

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

ANA PAULA PEREIRA

**Governança em higiene e limpeza hospitalar:
implicações para o trabalho de enfermagem**

Ribeirão Preto

2012

ANA PAULA PEREIRA

**Governança em higiene e limpeza hospitalar:
implicações para o trabalho de enfermagem**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto, para obtenção do título de Mestre em Ciências. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Área de Concentração: Enfermagem Fundamental

Linha de Pesquisa: Dinâmica da Organização dos Serviços de Saúde de Enfermagem

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Lucieli Dias Pedreschi Chaves

Ribeirão Preto

2012

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo da Publicação

Serviço de Documentação em Enfermagem

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Pereira, Ana Paula

Governança em higiene e limpeza hospitalar: implicações para o trabalho de enfermagem. Ana Paula Pereira; orientadora Lucieli Dias Pedreschi Chaves. Ribeirão Preto, 2012.

83p., il., 30cm.

Dissertação (Mestrado) Universidade de São Paulo, 2012.

1. organização e administração 2. administração hospitalar
3. enfermagem

PEREIRA, Ana Paula

Governança em higiene e limpeza hospitalar: implicações para o trabalho de enfermagem

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Aprovado em ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

A Deus, Pai e Criador do universo, pela presença constante em todos os momentos do meu aprendizado nessa vida e por conceder-me a graça de alcançar os objetivos ao lado da minha família.

Aos meus pais, José Augusto Pereira (in memoriam), meu eterno incentivador, e Rita de Cássia Biscaro, pelo amor, carinho e coragem.

À Vera Lúcia Valério, pelo olhar de compreensão, apoio e incentivo constante.

À Thereza Cristina e Ana Cristina, minhas irmãs queridas, meu amor e respeito por vocês são eternos.

Ao Cláudio Lunardi Júnior, meu querido cunhado, expert em informática e anjo da guarda nos momentos difíceis.

À Laura Pereira Lunardi, minha sobrinha amada que traz tantas alegrias para nossas vidas.

Aos meus avós, Moacir e Cida, por suportarem a minha ausência e entenderem a importância desse novo caminho.

Agradecimentos

À minha querida orientadora, Prof^a Dr^a Lucieli Dias Pedreschi Chaves, por sua compreensão, sua postura profissional, sua sabedoria, sua exigência metodológica, seu rigor científico, e por me guiar através de seus ensinamentos e confiar em mim.

Às docentes da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- EERP da USP, Prof^a. Dr^a. Ana Maria Laus e Prof^a Dr^a Márcia Maria Fontão Zago , pela oportunidade de crescer nessa longa estrada do conhecimento.

À Dr^a. Miyeko Hayashida, pela valiosa colaboração e disponibilidade.

Ao Adriano Eustáquio Urbano de Lima, Diretor Técnico da Divisão de Hotelaria do HCFMRP- USP, por ter compartilhado o seu conhecimento e contribuição para esse estudo.

À enfermeira Maria Elisa Menegucci, pelo carinho e atenção.

À equipe de trabalho do Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto- MATER (CRSMRP- MATER), a todas as enfermeiras, auxiliares e técnicas de enfermagem, por colaborarem e entenderem os meus momentos de angústia e, agora, felicidade.

Ao Eduardo Lopes Seixas, Diretor Administrativo do CRSMRP- MATER, pela compreensão e incentivo para a realização deste mestrado.

Às amigas Esther, Luzia e Mariane, companheiras inseparáveis, por entenderem o meu distanciamento e compreenderem esse propósito.

Obrigada às pessoas que amo e que são especiais na minh'alma, pelo amor incondicional e pelo incentivo para eu seguir em frente sempre.

Obrigada a todos!

RESUMO

PEREIRA, A.P. Governança em higiene e limpeza hospitalar: implicações para o trabalho de enfermagem. 2012. 83f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

A governança na hotelaria hospitalar, atualmente, tem se mostrado como tendência. Considerando, na atualidade, a realidade dos serviços e as perspectivas sobre a implantação do serviço de governança hospitalar, voltada para a melhoria no processo de gestão, constata-se que ainda são incipientes as publicações científicas sobre a temática. A interface entre o serviço de governança em higiene e limpeza e o trabalho da equipe de enfermagem justificou a investigação das implicações da implantação do serviço de governança em higiene e limpeza, para o trabalho da equipe de enfermagem. O objetivo deste estudo foi caracterizar a implantação do serviço de governança em higiene e limpeza de unidade, em um hospital público, e as implicações positivas e negativas para o trabalho de enfermagem. Trata-se de pesquisa exploratória, realizada em hospital de ensino, nas enfermarias de clínica médica, pesquisa essa desenvolvida em duas fases, a primeira com o levantamento documental que possibilitou a análise sobre a dificuldade de reposição do quadro de pessoal e os fatos cronológicos do processo de implantação da governança. A segunda, um estudo de caso descritivo, adotou-se a Técnica do Incidente Crítico como norteadora dos procedimentos metodológicos, realizada com 11 enfermeiros, 28 auxiliares e dois técnicos de enfermagem. Os resultados foram agrupados em 82 incidentes críticos extraídos dos relatos. A análise dos dados constou da identificação e do agrupamento de 146 comportamentos, “demonstrar desconhecimento sobre o controle de infecção” (13%) obteve a maior frequência negativa. Foram extraídas e agrupadas 166 consequências. As referências negativas redundaram em aspectos que influenciam a qualidade da assistência prestada ao paciente, ou seja, aspectos relativos à supervisão e à padronização do trabalho da equipe de governança em higiene e limpeza de unidade, que podem comprometer a assistência ao paciente. As referências positivas dizem respeito ao âmbito operacional, como agilidade na admissão de pacientes na unidade, que tem implicação no trabalho de enfermagem. Os resultados permitem entender a implantação do serviço de governança em higiene e limpeza hospitalar como possibilidade de reposição do quadro de recursos humanos, mas é presente o desafio de se avançar nesse processo no tocante à qualificação de pessoal para o trabalho em governança em higiene e limpeza, supervisão e interação com a equipe de enfermagem.

