; e
 - documentação de treinamentos e comemorações.
- Burocratização/ “engessamento” de processos
 - houve propensão a controle.
 - cumprimento da norma.
- Maior controle sobre processos
 - o registro de alta em relação ao aleitamento materno passou a ser gerado para acompanhamento do processo.
- Aquisição de equipamentos

- recebeu doação de uma ordenhadeira elétrica, duas poltronas para conforto durante a ordenha, armários, *freezer* e caixas térmicas; e

- ar-condicionado para o posto de coleta.

- Mudanças no leiaute

- foi montado um alojamento materno;

- berçário de admissão foi extinto; e

- enfermaria mãe canguru.

- Mudanças e /ou incorporação de novos processos

- houve modificação de operações que não agregavam valores por exemplo, o berçário de admissão foi extinto e os recém-nascidos passaram a ir diretamente para o alojamento conjunto); e

- novos programas foram implantados em decorrência do aleitamento materno, como Doulas e Amigas do peito.

e) Gestão de pessoas

No que tange aos aspectos relacionados com gestão de pessoas, os maiores impactos relatados referem-se à:

- Política de capacitação de pessoal

- treinamentos freqüentes; e

- participação ativa da supervisão na identificação de necessidades e execução de treinamento do seu pessoal.

- Comprometimento do pessoal

- aumento do nível de exigências e cobranças entre setores e entre os profissionais.

- Clima organizacional

- maior facilidade para obtenção das informações desejadas pelas pessoas (elas passaram a comunicar mais entre os setores).

f) Aspectos com pouco ou nenhum impacto

De acordo com os entrevistados do Hospital A, de modo geral, observou-se pouco ou quase nenhum impacto da implantação da IHAC nos seguintes aspectos da organização:

- desenvolvimento de novos serviços;

- mudanças no foco do negócio; e

- formas de remuneração/ recompensas.

6.1.1.16 Considerações gerais relativos ao hospital A

O modelo adotado para a implementação da IHAC foi o de distribuição das tarefas entre vários grupos de trabalho, com acompanhamento centralizado (Comitê mais Direção) e um planejamento de atividades definido.

Pessoas dos níveis gerenciais e Direção, na sua maioria, crêem que a implantação da IHAC contribuiu para a organização em vários aspectos, embora reconheçam certas limitações nesta ferramenta:

A partir da IHAC, procuramos implantar outros programas, como humanização do parto, Doulas e Amigas do peito. Ele contribui para organizar o serviço. A gente nota o resultado quando vê a mãe satisfeita e a criança mamando.

Pelas declarações de alguns gerentes, percebeu-se que nem todos apoiaram plenamente todas as normas da IHAC, observando-se que, em alguns, ainda persistem restrições quanto à plena aceitação:

Acho que ela é muito radical quando proíbe o uso da chupeta e mamadeira na UTI para a criança que não pode mamar.

O pessoal de nível operacional revelou total apoio e satisfação com a implementação da IHAC, atribuindo vários pontos positivos.

Questionados sobre o que teria piorado com a adoção da IHAC no hospital, não conseguiram enumerar nenhum ponto negativo:

Em termos de organização, agora ficou melhor. Da minha parte, ficou melhor de trabalhar. A gente sabe orientar as mães, e todo mundo fala a mesma coisa para as mães. Ela não fica perdida. O neném já sai mamando do bloco.

6.2. Descrição e histórico do hospital B

O Hospital B foi fundado em 20 de janeiro de 1885, na cidade de Pará de Minas - MG. Desde a sua fundação até os dias atuais, é uma instituição que se compõe de duas entidades distintas:

- a entidade mantenedora, que é uma irmandade com personalidade jurídica, de utilidade pública, com administração própria e autônoma, sem fins lucrativos, que terá duração por tempo indeterminado. É dirigida por uma mesa administrativa composta por: um provedor, vice-provedor, secretário, primeiro e segundo tesoureiros e doze mesários. Esta irmandade tem por fim especial manter o hospital filantrópico e sem fins lucrativos.
- o hospital, destinado a pacientes que necessitam de tratamento médico ou cirúrgico, mantendo uma maternidade, um ambulatório, um serviço de raios X e um laboratório. É dirigido por um diretor médico, assistido por um conselho médico-consultivo, formado por doze médicos militantes no hospital. Conta com equipe de funcionários especializados, serviço de enfermagem, secretaria, farmácia, almoxarifado, lavanderia e serviço de nutrição.

O hospital atende clientes do SUS, convênios, pacotes e particulares, sendo a clientela do SUS em número maior que os demais. Possui 135 leitos, sendo 97 do SUS e o restante de particular e convênios. Atualmente, possui 360 funcionários.

A implementação da IHAC

6.2.1.1 Duração

O processo de implantação da IHAC no hospital B, desde o seu lançamento formal até a data da avaliação, durou três anos (11/06/2001 a 31/03/2004)

6.2.1.2 Forma de implementação

A implementação da IHAC foi uma decisão estratégica. Portanto, esse assunto era acompanhado pela Diretoria e pela Comissão designada pelo diretor para a implantação da

Iniciativa Hospital Amigo da Criança. A comissão era composta de médicos, enfermagem, odontóloga, psicóloga e fonoaudióloga.

Foram realizadas pelas gerências e funcionários de nível operacional visitas a outros hospitais que já tinham passado por esse processo.

6.2.1.3 Motivos para a certificação

a) Nível de direção

Na opinião do diretor, vários foram os motivos para buscar o título da IHAC, prevalecendo, entretanto, a qualidade de assistência prestada aos usuários.

O aleitamento materno protege as crianças contra as doenças. A rotina do Hospital Amigo da Criança é necessária. Independente do título, teria que incentivar as rotinas, como o alojamento conjunto, amamentação precoce e o não uso de bicos e chupetas. Estávamos buscando o título de Maternidade Segura, mas no percurso vimos que o primeiro passo seria tornar Hospital Amigo da Criança.

b) Nível gerencial e de supervisão

No nível gerencial e de supervisão, as opiniões se dividiram quanto aos motivos que levaram o hospital a buscar o título IHAC, tendo sido apontadas as seguintes:

- melhoria da qualidade da assistência prestada;
- questões de *marketing*; e
- por *benchmark*

Nós fomos para um curso em Belo Horizonte na maternidade Odete Valadares. Vimos que não era difícil. Quando voltamos para implantarmos o alojamento conjunto, resolvemos partir para a conseguir o título.

O título foi uma consequência das mudanças que estávamos realizando. O título foi muito importante como reconhecimento pelo nosso trabalho. Veio muita gente importante, políticos... Sentimos também que o título fugiu um pouco da gente. Você sabe, quando o filho faz sucesso, aparecem muitos pais.

c) Nível operacional

O pessoal de nível operacional entende que a busca do título da IHAC foi, basicamente, para atender melhor a paciente:

Foi para melhorar o atendimento para as mães e as crianças. O aleitamento materno previne muitas doenças. Até as internações das crianças na pediatria diminuiu depois do título.

6.2.1.4 A liderança do processo

A gerente da maternidade, com o apoio da Comissão de aleitamento materno, liderou o processo:

A liderança foi da Marcilene. Ela sempre trazia as novidades dos cursos que fazia. Tinha uma habilidade muito grande em lidar com as resistências e envolver as pessoas.

A Marcilene lutou muito para o título. Nós apoiamos muito. A gente acreditava que conseguiríamos o título.

4.2.1.5 Maiores dificuldades e resistências durante o processo

a) Nível de direção

Conforme o relato da Direção, a maior dificuldade enfrentada foi com a resistência da equipe médica:

Tivemos que trabalhar muito com os médicos; A nossa taxa de cesariana era muito alta. Alguns pediatras também nos deram trabalho. Claro que tivemos muitos médicos que nos apoiaram.

b) Nível gerencial e de supervisão

O pessoal dos níveis gerencial e de supervisão apontou como principais dificuldades e resistências:

- resistências de alguns funcionários:

Médicos foram os mais resistentes. Teve até alguns que ameaçaram sair. Tivemos pessoal da enfermagem que resistiu também. Teve até uma que tivemos que mudar de setor.