Descritores: organização e administração, administração hospitalar, enfermagem

ABSTRACT

PEREIRA, AP. Governance in hospital hygiene and housekeeping: implications for nursing work. 2012. 83 p. Thesis (Master's). University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2012.

Governance in hospital hotel services is a current trend. Considering the current reality of services and perspectives on the implementation of hospital governance service aimed at improving the management process, there are still few scientific publications on the subject. The interface between the service of governance in hygiene and housekeeping and the work of the nursing team justified the study of the implications of implementing the service of governance in hygiene and housekeeping to the work of the nursing team. This study aimed to characterize the implementation of the service of governance in hygiene and housekeeping of a unit in a public hospital and the positive and negative implications for nursing work. This exploratory research was carried out in a teaching hospital, in the wards of clinical medicine, and was developed in two phases, the first using documentary survey that allowed the analysis of the difficulty to replace the staff and the chronological facts of the process of implementing the governance. The second was a descriptive case study, and the Critical Incident Technique was adopted to guide the methodological procedures, performed with 11 nurses, 28 nursing auxiliaries and two nursing technicians. Results were grouped into 82 critical incidents drawn from the reports. Data analysis consisted of identifying and grouping 146 behaviors, "demonstrate ignorance on infection control" (13%) had the highest negative frequency. In total, 166 consequences were extracted and grouped, negative references resulted in factors that influence the quality of care provided to patients, that is, aspects related to the supervision and standardization of the work of the unit's team of governance in hygiene and housekeeping, which can interfere in care to patient. Positive references were related to the operational area such as the agility in the admission of patients to the unit, which has implications for the nursing work. Results allows to understand the implementation of the service of governance in hospital hygiene and housekeeping as a possibility to replace the human resources workforce, but it still is a challenge to advance in this process regarding the qualification of personnel to work on governance in hygiene and housekeeping, supervision and interaction with the nursing team.

Descriptors: organization and administration, hospital administration, nursing.

RESUMEN

PEREIRA, AP. Gobernanza en higiene y limpieza hospitalaria: implicaciones para el trabajo de enfermería. 2012. 83 h. Disertación (Maestría). Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

La gobernanza en hostelería hospitalaria se muestra como una tendencia hoy en día. Considerando la realidad actual de los servicios y perspectivas acerca de la implementación del servicio de gobernanza hospitalaria destinada a la mejora del proceso de gestión, se constata que son aun incipientes las publicaciones científicas sobre el tema. La interfaz entre el servicio de gobernanza en higiene y limpieza y el trabajo del equipo de enfermería justifica la investigación de las implicaciones de la implementación del servicio de gobernanza en higiene y limpieza para el trabajo del equipo de enfermería. El objetivo de este estudio fue caracterizar la implementación del servicio de gobernanza en higiene y limpieza en una unidad de un hospital público y las implicaciones positivas y negativas para el trabajo de enfermería. Esta investigación exploratoria se realizó en un hospital de enseñanza, en las enfermerías de clínica médica, y se desarrolló en dos fases, la primera con encuesta documental que permitió el análisis de la dificultad de remplazar el personal del equipo y los hechos cronológicos del proceso de implementación de la gobernanza. La segunda fue un estudio de caso descriptivo, en el cual se adoptó la Técnica del Incidente Crítico como guía de los procedimientos metodológicos, realizada con 11 enfermeros, 28 auxiliares de enfermería y dos técnicos de enfermería. Los resultados se agruparon en 82 incidentes críticos extraídos de los reportes. El análisis de los datos consistió en la identificación y agrupación de 146 comportamientos, "demuestran ignorancia sobre el control de infección" (13%) obtuvo la mayor frecuencia negativa. En total, se extrajeron y agruparon 166 consecuencias, las referencias negativas resultaron en factores que influyen en la calidad de la atención prestada a los pacientes, es decir, los aspectos relacionados a la supervisión y la estandarización del trabajo del equipo de gobernanza en higiene y limpieza de unidad que pueden influir en la atención al paciente. Las referencias positivas se refieren al área operacional, como la agilidad en la admisión de pacientes en la unidad, lo que tiene implicaciones para el trabajo de enfermería. Los resultados permiten entender la implementación del servicio de gobernanza en higiene y limpieza hospitalaria como una posibilidad de remplazar el cuadro de recursos humanos, pero es presente el desafío de avanzar en este proceso con respecto a la calificación del personal para trabajar en gobernanza en higiene y limpieza, de la supervisión y la interacción con el personal de enfermería.

Descriptores: organización y administración, administración hospitalaria, enfermería.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número de publicações no período de 1988 à 2011 com os descritores: organização e administração, administração hospitalar e governança clínica	27
Tabela 2 – Caracterização dos participantes do estudo segundo categoria profissional e sexo. Ribeirão Preto, 2011	46
Tabela 3 – Incidentes críticos com referências positivas e negativas relativos à implantação do serviço de governança em higiene e limpeza de unidade, segundo categoria profissional. Ribeirão Preto, 2011	47
Tabela 4 – Distribuição das categorias de comportamentos extraídos dos incidentes críticos, segundo referência positiva ou negativa, relacionadas a limpeza de unidade realizada pelo serviço de governança em higiene e limpeza de unidade, Ribeirão Preto, 2011	49
Tabela 5 – Distribuição das categorias de consequências, segundo referência positiva ou negativa, relacionadas a limpeza de unidade realizada pelo serviço de governança em higiene e limpeza de unidade, para a equipe de enfermagem. Ribeirão Preto, 2011	65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
DRS	Direção Regional de Saúde
IC	Incidente Crítico
SUS	Sistema Único de Saúde
TIC	Técnica do Incidente Crítico

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	13
2 INTRODUÇÃO	14
2.1 Contextualizando o hospital	14
2.2 Governança hospitalar	18
2.3 Gerenciamento em enfermagem e o ambiente hospitalar.....	22
3 JUSTIFICATIVA	27
4 OBJETIVOS	29
4.1 Objetivo geral	29
4.2 Objetivos específicos.....	29
5 MATERIAL E MÉTODO	30
5.1 Tipo de estudo	30
5.2 Local de estudo.....	31
5.3 Campo de pesquisa.....	32
5.4 Participantes da pesquisa.....	32
5.5 Procedimentos de coleta e análise dos dados	33
5.6 Procedimentos éticos	37
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
6.1 Primeira fase da pesquisa	38
6.2 Segunda fase da pesquisa	45
6.2.1 Caracterização dos incidentes críticos.....	46
6.3 Apresentação e discussão dos comportamentos	48
6.4 Apresentação e discussão das consequências.....	64
6.5 Considerações finais	70
7 REFERÊNCIAS	74
8 APÊNDICE	78
ANEXOS	81

1 APRESENTAÇÃO

Após a conclusão do curso de graduação em enfermagem, no ano 2000, meu primeiro trabalho foi como enfermeira assistencial em um hospital público, de ensino, no qual atuei, exercendo o cargo de enfermeira chefe e responsável operacional pelo bloco cirúrgico. Concomitante ao trabalho hospitalar, durante dois anos desempenhei atividades gerenciais em uma unidade básica de saúde e, posteriormente, fui docente em um curso técnico em enfermagem. Minha inserção em diferentes esferas do trabalho de enfermagem, na área assistencial e gerencial, como também de ensino, propiciou o desenvolvimento de habilidades técnicas e relacionais, bem como, motivou a continuidade dos estudos.

Nessa vivência profissional, a organização do trabalho de enfermagem tem sido objeto de interesse, incluindo algumas preocupações no tocante às situações que são comuns aos diferentes serviços de saúde. Em destaque estão as dificuldades de (re)composição do quadro de recursos humanos em enfermagem, suscitando questionamentos acerca de como dimensionar adequadamente as ações específicas dos profissionais dessa área, e quais ações poderiam ser demandadas para outras categorias profissionais, sem prejudicar o espaço de atuação da enfermagem, mas redefinindo a especificidade de seu escopo.

Como exemplo, cito a limpeza da unidade do paciente que, historicamente, tem sido função do pessoal de enfermagem. Entretanto, é foco de questionamento e inovação em alguns hospitais que, nos últimos anos, transferiram essa atribuição para profissionais do serviço de higiene e limpeza, devidamente capacitados para tal.

O conhecimento dessa realidade e a vivência em uma reforma organizacional em um hospital de ensino, no qual se implantou o serviço de governança hospitalar, aliada à dificuldade para encontrar produção bibliográfica sobre a temática, motivou o desenvolvimento deste estudo, que teve a seguinte questão norteadora: para a equipe de enfermagem quais as implicações favoráveis e desfavoráveis da implantação do serviço de governança em higiene e limpeza de unidade em um hospital público de ensino?

Nesse momento profissional, considerando as experiências já vivenciadas, o curso de pós-graduação, nível Mestrado, se apresentou como oportunidade de aprimoramento profissional e inserção em uma nova área da Enfermagem, a produção de conhecimentos científicos, tendo como foco a organização de serviços de saúde.

2 INTRODUÇÃO

2.1 Contextualizando o hospital

Até meados do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Eram construídos fora da zona urbana e apresentavam características de segregação social. As atividades desenvolvidas dentro do hospital cabiam a religiosos ou leigos, geralmente mulheres, que as executavam com vistas à salvação de suas almas, mediante a realização de ações de caridade e da prestação de cuidados com feridas, preparos de chás e alimentação aos enfermos. Essa instituição de assistência promovia a separação e exclusão da população pobre e doente do restante da sociedade, a fim de minimizar os riscos de propagação de doenças para a população sadia (FOUCAULT, 2010).

Os hospitais tornaram-se instrumento para diagnóstico e cura, a partir do final do século XVIII e início do século XIX. Até então, a doença ocupava o espaço doméstico. A prática médica consistia na relação entre o doente e o médico, único agente desse trabalho e proprietário de todo o instrumental necessário para realizar o diagnóstico e a terapêutica. Na formação do médico não estava incluída a experiência hospitalar e o hospital não estava organizado para ser local de ensino (FOUCAULT, 2010).

No final do século XVIII, o hospital passou a ser concebido como um instrumento de cura e tornou-se necessária a distribuição do espaço como instrumento terapêutico, pois os internados, que superavam o estado crítico da doença, não podiam permanecer em condições insalubres tais como sujeira, promiscuidade e a mistura de corpos deitados em camas coletivas. Para Foucault (2010) esse foi o momento no qual o médico se tornou o principal responsável pela organização hospitalar.

A disciplina foi utilizada como técnica de exercício de poder para gerir os homens por meio de um sistema de poder suscetível de controlá-los. Ou seja, a disponibilidade de mecanismos de gestão disciplinar implicava em vigilância constante dos indivíduos, exigindo registros contínuos das informações, de modo que o superior hierárquico tivesse conhecimento sobre tudo o que acontecia em suas bases. Os doentes passaram a ser distribuídos em espaços onde poderiam ser vigiados e tudo o que ocorria com eles deveria ser registrado (FOUCAULT, 2010).