O diretor nos apoiou muito. Muitos médicos eram resistentes. A Diretoria teve que pagar e obrigar os médicos fazerem o treinamento.

- inexperiência da equipe em trabalhar com a aplicação dos “Dez passos”:

Nós levamos muitos funcionários para os treinamentos em Belo Horizonte. Aqui não tinha nem alojamento conjunto. Tivemos que aprender tudo.

6.2.1.5 Maiores dificuldades e resistências após a certificação

a) Nível de direção

A alta administração do hospital coloca como principal desafio pós-título:

- manutenção do cumprimento dos “Dez passos”.

Depois do título, as pessoas relaxam. Aí, as coisas podem acabar.

- resistências das pessoas:

Mesmo depois do título, a resistência continua. A gente desagrada muitas pessoas.

b) Nível gerencial e de supervisão

Como principais dificuldades pós-certificação com o título da IHAC, foram apontadas pelo nível gerencial e de supervisão:

- manutenção das rotinas estabelecidas nos dez passos:

A resistência maior é hoje. Depois de ganhar o título, todos relaxam; estamos sozinho, segurando a bandeira do aleitamento materno. Hoje temos menos apoio.

- resistências:

Ainda temos resistência. Se fossemos avaliados hoje, talvez a gente perderia o título.

6.2.1.7 Elementos facilitadores

a) Nível de direção

Em relação aos elementos facilitadores, a Direção manifestou-se da seguinte forma:

Foi a firme determinação da Diretoria e da equipe que estava implantando o Hospital Amigo da Criança.

b) Nível gerencial e de supervisão

Nesse nível, foram destacados como elementos facilitadores:

- comprometimento da direção e das pessoas:

A Comissão ficou com a responsabilidade de implementar mesmo. Então, os facilitadores foram Diretoria dando os recursos e o respaldo, e a Comissão que trabalhou firme. Isto, no início, demandou muitos treinamentos. Era muito difícil fazer os médicos assistirem a às aulas, mas a Diretoria entendeu isso como necessário e liberou pagamento de horas para o treinamento, e isso ajudou. Teve até a Inês Tissot, que veio dar o curso, e a Diretoria pagou. Temos tudo documentado.

Foi a nossa união e a nossa equipe. Tivemos também muita ajuda de fora, como da Secretaria.

- imposição pela alta direção:

Houve muita resistência e dificuldade. Não foi fácil. Tivemos muita ajuda do diretor. Pegou firme. Os que eram contra acabaram aceitando.

- identificação de pessoas com a nova forma de trabalhar:

Muitos viram que as novas rotinas eram boas, e sentiram os resultados, e tornaram conscientes da importância do aleitamento materno. Essas pessoas começaram a nos apoiar.

6.2.1.8 Principais benefícios para o hospital

a) Nível de direção

Como principais benefícios, a direção do hospital ressaltou:

- incorporação de processos novos requeridos pela norma e que agregam valor à organização:

Sim, trouxe muitos benefícios. Várias rotinas foram adotadas. Tivemos que trabalhar com a redução de cesarianas. Foi proibido usar chupetas e mamadeiras.

- conscientização do pessoal para a importância do aleitamento materno:

A equipe passou a valorizar o aleitamento materno. Nós reduzimos internações na pediatria.

- melhoria da imagem do hospital na sociedade:

As pessoas passaram a acreditar no nosso trabalho.

b) Nível gerencial e de supervisão

Foram relacionados como principais benefícios obtidos com a implantação da IHAC:

- sistematização do desenvolvimento e aperfeiçoamento do pessoal:

Na parte de RH, foi o treinamento. Antes, não havia treinamentos. A partir daí que os treinamentos começaram a ser de rotina. O treinamento foi algo que ganhamos muito.

- melhoria da imagem do hospital e orgulho dos funcionários:

A comunidade passou a ver com outros olhos. As pessoas passaram a elogiar nosso trabalho. Os funcionários ficaram muito satisfeitos.

- aumento da comunicação entre os setores:

Todos passaram por treinamentos e passaram a falar mesma linguagem. Passamos a fazer mais eventos e convidar as pessoas. Conseguimos até brindes para incentivar.

c) Nível operacional

O pessoal de nível operacional apontou como principais benefícios obtidos com a implementação da IHAC os seguintes:

- melhor qualificação do pessoal:

A partir do aleitamento materno, fazemos treinamentos e sempre estamos reciclando.

O pessoal vai para cursos fora e traz sempre as novidades, e nós estamos sempre atualizando.

- diminuição dos custos:

Nós passamos a consumir menos leite em pó.

- melhoria no atendimento aos pacientes:

Melhorou muito. Hoje, as crianças amamentam na primeira meia hora. Antes, só quando saía de alta.

A gente orienta a pega e o posicionamento e ajuda na hora da amamentação. Antes não tinha isso.

- melhoria na organização interna:

Hoje, a gente tem as normas. Só damos o complemento com a prescrição do pediatra ou enfermeiro.

6.2.1.9 Influências no desempenho e resultados do hospital

a) Nível de direção

A Direção citou influências positivas no desempenho e resultados do hospital. Em especial, na redução de custo pelo menor consumo de leite em pó.

b) Nível gerencial e de supervisão

Todas as pessoas de nível gerencial e supervisão contatadas relataram que o processo de implantação da IHAC influenciou a melhoria dos resultados do hospital, citando alguns exemplos:

- diminuição dos custos:

Nós conseguimos diminuir muito o consumo de leite em pó.

- aumento da procura:

Agora, não, mas na época do título várias pessoas nos passaram a procurar, por acreditar no nosso trabalho.

- aumento de doações:

Várias entidades doam para a gente. Conseguimos muito patrocínio para os eventos.

6.2.1.10 Pontos negativos

a) Nível de direção

A Direção destacou como principal ponto negativo o desgaste decorrente do processo de implantação:

Tive que lutar muito. Foi muito desgaste. Depois perdi, a eleição. Hoje, eles reconhecem o meu trabalho. Mas não quero saber mais de Direção.

b) Nível gerencial

No nível gerencial e de supervisão, foram relacionados como pontos negativos:

- carga de trabalho adicional:

Acho que com a mãe junto com o seu bebê traz um aumento de trabalho para ensinar ela a amamentar e a dar banho. Para cuidar do neném junto da mãe, precisa mais de tempo para explicar e de mais paciência.

- aumento das exigências internas e externas:

Antes não havia alojamento conjunto. As mães não reclamavam que tinha pouco leite. Hoje, a gente tem que ter muita paciência para poder ouvir. A gente também passou a depender mais dos outros colegas, como médicos para prescrever complemento.

Hoje, a gente tem que estar sempre reciclando, fazendo curso. Antes era só formar.

c) Nível operacional

Nenhuma manifestação relativa a pontos negativos foi citada pelo pessoal de nível operacional. Ocorreram depoimentos do tipo:

Não, não vejo ponto negativo com a implantação do hospital Amigo da Criança.

Não houve piora pelo título.

6.2.1.11 Atitudes frente às auditorias periódicas

a) Nível de direção

A Direção acredita que, agregam certo sofrimento, que são necessárias e que contribuem para a manutenção da IHAC:

É muito importante. São fundamentais para manter as rotinas.

b) Nível gerencial e de supervisão

Neste nível, as auditorias periódicas são encaradas como uma oportunidade para a revisão dos processos de trabalho e uma forma eficaz para manutenção dos “Dez Passos”:

Elas ajudam a manter a maternidade sempre em dia. Sem elas, todos relaxam, e as rotinas vão perdendo.

c) Nível operacional

Foram ressaltados aspectos positivos relacionados às auditorias periódicas realizadas pela Secretaria Estadual da Saúde e pelo Ministério da Saúde, havendo unanimidade quanto à necessidade de sua existência.