A enfermagem passou a atuar nesse contexto, de maneira empírica e dominada pelo médico que delegava ao enfermeiro a execução das funções de controle, objetivando manter a ordem e a disciplina (DIAS, 2005). Porém, a enfermagem moderna surgiu dentro do contexto da Revolução Industrial, no auge do sistema capitalista europeu. Entretanto, somente após a segunda metade do século XIX, a enfermagem começou a sistematizar o seu ensino, pautada nos critérios estabelecidos por Florence Nightingale.

A escola nightingaleana estabeleceu princípios militares de disciplina e a qualidade moral era característica das formandas. Para Dias (2005), a enfermagem profissional, desde as suas origens, presenciou modos de divisão social e técnica do seu trabalho. O exercício da enfermagem nos diferentes serviços de saúde, dentre eles o hospital, insere-se em um sistema de saúde.

No século passado, no Brasil, o sistema de saúde transitou do sanitarismo campanhista (início do século até 1965) para o modelo médico-assistencial privatista, até chegar, no final dos anos 80, ao modelo plural, hoje vigente, que inclui, como sistema público, o Sistema Único de Saúde – SUS. O modo como o sistema de saúde foi se organizando ao longo do século XX influenciou e sofreu influência das instituições hospitalares. Neste estudo apresenta-se o hospital no contexto atual.

Com a promulgação da Constituição de 1988 e posterior implantação do SUS, essa lógica começou a se modificar. Em todo território nacional, o SUS segue os mesmos princípios doutrinários (universalidade, equidade e integralidade) e organizativos (regionalização e hierarquização, resolutividade, descentralização, participação dos cidadãos e complementaridade do setor privado), por isso é um sistema nacional e a inserção dos hospitais no sistema deve ocorrer dentro da lógica desses princípios (IBAÑEZ; ELIAS; SEIXAS, 2011).

Partindo do princípio da hierarquização, é possível uma primeira aproximação à compreensão e análise da inserção do hospital no SUS, entendendo-o como um serviço de saúde, com especificidade de recursos tecnológicos para atender a população, cujas necessidades de saúde requerem recursos de maior densidade tecnológica.

As organizações de saúde configuram-se em instituições complexas, nas quais convivem projetos políticos diferenciados entre si, influenciando a gestão e a organização do trabalho. Na instituição hospitalar, existe amplo campo de disputas de grupos profissionais, altamente qualificados e com autonomia de trabalho, no clássico modelo taylorista-fordista (MATOS; PIRES, 2006).

As práticas desenvolvidas nas instituições hospitalares, no século atual, passam paulatinamente a incorporar a recuperação da saúde como indicador de qualidade dos serviços. Diferente dos séculos anteriores, hoje prevalece a moderna assistência médica, incorporada a tecnologias, conhecimentos e valorização do paciente, dessa forma, denominado cliente/usuário (VECINA NETO; MALIK, 2011).

Atualmente, neste século XXI, ainda prevalece o modelo clínico da atenção, a valorização do conhecimento das especialidades, a fragmentação do ser humano em partes e, conseqüentemente, a subvalorização da formação generalista dos profissionais da área da saúde, além de privilegiar a alta densidade tecnológica que acarreta custos elevados de produção em saúde. Entretanto, emergem práticas com abordagem na perspectiva da clínica ampliada, integral e articulada que, no Brasil, são mais condizentes com o Sistema Único de Saúde, bem como com seus princípios e a atual política de redes de atenção à saúde, os quais prevêm inserção diferenciada dos hospitais no sistema de saúde, repercutindo nas questões assistenciais e gerenciais nesse serviço de saúde.

A visão do conhecimento dividido em especialidades distancia-se dos princípios da integralidade da atenção que pressupõe a constituição de redes de serviços, que viabilizem o cuidado integral com utilização de diferentes densidades tecnológicas, contemplando ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde e visando atender o ser humano em suas dimensões biopsicossociais (CHAVES, CAMELO, LAUS, 2011).

O ser humano se torna questionador perante todas as tecnologias de informações e o usuário de serviços hospitalares, antes passivo e tolerante, tem exigido assistência de qualidade, voltando sua atenção ao preparo profissional (da enfermagem e médicos, como, também, dos serviços de apoio como as copeiras e recepcionistas, entre outros), bem como aos serviços de hotelaria existentes (a qualidade do enxoval, alimentação, higiene, manutenção e segurança), além de aspectos de infraestrutura do hospital. A mudança no perfil de usuários exige a profissionalização dos serviços oferecidos, com capacitação dos profissionais por meio de ações educativas para a incorporação de novas tecnologias (MATOS; PIRES, 2006).

Com vistas a qualificar os serviços, os hospitais vêm exigindo dos profissionais uma nova postura. Dessa forma, a capacitação profissional e aprimoramento das habilidades dos trabalhadores é condição essencial para a garantia da sobrevivência e manutenção das organizações hospitalares (BALBUENO; NOZAWA, 2004).

No cenário atual, a qualidade técnica é fruto da somatória de aspectos, dentre eles destacam-se os conhecimentos e habilidades dos recursos humanos que viabilizam o trabalho

no hospital. Além da capacitação profissional e o aprimoramento das habilidades dos trabalhadores, outro fator preponderante é a reposição do quadro de pessoal e a consequente adequação do dimensionamento do quadro de funcionários, o que se torna um dos desafios para a administração dos hospitais.

O aumento dos custos com a saúde ocasiona mudanças na gestão econômica das instituições e surge a terceirização dos serviços no hospital. A terceirização tem sido aplicada como forma de gestão financeira, objetivando a otimização do trabalho, a redução de custo e o aumento da produtividade. É entendida por vários estudiosos como interveniente e intermediária na abordagem administrativa caracterizada como modalidade por meio da qual são colocados serviços de terceiros em uma instituição pública ou privada, por esse motivo é chamada terceirização (ZAMBERLAN; SIQUEIRA, 2005).

Com o objetivo de buscar a qualidade atrelada à redução de custos, a substituição de funcionários próprios passa a ser uma característica dos hospitais. Determinada atividade deixa de ser exercida por um funcionário da empresa A (instituição hospitalar) para ser transferida aos funcionários da empresa B (terceirizada) ocorrendo o processo de transferência de funções ou atividades, podendo incluir tanto etapas do processo produtivo assistencial quanto o mais utilizado nos dias atuais, a terceirização nos serviços de apoio como lavanderias, higiene e limpeza e manutenção (ZAMBERLAN; SIQUEIRA, 2005).

Nos novos tempos, a terceirização se torna frequente. Nos serviços públicos a metodologia de terceirização atende pressupostos legais, dentre eles a licitação. Nesse modelo, o contratante elabora um edital contendo as especificações do serviço a ser terceirizado. De forma presencial ou através de pregões eletrônicos, se credenciam as empresas interessadas no objeto e que atendem as especificações legais. Vence a empresa que atender os requisitos dos editais e determinar o menor valor ao objeto licitado (CHIAVENATO, 2010).

Inovações no campo da gestão como, por exemplo, a governança corporativa, têm sido incorporadas ao cenário hospitalar em uma concepção de administração focada em objetivos, metas e controle rigoroso de custos. Faz-se presente o desafio da análise da utilização desse modelo gerencial em instituições, cujo processo de produção guarda especificidades que a diferenciam de outros setores produtivos.

Especificando a saúde, não se pode comparar o trabalho produzido como resultado da ação de uma única pessoa, pois esse profissional não assume em si todas as operações necessárias para a prestação de serviço. É necessário o suporte marginal, que envolve o gerenciamento, a utilização de instrumentos e a especialização do trabalho para se atingir a

exigência da demanda no alcance do produto. No ambiente hospitalar, apesar do trabalho se dar de forma interdependente, ele se torna articulado entre vários profissionais que buscam, por meio das inter-relações, responder às necessidades do usuário.

Nesse sentido, a gestão baseada na governança hospitalar tem se apresentado como alternativa viável para os hospitais que buscam se adequar aos melhores padrões de qualidade nos serviços e gerenciamento, por meio de racionalidade e eficiência administrativa.

2.2 Governança hospitalar

A constante incorporação tecnológica, as mudanças sócioeconômicas e científicas impulsionam as inovações no campo da gestão, evidenciando as potencialidades e lacunas nos modelos administrativos existentes. Torna-se importante destacar que não se trata de adequações de nomenclaturas, mas sim de novos enfoques gerenciais, cujos limites e contornos estão sendo desenhados na contemporaneidade.

Na atualidade, vivemos a “Era do Conhecimento”, caracterizada por mudanças nas tecnologias e nos mercados, acelerando as mudanças nas tecnologias da comunicação, o aumento da competição econômica aliada ao controle de custos e à crescente transformação no processo de globalização. Novas exigências se impõem tanto nas relações de trabalho, que se tornam flexíveis e com hierarquias fluidas, quanto aos formatos organizacionais, constituintes de redes de instituições, envolvendo desde a comunidade científica e tecnológica até os fornecedores, consumidores, empresas, organizações sociais (VECINA NETO; MALIK, 2011).

As organizações estão mudando rapidamente e tal mudança se torna profunda e descontínua, pois traz verdadeira ruptura com o passado. As inovações do presente acarretam a busca desenfreada por melhorias que delineiam as atividades administrativas (CHIAVENATO, 2004).

As inovações no campo da gestão organizacional remetem a conceitos aplicados que qualificam os métodos de administração, provocam dúvidas sobre os limites de abrangência ou nomenclatura.

Um exemplo diz respeito à governança hospitalar como modelo de gestão. Recentemente, o termo tem sido empregado como se o seu significado estivesse claro e

entendido pelo público em geral, bem como por profissionais da área de gestão e saúde, porém, questiona-se se a expressão é entendida em seu significado.

Desse modo, parece ser relevante um resgate desse termo na literatura na área de gestão para, após, descrever a singularidade do seu uso no cenário hospitalar.

Para Ferreira (2009) a palavra governança é sinônimo de governo, sendo caracterizada como ato ou efeito de governar, regência, direção, administração, poder ou coletividade que dirige um Estado, economia e ordem.

A palavra “governança”, quando empregada nos estudos relacionados às áreas administrativas das organizações, recebe a conotação dirigida ao ato de governar (TARABOULSI, 2006).

Steinberg (2003) explica que governança corporativa constitui-se em um conjunto de práticas gerenciais entre diretoria, conselho fiscal e administrativo, instâncias executivas com a finalidade de aprimorar o desempenho da empresa e facilitar o acesso ao capital, ou seja, criar ambiente de controle de custos dentro de um modelo de distribuição de poder, focado nos melhores resultados.

Boeger (2005) descreve que no hospital, a governança hospitalar agrupa todos os serviços básicos, quais sejam: a segurança patrimonial, nutrição e dietética, atendimento, rouparia, serviço de higiene e limpeza. É necessário que todos tenham a sua gestão focada no usuário e na qualidade dos serviços, com vistas a qualificar a assistência prestada.

Para Taraboulsi (2006), além do cuidado, do conforto e bem-estar, nas unidades de internação, é de suma importância garantir a higienização como uma das medidas de prevenção de infecção hospitalar. Essas funções são características do serviço de governança em higiene e limpeza.