Foram citados aspectos relacionados com o temor da iminente da perda do título no caso de um resultado negativo na auditoria, o nervosismo que provoca nas pessoas e a expectativa que se cria a cada evento deste tipo. Todavia, observou-se aceitação muito grande em relação a este processo:

A gente fica muito nervoso, mas é preciso. Serve para o pessoal manter a rotina em dia.

Dá muita correria antes, mas é bom pra gente ver que está tudo OK. Quando olha as coisas, as pessoas fazem bem.

6.2.1.12 Incorporação das sistemáticas da IHAC na rotina

a) Nível de direção

A Direção relatou que as sistemáticas surgidas em decorrência da IHAC foram incorporadas na rotina da organização:

O não uso do bico e da mamadeira, alojamento conjunto e outras rotinas já foram incorporadas. O resultado mostra isso. Diminuiu as internações na pediatria.

b) Nível gerencial e de supervisão

O pessoal de nível de gerência e supervisão apontou algumas discrepâncias entre as normas da IHAC e as rotinas do dia-a-dia da organização, além da resistência de algumas pessoas em seguir o que foi estabelecido.

Para a maioria, já foi incorporado e faz parte. Acho que ainda temos problemas de resistências de alguns funcionários.

c) Nível operacional

O pessoal do nível operacional declarou estar adaptado às novas rotinas estabelecidas em função da IHAC, ressaltando uma maior dificuldade no começo da implantação:

No começo foi mais difícil, mas agora que acostumamos. Ficou fácil.

Hoje ficou mais fácil trabalhar.

6.2.1.13 Sistemáticas para manutenção do título

a) Nível de direção

Foram apontados como fatores importantes para manter-se com o título Hospital Amigo da Criança:

- treinamentos; e

- Comissão de Aleitamento Materno:

Sem dúvida, os treinamentos e a atuação da Comissão de Aleitamento Materno é importante para manter o título.

b) Nível gerencial e de supervisão

O pessoal do nível gerencial e de supervisão apontou como formas de manter o título da IHAC as seguintes:

- treinamentos.

Treinamento e cursos que a gente tem sempre mandado pelo menos duas pessoas. A associação tem até pago as despesas para a participação de funcionários.

- ação da Comissão de Aleitamento Materno.

A equipe fiscaliza e atua nas irregularidades. Sempre procuramos corrigir os abusos.

c) Nível operacional

No nível operacional, os seguintes fatores foram citados como formas para manter o título da IHAC do Hospital:

- treinamentos;
- acompanhamento da comissão de aleitamento materno;
- comprometimento das pessoas:

Hoje, temos até uma associação que ajuda a fiscalizar e cumprir as normas.

- comemoração das datas e campanhas:

Na “Semana Mundial do Aleitamento Materno”, a gente comemora, faz camisas, chama pessoal de fora para dar palestras.

6.2.1.14 Mudanças pós-certificação

a) Nível de direção

O diretor relatou que houve mudanças implantadas no hospital após o título, motivadas pelo fato de a equipe estar buscando a constante evolução.

Após ter ganhado o título, a equipe buscou sempre as melhorias, como o banco de leite e as doulas.

b) Nível gerencial e de supervisão

Após o título, a equipe procurou implementar outros programas:

Procuramos caminhar, e a gente queria também o título de Maternidade Segura. Implantamos o banco de leite, que já está pronta. Estamos com o programa Doulas.

6.2.1.15 Título Hospital Amigo da Criança e principais mudanças

As principais mudanças percebidas pelo pessoal entrevistado do Hospital B, em decorrência da implantação da IHAC, foram:

a) Estruturais e políticas

- Alteração na estrutura organizacional.

- incorporação / criação de setores:

Foi criado o posto de coleta; [bem como] o alojamento conjunto que não existia. O berçário de admissão foi extinto.

- estabelecimento de novos órgãos/ departamentos:

A nossa equipe buscou tornar a associação de utilidade pública. Já conseguimos tornar utilidade pública municipal. Com os recursos da associação, conseguimos levar os funcionários em treinamentos.

▪ Alterações nas responsabilidades / funções:

- incorporação de novas responsabilidades / funções:

Antes, o recém-nascido ficava no berçário. Com o alojamento conjunto, passou a ficar com a mãe. Aí, nós tivemos que passar a cuidar da mãe e do neném juntos.

- estabelecimento de novas funções:

Hoje, a gente tem as Doulas. Fizemos um treinamento no Sofia, e hoje, com a ajuda do PSF, conseguimos capacitar.

b) Estratégicas

Foram citados os seguintes itens como mudanças envolvendo aspectos estratégicos do hospital:

▪ Alteração no mercado-alvo

- expansão no mercado de atuação:

Nós fizemos capacitação em banco de leite humano com João Aprígio. O posto de coleta foi montado durante a implantação do Hospital Amigo da Criança.

▪ Uso do título com estratégia de marketing:

O título ajudou muito. Nessa região não tem outro hospital com esse prêmio, [o] pessoal de Itaúna está tentando e sabe como é difícil.

- Adoção da IHAC como estratégia da organização

O aleitamento materno foi o começo. Os treinamentos, o posto de coleta e Doulas, tudo surgiu em função do aleitamento materno.

c) Culturais

Foram citadas:

- Mudança de crenças.

- maior confiança nos funcionários.

Observamos uma maior confiança da Diretoria depositada nos funcionários. A equipe estava toda unida.

- Novas atitudes:

- maior valorização dos pacientes:

Antes, a gente não falava muito com as pacientes. Hoje, para orientar, a gente tem que estar muito próximo delas. Temos que entender os sentimentos. É uma questão de empatia

- maior dependência das chefias e de outros profissionais:

Antes, a gente oferecia mamadeira. Hoje, a gente, quando vai dar um complemento, tem que pedir ao médico ou a enfermeira para prescreverem. Não pode ser de qualquer jeito.

- Incorporações de novos rituais:

- documentação de rotinas e treinamento do pessoal:

A gente tem tudo anotado. O livro de ata tem desde o nosso primeiro treinamento. Tudo que a gente faz, a gente anota.

- comemoração de datas:

A gente chama a imprensa, convida as pessoas de fora e faz sorteio de brindes. Todo ano a gente comemora a “Semana Mundial de Aleitamento Materno”.

▪ Mudanças nas relações interpessoais:

Com os treinamentos, todo mundo uniu por uma causa. Passou a falar a mesma língua. A gente hoje fala mais com os médicos.

▪ Mudanças no comportamento grupal e intergrupar

- maior abertura para mudanças:

A gente está sempre reciclando. Quando o pessoal vai aos treinamentos, traz sempre novidade para a gente melhorar o nosso trabalho.

▪ Melhoria da comunicação interna e integração entre áreas.

Com os treinamentos, começamos a falar mais. Serviu para nos unir. Foi desde a recepção até os médicos.

▪ Estilo de liderança:

- melhoria do relacionamento com as chefias:

Ocorreu um maior relacionamento com a Diretoria. Nós passamos a procurar mais.

d) Tecnológicas

Nos aspectos relacionados aos processos e tecnologia do hospital, foram citadas mudanças em:

- Padronização dos processos:

A diferença é que hoje a gente tem norma escrita, tem uma rotina para todos.

- Aquisição de máquinas / equipamentos:

Nós recebemos ordenhadeira, um banco de leite; ganhamos essa sala, um respirador; e a maternidade foi reformada.

- Mudanças e / ou incorporação de novos processos:

Houve mudanças: o neném passou a ficar vinte e quatro horas com a mãe. Proibimos as chupetas. Hoje, todas são orientadas antes da alta.

- Mudança de leiaute

Mudou o alojamento conjunto. Acabamos com o berçário de admissão. Essa sala foi criada, e colocamos mais cartazes.

e) Gestão de pessoas

Os maiores impactos relacionados com gestão de pessoas foram:

- Política de seleção e recrutamento.