No aspecto amplo da nomenclatura dos estudos organizacionais, a palavra governança se torna um problema de análise científica devido às várias conotações empregadas e que acarretam a imprecisão dos conceitos. Para os peritos na temática, uma evidência do desconhecimento relativo acerca desse conceito é o seu uso enquanto sinônimo do termo hotelaria hospitalar.

A governança assume a responsabilidade pelo conforto e bem-estar dos hóspedes, sendo caracterizada pelos serviços: lavanderia e de higiene e limpeza (TARABOULSI, 2006).

No Brasil, esse modelo pode ser encontrado em serviços privados como, por exemplo, nos hospitais Samaritano São Paulo, Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, São Camilo-Pompeia. Na rede pública, na cidade de São Paulo, o Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina, Hospital Infantil Darcy Vargas e Instituto

Dante Pazzanese de Cardiologia já possuem serviços de governança implantados, com seus respectivos gestores.

As instituições hospitalares possuem o desafio administrativo para a incorporação desse novo modelo de gestão, porém, a implantação dos serviços especializados e conecta indelevelmente ao objetivo de redução de custos financeiros. Há a necessidade de se pensar na promoção da qualidade, pois os custos não podem inviabilizar a prestação do serviço, já que a qualidade dos procedimentos depende do desenvolvimento adequado da gestão de organização, planejamento técnico e contínuo.

Nesse sentido, destaca-se que, recentemente, foram incorporados ao organograma das instituições os serviços de governança hospitalar que incluem os serviços de higiene e limpeza hospitalar.

O serviço de higiene e limpeza hospitalar é setor integrante do apoio logístico dos serviços especializados, contribuindo para a promoção do controle de infecção hospitalar advinda do ambiente, possibilitando a preservação dos bens patrimoniais físicos da instituição, além de promover o bem-estar aos clientes internos e externos, funcionários e visitantes do ambiente hospitalar (VECINA NETO; MALIK, 2011).

O serviço de higiene e limpeza hospitalar pode ser próprio ou de empresa terceirizada. Segundo Vecina Neto e Malik (2011), pode haver vantagens e desvantagens em ambas as situações, pois nos serviços próprios há o benefício da personalização do atendimento, de acordo com os objetivos da instituição. Na contratação de empresas terceirizadas, as negociações podem ser vantajosas para o controle de custo.

O modelo contratual desses serviços tem como tendência o dimensionamento do quadro de pessoal, baseado na proporção do número de pacientes ou de leitos por trabalhadores da limpeza, mas esta prática apresenta desvantagens por não caracterizar indicadores que envolvam, por exemplo, a dinâmica da liberação de vagas, taxa de ocupação dos leitos, fluxo diário da população flutuante (VECINA NETO; MALIK, 2011).

Outra forma de dimensionamento do quadro de pessoal se baseia na metragem da área física construída. É necessário considerar vários fatores que interferem na prática e no desempenho dos trabalhadores de limpeza. Segundo o padrão brasileiro, um trabalhador de limpeza executa as suas atividades de limpeza em 400m²/por jornada de oito horas em áreas livres e 300m²/por jornada de oito horas em áreas fechadas (MEZZOMO, 1993).

Para o dimensionamento de funcionários do serviço de higiene e limpeza hospitalar, Vecina Neto e Malik (2011) apresentam vários critérios que devem ser analisados como coadjuvantes para o processo de dimensionamento, tais como: qualificação da equipe

disponível, considerando a idade, doenças, grau de escolaridade e portadores de obesidade; jornada de trabalho adotada pela instituição; classificação das áreas hospitalares sob o aspecto criticidade; planta física e idade da construção: estrutura pavilhonar ou única, existência de rampas de acesso ou somente elevadores, pé-direito e acabamento das paredes, tipo de piso e acessos externos; região onde o hospital se localiza como, por exemplo, na zona rural ou na zona urbana; condições internas de trabalho, tais como existência de depósito de material de limpeza, tanques e torneiras de uso exclusivo para o serviço de higiene e limpeza hospitalar, tomadas nos corredores, disponibilidade de estocagem de materiais, estrutura de distribuição do almoxarifado central, ralos para escoamento em grandes áreas livres; grau de exigência dos clientes internos e externos; especialidade do hospital, descritivamente o ramo de atividade; política administrativa; indicadores da população flutuante diária: consultas, visitantes, acompanhantes, estagiários, alunos, residentes, bem como a taxa de ocupação dos leitos hospitalares; sistema de liberação de altas eficaz, política de reservas de leitos cirúrgicos, estrutura de hospital-dia funcionante; estudo quantitativo da proporção quartos e enfermarias; disponibilidade e tipo de equipamento de trabalho.

Os critérios acima citados colaboram para o sucesso no dimensionamento do quadro de pessoal. No gerenciamento de funcionários contratados pela própria instituição, esses critérios podem ser instrumentos para o gestor alcançar êxito na formação e distribuição da sua equipe de profissionais do serviço de higiene e limpeza hospitalar. Por outro lado, na negociação com serviços terceirizados, os critérios possibilitam ferramentas para a elaboração de propostas de contratos; o planejamento do cronograma de atividades diárias; o manejo na distribuição das equipes nos diferentes turnos de trabalho, salientando que a incidência das limpezas terminais dos setores fechados e áreas administrativas são no noturno, devido à redução de fluxo de pessoas nos locais (VECINA NETO; MALIK, 2011).

O serviço de higiene e limpeza hospitalar da atualidade também enfrenta dificuldades que podem ser traduzidas pelos desafios da recente incorporação do conceito de governança. Essa quebra de paradigma ou mudança de comportamento não pode interferir na prática do trabalho e na resolutividade finalística do serviço. Para Torres (2008), o sucesso da nova tendência só é possível quando a administração dos hospitais investir no capital humano, com treinamentos específicos e educação continuada, pois, nada adianta alterar modelos de gestão ou nomenclaturas como, por exemplo, mudar o nome de auxiliar de limpeza para camareiro se isso não representar melhoria na qualificação dos recursos humanos.