Houve mudanças no perfil exigido para novos funcionários:

Para contratação de funcionários, passamos a exigir o perfil. O funcionário tem que gostar de orientar. A gente já avisava que todos tinham que passar pelo treinamento.

- Política de capacitação de pessoal:

Todos tiveram que passar por um treinamento. Antes, não havia treinamento. Era só ser formado.

- Aumento do comprometimento do pessoal:

Todo o funcionário teve que colocar o aleitamento na cabeça. Quase todo mundo vestiu a camisa.

- Melhoria do clima organizacional
- Forma de remuneração / recompensas.

A Diretoria teve que pagar os médicos para eles fazerem o curso.

f) Aspectos com pouco ou nenhum impacto

Com base nos depoimentos dos entrevistados do Hospital B, pôde-se observar pouco ou quase nenhum impacto da implantação da IHAC nos seguintes aspectos:

- processo decisório;
- mudanças no foco do negócio; e
- desenvolvimento de sistemas de informação.

6.2.1.16 Considerações gerais relativas ao hospital B

Tanto no nível gerencial como no operacional do Hospital B, observou-se a concordância com o fato de que a implantação da IHAC contribuiu para a necessária padronização dos

principais processos e o maior controle e geração de registros, resultando numa maior organização do trabalho e qualificação do pessoal por meio dos treinamentos.

Foi destacado o apoio das gerências e das pessoas, que se identificaram com a nova forma de trabalhar, contribuindo para multiplicar as idéias. Ao longo da implantação da IHAC, os resultados positivos serviram para sensibilizar mais adeptos.

O pessoal de nível operacional demonstrou grande satisfação com os aspectos de melhoria na organização do trabalho e com os resultados a partir da implantação da IHAC. De modo geral, os depoimentos ressaltaram pontos favoráveis:

A Maternidade está mais organizada. As pacientes elogiam a gente. Quando a gente vê o resultado do nosso trabalho, é muito gratificante.

Aprendemos a tratar de problemas com as mamas. Passamos a conhecer melhor os nossos trabalho. Virou outro hospital.

Foi o começo de tudo.

No hospital B, o processo de implantação da IHAC ocorreu de forma *top-down*, com forte acompanhamento dos trabalhos pela Direção do hospital, o que não ensejou muitos questionamentos e discordâncias.

Foi destacada uma participação muito ativa da alta administração do hospital no desenvolvimento da IHAC, o que provocou um comprometimento grande do pessoal com os objetivos do projeto.

A exemplo do Hospital A, foi também observada no Hospital B a utilização de algumas formas coercitivas para manter determinadas sistemáticas relacionadas a IHAC, como ilustram trechos de alguns depoimentos:

[...] no começo, houve muita resistência, principalmente por parte dos médicos. Mas, com os treinamentos, essas resistências foram aos poucos quebradas.

[...] é difícil manter, mas como a Comissão esteve muito unida, a coisa caminhou. A Comissão questionava, funcionou com base no controle e treinamento. Tivemos muito apoio do diretor.

[...] tivemos que mudar uma funcionária de setor.

7. ANÁLISE DOS CASOS

As informações coletadas nos dois hospitais pesquisados em relação aos diferentes aspectos constantes no roteiro utilizado nas entrevistas foram organizadas, usando-se os dados brutos, e encontram-se no Anexo.

Com base na análise desses resultados, são apresentadas neste capítulo as principais mudanças organizacionais identificadas em qualquer dos dois hospitais pesquisados, utilizando-se como base para tal as seis categorias de mudanças consideradas no item 4.1.3, além de outros aspectos relativos à implantação da IHAC.

7.1 Principais mudanças organizacionais identificadas

Alguns tipos de mudanças organizacionais foram citados com maior frequência pelos pesquisados. Nesse caso, incluem-se aquelas denominadas de “mudanças culturais” e “mudanças tecnológicas”.

Os quadros 1 a 5 registram as principais mudanças relacionadas aos aspectos culturais e tecnológicos das organizações pesquisadas, de acordo com o que foi relatado pelos entrevistados.

O quadro 1 relaciona as mudanças culturais.

Quadro 1 – Mudanças culturais observadas nos hospitais pesquisados

Mudanças Culturais	
Relacionadas com crenças	<ul style="list-style-type: none"> - Conscientização da necessidade de criar rotinas e usá-lo no dia-a-dia. - Maior confiança nos funcionários.
Novas atitudes	<ul style="list-style-type: none"> - Maior comprometimento das pessoas com a organização. - Maior valorização dos pacientes. - Maior organização dos setores. - Maior dependência das chefias e de outros profissionais. - Responsabilidade de todos no apoio ao aleitamento materno.
Incorporação de novos valores	<ul style="list-style-type: none"> - Conscientização da importância da realização de treinamentos periódicos. - Conscientização da necessidade de registrar as atividades realizadas. - Trabalho em equipe.
Incorporação de novos rituais	<ul style="list-style-type: none"> - Atividade de preparação para avaliação - Documentação dos treinamentos. - Sistemática de ações coletivas, buscando agir nas causas. - Comemoração de datas.
Relações Interpessoais	<ul style="list-style-type: none"> - Maior diálogo. - Maior companheirismo. - Menos individualismo. - Redução de conflitos
Comportamento grupal e intergrupal	<ul style="list-style-type: none"> - Maior aproximação e integração entre os setores. - Maior abertura para mudanças. - Maior flexibilidade das pessoas.
Comunicação interna e integração entre áreas	<ul style="list-style-type: none"> - Maior troca de informações entre setores. - Maior formalização das comunicações (exemplos mural, cartazes, etc.). - Maior fluxo de informações para o pessoal de nível operacional.
Estilo de liderança	<ul style="list-style-type: none"> - Relacionamento mais aberto com as chefias.

Fonte: dados da pesquisa

O quadro 2 relaciona as mudanças tecnológicas.

Quadro 2 – Mudanças tecnológicas observadas nos hospitais pesquisados

Mudanças Tecnológicas	
Aquisição de máquinas e equipamentos	<ul style="list-style-type: none"> - aquisição de ordenhadeira - Banco de Leite. - Respirador. - Poltronas para sala de coleta. - Freezer. - Caixa térmica.
Padronização de processos	<ul style="list-style-type: none"> - Norma escrita em todos os setores. - Documentação de treinamentos.
Incorporação de novos processos	<ul style="list-style-type: none"> - Foi incorporado um banco de leite. - Novos parceiros: Doulas e Amigas do Peito.
Mudanças no leiaute	<ul style="list-style-type: none"> - Mais cartazes. - Eliminação do berçário de admissão. - Banco de leite humano

Fonte: dados da pesquisa

Além das mudanças culturais e tecnológicas, algumas mudanças estruturais/políticas importantes também foram relatadas nos hospitais pesquisados, conforme se segue:

Quadro 3 – Mudanças estruturais/políticas observadas nos hospitais pesquisados

Mudanças Estruturais / Políticas
- Criação de uma comissão de aleitamento materno.
- Alteração no processo decisório: o comitê passa a sugerir mudanças
- Criação de novos setores: banco de leite humano e alojamento materno.
- maior autonomia e responsabilidade do nível operacional.

Fonte: dados da pesquisa

Quanto aos aspectos relacionados com gestão de pessoas, as mudanças foram menos freqüentes e ficaram concentradas nos efeitos da sistematização da atividade de treinamento, que constitui um dos requisitos da IHAC, implicando melhoria da qualificação do pessoal do hospital

e, por consequência, aumentando o rigor na seleção e recrutamento de novos funcionários. Foram também relatados alguns aspectos relativos à melhoria do clima organizacional.

Quadro 4 – Mudanças em gestão de pessoas observadas nos hospitais pesquisados

Mudanças Relativas a Gestão de Pessoas	
Relacionadas com seleção e recrutamento	- Perfil exigido para novos funcionários: competências para atendimento humanizado e voltado para o aleitamento materno.
Capacitação de pessoal	- Sistematização de treinamentos necessários. - Aumento da capacitação.
Comprometimento do pessoal	- Aumento do nível de exigências e cobranças entre os profissionais e setores.
Forma de remuneração e recompensas	- Pagamento de horas extras para os treinamentos de funcionários
Clima organizacional	- Aumento da amizade e companheirismo. - As pessoas sentiram valorizadas.

Fonte: dados da pesquisa

Os menores impactos percebidos pelas organizações em função da implantação da IHAC estão relacionados aos aspectos estratégicos, em relação aos quais foram citadas poucas mudanças.

O maior benefício foi a utilização do título Hospital Amigo da Criança como fator de diferenciação do hospital no mercado de atuação e como um instrumento de *marketing* (quadro 5):

Quadro 5 – Mudanças em aspectos estratégicos observados nos hospitais pesquisados

Mudanças Estratégicas
- Uso do título como instrumento de <i>marketing</i>
- Equiparação com outros hospitais que já possuíam o título.
- Diferenciação em relação a outros hospitais que não possuíam o título.
- Organização e expansão na atuação: Banco de leite e Doulas.

Fonte: dados da pesquisa

Conforme observado, a implantação da IHAC constitui um processo de mudança bastante abrangente, que influencia diferentes aspectos de uma organização, embora a maioria das

organizações não realize nenhuma análise prévia do alcance de tal iniciativa e sequer uma preparação para enfrentar as possíveis dificuldades decorrentes dessas mudanças.

7.2 Tempo de implantação da IHAC

O quadro 6 mostra o tempo que os hospitais pesquisados precisaram para implantar a IHAC, o número de funcionários e o número de leitos que apresentam.

Quadro 6 – Número de funcionários, número de leitos e o tempo para implantar a IHAC

Dados	Hospital A	Hospital B
Tempo de Implantação	4 anos e 11 meses	3 anos e 9 meses
Número de funcionários	390	360
Número de leitos	89	135

Fonte: dados da pesquisa

Embora algumas organizações possam supor que o tempo para implantar a IHAC dependa diretamente do número de funcionários, verificou-se que esse tempo é relativamente longo.

O hospital A apresentou maior período de implantação da IHAC, o que provavelmente está associado a suas várias iniciativas para manter o pessoal mobilizado e comprometido ao longo de todo o processo, bem como à mudança que ocorreu em 2003 com a fusão de duas maternidades.

7.3 Forma de implementação e liderança

Analisando-se a forma utilizada pelos hospitais para implantar a IHAC, constatou-se em ambas a existência de um grupo que coordenou o processo, em geral denominado Comitê, composto por pessoas que realizaram o curso de 18 horas em aleitamento materno.

Enquanto o Comitê de Coordenação desempenhou um papel de consultoria interna e de acompanhamento do cumprimento dos passos definidos nas normas, pessoas de todas as áreas realizaram treinamentos e cumpriram as normas.

A forma utilizada pelos dois hospitais foi similar, apoiando-se no trabalho em equipe e no envolvimento do pessoal das várias áreas para a construção coletiva da IHAC, no que tange ao desenvolvimento de novas rotinas de trabalho.

Nos dois hospitais, constatou-se o envolvimento direto de pelo menos uma pessoa do mais alto nível hierárquico na liderança do processo de implantação da IHAC, caracterizando um processo *top-down*.

7.4 Elementos facilitadores

Apontado como elemento facilitador nos hospitais pesquisados, o comprometimento da alta administração constitui condição fundamental para o êxito da implantação da IHAC, uma vez que o processo como um todo demanda liberação de recursos variados e o incentivo ou, até mesmo, em certos casos, a imposição de parte de quem detinha o poder máximo na organização.

A motivação e a participação das pessoas também foram apontadas como elementos fundamentais para facilitar a implantação da IHAC. E nem poderia ser diferente, uma vez que a implementação da IHAC depende da contribuição das pessoas para a execução das rotinas da organização.

7.5 Principais benefícios

Como benefícios decorrentes do processo de implantação da IHAC, ficou bastante evidente o foco principal do modelo utilizado, que reside na padronização das rotinas de incentivo ao aleitamento materno e no cumprimento dos “Dez Passos para o Sucesso no Aleitamento Materno”. Os dois hospitais conseguiram vislumbrar como principais melhorias obtidas aquelas relacionadas com a organização e o melhor controle dos processos de trabalho,

incorporando o domínio tecnológico sobre os mesmos do manejo do aleitamento materno, resultando em melhor satisfação com o trabalho.

Também foi citada pelas organizações a influência da obtenção do título Hospital Amigo da Criança para a melhoria da imagem do hospital no mercado. Essa constatação justifica-se pelo fato de uma parcela pouco significativa de organizações possuir o título, diante do grande número de hospitais existentes, conferindo-lhes, efetivamente, um diferencial e, também, pelo fato de o pessoal da alta administração poder explorar a conquista desse reconhecimento de forma a produzir impacto na comunidade.

7.6 Influências no desempenho e resultados

Nos hospitais pesquisados, as influências decorrentes da implantação da IHAC no desempenho e nos resultados das organizações mostraram-se mais localizadas em aspectos relacionados aos processos de trabalho. Foram observadas melhorias significativas na redução de consumo de leite em pó em ambos hospitais, com a conseqüente redução de custos e a melhoria da qualidade do serviço. Os dois hospitais, no que se refere aos resultados financeiros, não relataram aumento de faturamento ou lucratividade.

7.7 Principais aspectos negativos

Alguns aspectos decorrentes da implantação da IHAC, qualificados pelos entrevistados como negativos, encontram-se relacionados no quadro.

Quadro 7 – Aspectos negativos da implantação da IHAC

Aspectos Negativos
- Desgaste decorrente do processo de implantação (desafio da resistência).
- Carga de trabalho adicional.
- Aumento das exigências internas e externas.
- Desconforto e temor pelas avaliações.

Fonte: dados da pesquisa

Aspecto interessante, lembrado pelo pessoal de nível operacional, está relacionado com as auditorias periódicas de certificação e de manutenção, as quais geram certo clima de desconforto e temor nas pessoas.

7.8 Principais resistências/dificuldades

Durante o processo de implantação da IHAC, a resistência das pessoas em aceitar a iniciativa também foi constatada nos dois hospitais, o que está relacionado à estrutura de poder e à ameaça que a implantação representa em termos de mudança nos processos de trabalho, principalmente no que se refere à redução dos índices de cesarianas e a prescrição de leite em pó.

Nos hospitais pesquisados, a resistência às mudanças foi mais visível na categoria médica. Nas situações de resistências irreversíveis, foi citado caso de afastamento de um funcionário como forma de dar continuidade ao processo.

No período pós-certificação, as maiores dificuldades constatadas nas organizações pesquisadas prenderam-se à manutenção do título. Essa constatação demonstra que algumas rotinas da IHAC não espelham exatamente a realidade dos hospitais ou constituem processos novos, ainda não totalmente incorporados à rotina das organizações.

7.9 Atitudes em relação às auditorias periódicas

Os entrevistados relataram um período de preparação intensa, que antecede as auditorias periódicas de manutenção realizadas pela Secretaria Estadual de Saúde e pelo Ministério da Saúde. Nesse período, ocorrem uma revisão geral dos processos que compõem a IHAC e uma rememoração de conhecimentos específicos, que podem ser alvo de questionamento por parte do auditor. Também ficaram evidenciados pelo pessoal dos hospitais sentimentos de medo, nervosismo, desconforto e, em alguns casos, até pânico.

De tempos em tempos, a ocorrência dessa atividade de reavaliação, importante para a manutenção da IHAC, interfere na rotina normal da organização, gerando um clima desagradável, mas que é referido pela maioria absoluta como absolutamente necessário.

7.10 Incorporação das sistemáticas na rotina

Nos dois hospitais pesquisados, foram constatados casos de não incorporação total na rotina do dia-a-dia de alguns procedimentos estabelecidos em decorrência da implantação da IHAC, o que demonstra certo descolamento entre o modelo adotado e a operação normal da organização.