A governança acarreta mudanças no cenário da instituição hospitalar e gera possibilidades de promoção organizacional as quais influenciam diretamente a prática

gerencial do enfermeiro, trazendo reflexos para o trabalho da equipe de enfermagem como um todo (BOEGER, 2005).

Nesse sentido, entende-se que, diante das características do trabalho em saúde, o uso de modelos de gestão precisam ser adaptados ao contexto e à especificidade do cenário hospitalar, ao contingente de profissionais envolvidos e, principalmente, às peculiaridades das necessidades do usuário que se difere de um simples consumidor ou cliente de outros serviços. Entende-se que, diante dessas considerações, é pertinente contextualizar a prática gerencial do enfermeiro que apresenta interface com o trabalho de governança em serviço de higiene e limpeza.

2.3 Gerenciamento em enfermagem e o ambiente hospitalar

No cenário hospitalar, histórica e socialmente, a política de saúde vigente, as relações de poder, de saber, de agir entre diferentes profissionais, além da tecnologia disponível e da complexidade dos casos atendidos, são fatores que têm implicações na gerência de enfermagem.

Nesse cenário, há ainda a atuação dos diversos profissionais da enfermagem brasileira, legalmente estabelecidos pela Lei 7.498 de 25 de junho de 1986, que explicita que a enfermagem é exercida pelo enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e parteira, cabendo à supervisão da equipe de enfermagem exclusivamente o exercício profissional do enfermeiro (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM, 2007).

Cabe ao enfermeiro transformar o exercício de seu trabalho em liderança, indispensável para o alcance de resultados, pois, no mundo globalizado, a competitividade está cada vez mais acirrada. A liderança envolve propósito, visão e valores, ou seja, a pessoa que lidera deve saber qual o seu objetivo, estabelece o caminho a percorrer e se baseia nos seus valores e crenças para ser bem-sucedido. Portanto, a liderança do enfermeiro não pode ser vista como um cargo, mas sim como uma maneira de agir e pensar que influencia os membros de sua equipe em busca dos resultados pré-estabelecidos (DIAS, 2006).

O processo de trabalho de enfermagem organiza-se em subprocessos que podem ser denominados cuidar ou assistir, administrar ou gerenciar, pesquisar e ensinar, sendo que cada um desses possui seus próprios objetos, meios/instrumentos e atividades, coexistindo em um mesmo momento e instituição, além de ter os seus agentes, ou seja, os trabalhadores de

enfermagem, inseridos de forma heterogênea e hierarquizada, expressando a divisão técnica e social do trabalho. A divisão técnica do trabalho da equipe de enfermagem fica evidente com as diferentes atividades assumidas pelos seus membros, cabendo ao pessoal de nível médio, majoritariamente, as atividades assistenciais expressas em tarefas e procedimentos padronizados (KURCGANT; MASSAROLLO, 2010).

Os enfermeiros têm assumido, no cotidiano de trabalho das instituições de saúde, os cuidados aos pacientes mais graves e os procedimentos de maior complexidade, além das atividades de organização e coordenação do serviço, ou seja, atividades assistenciais e gerenciais.

O gerenciamento do cuidado requer dos profissionais de saúde, particularmente do enfermeiro, uma visão integradora de valores e lógicas diferenciadas impressas nas necessidades dos usuários. Para Rossi e Silva (2005) é necessário que se aprofunde os aspectos subjetivos das inter-relações, no sentido de os profissionais satisfazerem as necessidades emergentes nos processos de trabalho, cujas soluções não são encontradas em nenhum manual de normas, rotinas e técnicas.

É preciso refletir sobre os processos de gerenciamento do cuidado, a fim de que seja construída uma realidade organizacional alinhada às práticas efetivas. Ferraz (2000) concorda com a necessidade de transformar o trabalho do enfermeiro, ao gerenciar o cuidado, em resultados que possam organizar os serviços, segundo os padrões de eficiência e que, também, consiga construir sujeitos sociais capacitados para a concretização do trabalho com qualidade.

Em seus estudos, Ferraz (1998) já relatava desafios, que são presentes ainda hoje, em relação ao gerenciamento do cuidado, apontando para a necessidade de reformatação dos organogramas hospitalares e a eliminação de rotinas inúteis. Essas mudanças, aliadas à visão interdisciplinar, produzem formas orgânicas de atendimento aos usuários, acarretando satisfação norteada pelo gerenciamento do cuidado integral nas unidades de internação. Para as evidências positivas desse cuidado, devem estar aliadas as práticas nas dimensões biológicas com suas intervenções objetivas, conformando as rotinas de trabalho com as dimensões subjetivas, pouco estruturáveis que estão presentes na assistência ao usuário em seu local de internação.

Como parte da assistência ao usuário, há as intervenções relativas à higiene e ao conforto na unidade, historicamente atribuição da equipe de enfermagem, cabendo ao enfermeiro garantir as condições para atender as demandas que emergem dessas intervenções, quais sejam, a previsão/provisão de recursos humanos e materiais, capacitação e supervisão

para a realização da limpeza de unidade, e aos auxiliares e técnicos de enfermagem cabe a execução do procedimento propriamente dito.

A equipe de enfermagem é integrante do universo multiprofissional da atenção hospitalar que depende de exames médicos, de diagnósticos, de cuidados de enfermagem e psicológicos, dentre outros, requerendo suporte de estrutura física, recursos humanos, materiais, financeiros e do meio ambiente (MADUREIRA; VEIGA; SANT ANA, 2000).