7.11 Sistemáticas para manter o título

As auditorias periódicas da Secretaria Estadual da Saúde e do Ministério da Saúde foram referidas como os principais instrumentos para garantir a manutenção da IHAC. Muito embora tenham sido relatadas como algo temido e requeria uma preparação prévia intensa, as auditorias

foram consideradas por muitos como um “mal necessário”, assegurando a perpetuação da IHAC na organização.

Outras formas relatadas para manter a IHAC foram: realização de treinamentos periódicos para reforçar os conceitos e práticas; reuniões periódicas; e algum fóruns de acompanhamento, como Comitê Permanente de Aleitamento Materno.

8. CONCLUSÃO

Com base nos estudos de casos realizados, foi possível extrair muitas conclusões, algumas delas extrapolando a abrangência do objetivo principal do trabalho. Neste capítulo, as conclusões obtidas, a partir das duas organizações analisadas, foram focadas com base nos objetivos definidos inicialmente.

Num primeiro momento, comentam-se as conclusões válidas para os dois hospitais pesquisados, evoluindo-se para as conclusões específicas, válidas para um hospital somente, e finalizando-se com conclusões gerais, que podem ser válidas para outros hospitais, sob a forma de recomendações de fatores que deveriam ser levados em consideração pelas organizações para alcançarem um maior êxito quando da implantação de uma IHAC.

Algumas das conclusões finais são comparadas com as opiniões de autores referenciados no capítulo de revisão da literatura, as quais ressaltam os aspectos mais importantes resultantes do trabalho realizado.

▪ Considerações válidas para os dois hospitais

Nos dois casos estudados, conclui-se que a implantação da IHAC provocou mudanças na organização em todas as categorias pesquisadas: estruturais, políticas, culturais, tecnológicas e relacionadas à gestão de pessoas. Entretanto, com base nos relatos das mudanças verificadas nas duas organizações, conclui-se que as mudanças culturais e tecnológicas foram as de maior impacto.

Do ponto de vista das mudanças tecnológicas, as constatações devem-se ao fato de que a IHAC possui um forte foco no controle dos processos que venham a afetar a qualidade dos serviços da organização, prendendo-se à análise das melhorias, as aquisições de equipamentos, à mudança de *leiaute*, as quais estão atrelados aos aspectos tecnológicos da uma organização.

A nova forma de organização, baseada primordialmente na padronização das rotinas de incentivo ao aleitamento materno e ao monitoramento dos mesmos, traz como conseqüência

algumas mudanças culturais, como, a valorização da documentação e dos treinamentos, bem como ao maior intercâmbio de informações entre os membros da equipe.

As mudanças de caráter estrutural foram também observadas nos dois casos, vinculadas, basicamente, à criação de um órgão ou comitê para coordenar a implantação e o acompanhamento da IHAC.

Mudanças estratégicas foram de pouco impacto nas organizações analisadas, afetando mais o posicionamento dos hospitais perante o mercado, pelo fato de conquistarem um título almejado por várias organizações. Essa constatação deve-se ao fato de a IHAC não ter sido concebida para alterar diretamente a relação entre a organização como um todo e o seu ambiente e de suas transformações principais estarem focadas nos aspectos internos.

Quanto às mudanças relacionadas à gestão de pessoas, nos dois casos, observou-se a implementação de treinamento periódico, assim como a promoção de programas de capacitação do pessoal, o que está formalmente expresso em requisito específico da IHAC. Observou-se o estabelecimento da necessidade de manter pessoal qualificado para entender e executar os requisitos da norma.

Ainda nos dois casos, constatou-se que a percepção do pessoal de nível operacional quanto à implementação da IHAC foi muito positiva. Praticamente todas as pessoas entrevistadas referiram somente aspectos benéficos, comparando a situação de pós-certificação com a anterior como uma evolução significativa, que serviu para melhorar seu local, sua rotina de trabalho e seu relacionamento interno.

Praticamente todas as pessoas entrevistadas nos dois hospitais referiram se aos médicos como os mais resistentes às mudanças.

▪ **Conclusões específicas**

Os dois casos analisados apresentam muitas similaridades na maioria dos aspectos enfocados nas entrevistas. Entretanto, uma particularidade foi observada: apenas no Hospital B

O Hospital B relataram-se mudanças com a implantação da IHAC em relação à gestão de pessoas, passando a exigir um perfil para admissão de funcionários. Isso não ocorreu no Hospital

A porque é uma instituição pública municipal e porque seus funcionários são efetivados por concurso público.

▪ **.Conclusões aplicáveis a outras organizações**

Com base nas constatações evidenciadas nos dois casos estudados, foi possível relacionar alguns fatores básicos como requisitos para o êxito da implantação da IHAC, que podem ser utilizados como recomendações para organizações que pretendam seguir esse caminho, conforme segue:

a) Comprometimento da alta administração

Este foi considerado, nos dois hospitais, um fator imprescindível para o sucesso da implantação da IHAC. Parece não haver dúvidas de que sem o respaldo e o envolvimento do nível mais elevado da hierarquia da organização em tal iniciativa, a implantação pode ficar comprometida, uma vez que há uma demanda significativa de liberação de recursos financeiros, materiais e humanos.

Além da disponibilização de recursos, outro papel desempenhado pela alta administração prende-se ao acompanhamento e cobrança do cumprimento das etapas previstas, exatamente pelo poder inquestionável e coercitivo que ela exerce na organização.

b) Designação de um comitê / órgão / pessoa para coordenação do processo

É recomendável designar um setor, um comitê ou uma pessoa que, independentemente de outras atividades, acumule a responsabilidade de coordenar o processo de implantação da IHAC de modo que o planejado aconteça e que seja capaz de identificar se encaminhar possíveis problemas e se encaminhem soluções.

Observou-se que o pessoal envolvido na coordenação da implantação da IHAC deve estar altamente comprometido com o processo e imbuído de muita paciência e persistência, visto que as dificuldades que surgem são numerosas e desafiam a continuidade do processo.

c) Comprometimento das gerências

Assim como o grupo de coordenação do processo e a alta administração, é desejável que o nível gerencial do hospital esteja compartilhando das mesmas intenções, por constituir o elo entre as diretrizes definidas e as ações necessárias, no nível operacional, para a implementação da IHAC. No Hospital B, a liderança da gerente da unidade é destacada pela maioria dos entrevistados.

d) Sistemáticas de conscientização e educação

Iniciativas dos hospitais para envolver seu pessoal na implementação da IHAC, consolidadas por meio de treinamentos, jornais, quadros e gincanas, foram relatada em todos os casos estudados. De certa forma, essa preocupação justifica-se pela necessidade de transmitir conhecimentos aos funcionários sobre a IHAC, o que é também requerido nas auditorias periódicas.

e) Planejamento e acompanhamento

Nos dois casos, verificou-se a existência de um planejamento previamente estabelecido antes do início efetivo dos trabalhos para a implantação da IHAC, bem como um acompanhamento efetivo realizado pelo grupo de coordenação do processo e pela alta

administração. Esse fator é importante em qualquer organização, uma vez que demonstra a seriedade do processo e mostra que o projeto tem importância e prioridade perante as demais atividades com as quais o hospital está envolvido.

▪ **Conclusões finais**

O estudo dos casos aqui apresentados permitiu concluir que a adoção da IHAC implicou mudanças e melhorias na gestão das organizações, principalmente pelo do estabelecimento de padronização e de treinamento de pessoal.

De acordo com as perspectivas de análise organizacional apresentada por Motta (2004), várias mudanças em decorrentes da implantação da IHAC foram identificadas nas organizações participantes da pesquisa, as quais puderam ser categorizadas dentre os seis tipos inicialmente considerados: estruturais; políticas; estratégicas; culturais; tecnológicas e de gestão de pessoas.

Verificou-se que as mudanças culturais e tecnológicas ocorrem de forma mais intensa. As menos sentidas foram as políticas e as estratégicas.

▪ **Limitações da pesquisa**

Uma das principais limitações deste estudo está no fato de apoiar-se na estratégia de estudo de casos, inviabilizando a possibilidade de generalização dos resultados para as populações ou para outras organizações que adotaram a IHAC.

A carência de bibliografia sobre este tema específico foi, também, uma limitação deste estudo.

Outra limitação foi a inexistência de estudo a respeito dos impactos observados pela implantação da IHAC em outras áreas das organizações, tais como administrativa, financeira e *marketing*.

Também é relevante citar que as informações coletadas nas entrevistas referiam-se a fatos vivenciados no passado, obtendo-se então uma percepção da realidade influenciada pela passagem do tempo.

▪ **Recomendações para trabalhos futuros**

O desenvolvimento desta pesquisa apontou algumas oportunidades para trabalhos futuros, tais como:

- a) pesquisa enfocando, de forma aprofundada, cada uma das diferentes categorias de mudanças organizacionais detectadas (por exemplo: culturais e tecnológicas);
- b) desenvolvimento de trabalho para detecção de mudanças organizacionais em virtude da implementação da IHAC em hospital particular;
- c) desenvolvimento de trabalho para detectar as principais mudanças em função da implementação da IHAC, de forma quantitativa, em grande número de hospitais;
- d) estudo a respeito dos impactos observados pela implantação da IHAC em outras áreas das organizações não abordadas nessa dissertação, tais como área administrativa, financeira, e *marketing*;
- e) pesquisa para detectar a percepção de clientes e fornecedores de hospitais que implantaram a IHAC; e
- f) desenvolvimento de trabalho para detectar as causas da resistência à mudança dos médicos.

9. REFERÊNCIAS

ALTOBELLI, Lisa.; BAIOCCHI, Ulrich.; LANSON, Enice. *A Controlled trial to extend the duration of exclusive breastfeeding among low income mothers in Lima, Peru*. New York:

The Johns Hopkins University, Vol.8, p.78 - 95, 1991.

ARMSTRONG, H. C. *Breastfeeding promotion: training of mid – level and outreach health workers*. Geneva: **International Journal of Gynecology and Obstetrics**. Vol. 31 (Suppl. 1), p. 91 – 103, 1990.

BASIL, Douglas; COOK, C.W. *The management of change*. **Maidenhead**: McGraw-Hill, 1974.

BRASIL. Portaria n.º 572/GM de 1 de junho de 2000. Humanização no pré-natal e nascimento. **DOU: Diário Oficial da União**, Brasília, 2000 jun 8; Seção 1 (110-E): 8.

BRASIL. Avaliação das ações executadas em aleitamento materno no ano de 2002: **relatório**. Brasília (DF): O Ministério; 2002.

BRASIL. Avaliação das ações executadas em aleitamento materno no ano de 2006: **relatório**. Brasília (DF): O Ministério; 2006.

BRASIL. Portaria n.º 1117/GM de 07 de junho de 2004. Valores de remuneração dos hospitais habilitados como Amigo da Criança. **DOU: Diário Oficial da União**, Brasília, 2004 jun 7; Seção 1 (109-E): 6.

BRASIL. Portaria n.º 756/GM de 16 de dezembro de 2004. 10 exigências além dos 10 passos. **DOU: Diário Oficial da União**, Brasília, 2004 dez 16; Seção 3 (89-E): 4.

BROWN, Jacques. Research that reinvents the corporation (Xerox Palo Alto Research Center). **Harvard Business Review**, Boston, v. 69, p. 102-111, 1991.

BURMESTER, Haino; RICHARD, Jean-Pierre. “Planejamento e Gerência Estratégicos”. In: CASTELAR, Rosa Maria (coord); MORDELET, Patric (coord). **Gestão Hospitalar: um desafio para o Hospital Brasileiro**. Rennes: Ecole National de la Sante Publique, 1995, pág. 106.

CAMPOMAR, Marcos Cortez. *Do uso de “Estudo de Caso” em Pesquisas para Dissertações e Teses em Administração*. **Revista de Administração**, v. 26, n. 3, p. 95 – 97, jul. / set., 1991.

DEAL, Terence; KENNEDY, Ann. *Corporate culture: the rites and rituals of corporate life*. New York: **Addison – Wesley Publishing Company Inc.** , 1988. 232p.

DRUCKER, Peter F. **Administrando em tempos de grandes mudanças**. São Paulo: Pioneira, 1998.

FIEDLER, Jane. *Cost of the breastfeeding promotion program in the Guilherme Alvaro Hospital of Santos, Brazil*. Washington (DC): **USAID, LAC**, 1995.

FITZGERALD, Tom. **Can change in organizational culture really be managed?** *Organizational Dynamics*, New York, v. 17, p. 4 -15, Autumn ,1988.

FREITAS, Maria Esther. **Cultura organizacional**. 2. ed., Rio de Janeiro: FGV, 2000.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4 ed., São Paulo: Atlas, 2002.

HARARI, Oliver. *Let's end the program – of - the – month syndrome (approaching change as focused process, not as collage of programs)*. New York: **Management Review**, 80 (8):46, Aug. 1991.

HERZOG, Jhon P. *People: the critical factor in managing change*. **Journal of Systems Management**, Cleveland, 42 (3):6 – 11, Mar. 1991.

HUEY, Jay. *Nothing is impossible (paradigm shifting)*. **Fortune**, New York, v. 124, n. 7, p. 90-94, sept. 1991.

KOTTER, John P.; COHEN Dan S. **O coração da mudança**. Rio de Janeiro: Campus, 2002.

KOTTER, John P. **Leading Change**. Boston: Harvard Business School Press, 1996

KOTTER, John P. ; SCHLESINGER L.A. **Choosing strategies for change.** Harvard Business Review, 1979.

LAMOUNIER, Joel Alves. *Experiência Iniciativa Hospital Amigo da Criança.* **Revista Associação Médica Brasileira.** Rio de Janeiro, v. 44, p. 319-24,1998.

MINTZBERG, Henry. **Criando Organizações Eficazes: Estrutura em Cinco Configurações.** São Paulo: Atlas, 1995.

MORGAN, Gareth. **Imagens da Organização.** São Paulo: Atlas, 2006.

MOTTA, Paulo Roberto. **Transformação Organizacional: a teoria e prática de inovar.** 5. ed. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis.** Genebra: A Organização; 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Evidências científicas dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno.** Brasília (DF): A Organização; 2001.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE **A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe.** Brasília (DF), 2004.

PETERS, Tom. **Prosperando no caos.** São Paulo: Harbra, 1989.

PNIAM/UNICEF. **Boletim Nacional Iniciativa Hospital Amigo da Criança**, v. 2, n.12 , julho-agosto/1995.

ROBBINS, Stephen Paul. **Comportamento organizacional**. 9 ed., São Paulo: Prentice Hall, 2002.

ROESCH, Sylvia Maria Azevedo. **Projetos de estágio do curso de administração: guia para pesquisas, projetos, estágios e trabalhos de conclusão de curso**. São Paulo: Atlas, 1996.

VALDES Vicent; PEREZ Sanchez; LABBOK Maurice; PUGIN Edgar; ZAMBRAMO Isabele; CATALAN Steven. *The impact of a hospital and clinic-based breastfeeding promotion programme in a middle class urban environment*. Oxford: **Journal of Tropical Pediatrics**, v. 39, p. 142-51, 1993.

WATERMAN Jr., ROBERT Hay. **The renewal factor: how the best get ant keep the competitive edge**. New York: Bantam, 1987.

WOOD, Jr., Thomaz. (org.) **Mudança organizacional**. São Paulo: Atlas, 2004.

YIN, Robert. **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos**. Porto Alegre: Bookman Companhia Editora, 2005.

GLOSSÁRIO

Aleitamento materno exclusivo: o bebê não recebe nenhuma bebida ou alimento que não seja o leite materno e nenhum tipo de chupeta ou bico artificial

Alojamento conjunto: prática de manter a mãe e o bebê no mesmo quarto de hospital, tão logo seja possível, após o nascimento.

Amigas do Peito: voluntárias da comunidade que incentivam, promovem e protegem o aleitamento materno na maternidade.

Banco de leite humano: centro especializado responsável pela promoção de incentivo ao aleitamento materno e execução das atividades de coleta, processamento e controle de qualidade do leite humano, para posterior distribuição.

Benchmarking: processo de avaliação dos produtos ou serviços pela comparação do desempenho entre as unidades hospitalares.

Berçário: sala com berços destinados aos recém-nascidos das maternidades e hospitais.

Doulas: são mulheres que dão suporte físico e emocional a outras mulheres antes, durante e após o parto.

Freezer: geladeira para o congelamento de leite materno

Método Canguru: o recém-nascido prematuro é colocado na posição vertical, contra o peito do adulto, que pode ser mãe, pai ou, eventualmente, algum outro familiar, permitindo, assim, uma participação maior dos pais no cuidado do seu recém-nascido.

Nan: nome de leite em pó.

Ordenha: coleta de leite materno por meio da expressão manual ou de bombas elétricas.

Ordenhadeira: máquina ou bomba elétrica para ordenhar o leite materno

Posto de coleta: é a unidade destinada à divulgação do aleitamento materno, à coleta de leite materno, dispoñdo de área física e condições técnicas necessárias.

Puerpério: período que decorre desde o parto até que os órgãos genitais e o estado geral da mulher voltem às condições anteriores à gestação.

Respirador: aparelho empregado em UTI ou nas unidades de emergência para facilitar ou auxiliar a respiração.

Técnica do copinho: utilização do copo para administração de leite, evitando o contato com outros bicos ou mamadeiras, evitando a confusão de bicos na ausência da mãe ou para complementar a mamada ao peito.

Apêndice

Roteiro para entrevistas

A) Nível de direção e gerencial

1. Dados gerais sobre o hospital: razão social, histórico, principais serviços, estrutura (organograma) e faturamento.
2. Já existia alguma iniciativa de gestão pela qualidade no hospital ou certificação antes de iniciar a implementação da IHAC?
3. Por que o hospital decidiu-se pela obtenção do título Hospital Amigo da Criança?
4. Quanto tempo demorou a implementação da IHAC?
5. Qual foi a forma de implementação utilizada pelo hospital?
6. Quem liderou o processo?
7. Quais foram as maiores dificuldades e resistências identificadas ao longo do processo de implementação da IHAC?
8. E depois do Título?
9. Cite elementos facilitadores para o sucesso da implementação deste processo no hospital
10. Quais foram os principais benefícios que trouxe a implantação da IHAC
11. A IHAC influenciou o desempenho e os resultados do hospital? Cite exemplos se a resposta for positiva.
12. Se existem, cite os principais pontos negativos da adoção da IHAC, no hospital.
13. Como são encaradas as avaliações periódicas da IHAC, pelos vários níveis do hospital?

14. As novas rotinas e as normas adotadas em função da IHAC hoje fazem parte da rotina normal do hospital ? Ou seja, são executadas sempre e com naturalidade?
15. Qual(is) a(s) forma(s) utilizada(s) pelo hospital para a manutenção da IHAC?
16. No seu entender, quais foram as principais mudanças provocadas pela adoção da IHAC?

Procure identificar se houve mudanças:

- Na estrutura e na política: processo decisório, definição ou mudanças nas responsabilidades e poder, redução dos níveis hierárquicos, criação ou eliminação de setores ou áreas e nas funções desempenhadas.
- Na estratégia: mudança de segmento de atuação, participação no mercado, mudança de foco do negócio, aumento ou redução do número de pacientes atendidos, posicionamento em frente aos demais hospitais (concorrência), relacionamento com os pacientes, relacionamento com os gestores municipais e estaduais; redução ou aumento de custos.
- Nas relações interpessoais e na cultura organizacional: atitudes, incorporação/extinção de rituais, estilos de liderança, mudanças de crenças, forma de relacionamento/ tratamento com os pacientes, integração entre áreas e comunicação e comportamento grupal e intergrupar.
- Em relação à tecnologia: aquisição de novas máquinas e equipamentos, mudança de leiaute, desenvolvimento de fornecedores ou novos fornecedores, burocratização de processos, reforma de área física, métodos de produção, desenvolvimento de sistemas de informação, novos processos, padronização de processos e incorporação de controles.
- Nas questões relacionadas a gestão de pessoas: políticas de seleção e recrutamento, políticas de capacitação de pessoal (treinamento e desenvolvimento), comprometimento dos funcionários, absenteísmo, participação em grupos, número de acidentes de trabalho,

afastamentos, *turnover*, número de formas de remuneração/recompensas, número de funcionários (redução, manutenção, aumento) e clima organizacional.

17. Cite as mudanças ocorridas até a obtenção do Título Hospital Amigo da Criança no hospital e as mudanças que foram implementadas depois. Justifique as mudanças posteriores.

B) Nível Operacional

1. A seu ver, por que o hospital decidiu-se pela implantação da IHAC?
2. Como se deu sua participação na implementação da IHAC?
3. Atualmente, qual é o seu engajamento para a manutenção do título de Hospital Amigo da Criança?
4. O que mudou no seu trabalho (práticas do dia-a-dia e relacionamento interpessoal) com a introdução da IHAC? Cite as melhorias e/ou coisas que pioraram no seu trabalho com a IHAC.
5. Cite algo que você faz diferente hoje do que fazia antes do título.
6. O que melhorou com a adoção da IHAC no hospital?
7. O que piorou com a adoção da IHAC no hospital?
8. O título de Hospital Amigo da criança trouxe benefícios para o hospital? Se sim, enumere os principais.
9. É difícil executar as rotinas e procedimentos definidos pela IHAC no hospital?

10. O que você acha sobre as avaliações periódicas do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual da Saúde para a manutenção do título?
11. Qual(is) foi(ram) a(s) forma(s) utilizadas(s) pelo hospital para a manutenção do título?
12. No seu entender, quais foram as principais mudanças que aconteceram com a adoção da IHAC no hospital?
13. Você preferia trabalhar no hospital antes do título ou hoje está melhor? Por quê?

Termo de Concordância para Participação no Estudo da Pesquisa

Esta pesquisa, para a qual sua participação é importante, intitulada (provisoriamente) “Implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança e Mudanças Organizacionais”, está sendo desenvolvida no curso de Pós-Graduação, nível de mestrado acadêmico em administração, da Faculdade Novos Horizontes.

Sua participação é voluntária e consiste em responder a algumas perguntas durante a entrevista, contribuindo com a pesquisa na busca da qualidade de serviço para a saúde da criança.

Você poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias para o esclarecimento de dúvidas.

Assim sendo, se aceitar a participar do estudo da pesquisa, assine e date a seguir.

Eu, _____, aceito participar do

estudo da pesquisa. Belo Horizonte, ___ de _____ de 2007.

Assinatura do participante _____

Assinatura do pesquisador _____

Termo de Compromisso

Eu, Shigeru Ricardo Sekiya, comprometo-me com a não identificação pessoal de participantes na pesquisa referente à Implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança e Mudança Organizacional.

Comprometo-me também a não identificar os participantes da pesquisa e os setores do Hospital em nenhum momento da pesquisa.

Belo Horizonte, 1 de agosto de 2007

Shigeru Ricardo Sekiya

Correspondência aos diretores dos hospitais

Ilmo. Sr.
XXXXXXXXXXXXX
Diretor Geral
Hospital XXXXXXXXX

Senhor Diretor

Venho, como médico pediatra e avaliador da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, especialista em Gestão Estratégica em Saúde, aluno regularmente matriculado no Curso de Pós-Graduação, nível de mestrado acadêmico, da Faculdade Novos Horizontes, solicitar a V. S^a autorização para a realização, no Hospital, de uma pesquisa para dissertação de mestrado referente à implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança e Mudanças organizacionais.

Cordialmente,

Shigeru Ricardo Sekiya