O ambiente hospitalar, incluindo o ar, a água e as superfícies inanimadas que cercam o usuário, guarda íntima relação com as infecções hospitalares, podendo proporcionar focos de contato e de transmissão. Embora as principais causas de infecção hospitalar estejam relacionadas ao doente susceptível à infecção, além dos métodos diagnósticos e terapêuticos utilizados, não se pode deixar de considerar a parcela de responsabilidade relacionada aos padrões de assepsia e de higiene do ambiente. Desde Florence Nightingale, tem sido responsabilidade da enfermagem a busca por ambiente hospitalar biologicamente seguro e confortável (KURCGANT; MASSAROLLO, 2010).

Florence Nightingale preocupou-se em criar um “espaço humano” no ambiente hospitalar, porque considerava que a limpeza, a iluminação e a aeração das enfermarias tinham relação com a cura dos doentes (BASSI, 1999).

Dentre as atividades executadas no cotidiano dos hospitais está a limpeza de unidade, reconhecida como uma das formas de manter o ambiente hospitalar seguro. A unidade do usuário tem sido definida como o conjunto de espaços e de móveis destinados a cada usuário, variando seus componentes de hospital para hospital (BOEGER, 2005).

A limpeza da unidade pode ser classificada em limpeza concorrente e terminal. A concorrente é aquela realizada diariamente em algumas partes da unidade do usuário e em objetos pessoais após o seu uso. A limpeza terminal é feita em todos os componentes da unidade e tem sido indicada quando o leito é desocupado por motivo de alta, óbito, transferência, período de hospitalização prolongado e nos casos de término de isolamento. De maneira geral, os dois tipos de limpeza são realizados para a remoção de sujidade, com a finalidade primordial de impedir a disseminação de micro-organismos que colonizam as superfícies horizontais dos mobiliários (PADOVANI; ANDRADE; ANGERAMI, 2000).

Para o rompimento da cadeia epidemiológica das infecções, existem procedimentos padronizados e legislados por serviços regulatórios competentes. Não basta a simples remoção de sujidade dentro do ambiente hospitalar, haja vista que o ambiente oferece riscos potenciais de contaminação aos usuários e funcionários, faz-se necessário, então, adotar medidas de higienização e desinfecção adequadas.

Tendo como base considerações sobre a limpeza da unidade do usuário na manutenção de um ambiente hospitalar limpo, Padovani, Andrade e Angerami (2000) evidenciaram que a referida atividade, em hospitais do interior do Estado de São Paulo, caracteriza-se pela falta de investimento tecnológico e pela diversidade de condutas, com inadequado atendimento dos princípios científicos descritos na literatura, prejudicando a segurança do usuário. Não foram localizados estudos recentes sobre essa temática, entretanto, considerando a vivência profissional é provável que a situação relatada pelas pesquisadoras perdure ainda hoje.

A redução sistemática do quadro de funcionários, na atualidade, aliada à falta de reposição de vagas, tem acarretado acúmulo de obrigações ao enfermeiro e sua equipe. Para Rossi e Silva (2005), a enfermagem deve assumir o seu papel gerencial e assistencial, não perdendo o foco humanitário e científico circunscrito à profissão. Também afirmam que novos modelos de gestão direcionam as atividades para a satisfação do usuário e podem cooperar para a minimização da sobrecarga de tarefas do enfermeiro e de sua equipe.

A implantação do setor de governança nos hospitais é uma forma de gestão de serviços de apoio que tem a responsabilidade direta por zelar pela limpeza de unidade, dos quartos, enfermarias e áreas comuns. Para Taraboulsi (2006), assim como em um hotel, o departamento de governança hospitalar é responsável por acolher seus usuários com conforto e qualidade. Entretanto, o grande desafio está na adaptação inteligente e eficiente desse departamento às características do hospital que envolve, principalmente, compreensão do perfil diferenciado de usuários de saúde e as especificidades do ambiente hospitalar. Ou seja, é preciso adequar o modelo ao cenário hospitalar e refletir acerca das suas contribuições com a implantação do serviço de governança para a gestão hospitalar.

Ainda, de acordo com o autor, para o sucesso da governança hospitalar, faz-se necessária também a total cooperação do corpo de enfermagem, composto por profissionais que assistem diretamente os usuários, em tempo integral, ouvindo as suas necessidades e buscando soluções.

O foco da enfermagem é o cuidado com o usuário e a hotelaria proporciona, além de mudanças na estrutura física do hospital, uma quebra de paradigmas, contribuindo para mudança de comportamento da equipe multiprofissional, especialmente na equipe assistencial, constituída por médicos e profissionais de enfermagem, pois são eles que interagem diuturnamente com o cliente. Assim sendo, a interação entre esses dois serviços pode contribuir para otimizar a assistência prestada ao cliente (DIAS, 2005).

Para Dias (2006), o usuário necessita ser assistido de forma que a hospitalidade contemple os aspectos tangíveis e intangíveis do atendimento, tornando o ambiente acolhedor,

situação atingida quando a responsabilidade se torna compartilhada entre os profissionais, que contribuem para aprimorar a atenção hospitalar.

Embora a governança hospitalar agrupe diversos serviços de apoio, neste estudo enfoca-se o serviço de higiene e limpeza, particularmente a atividade de limpeza de unidade do usuário.

A equipe de higiene e limpeza, formada por auxiliares de limpeza e camareiras, deve ser especializada, treinada com procedimentos corretos e preparada para lidar com pessoas, pois tem contato direto com os usuários, influenciando na satisfação desses com os serviços recebidos. Aos olhos do usuário, a limpeza representa fator visível de qualidade do serviço.

Além do cuidado, do conforto e bem-estar, nas unidades de internação é de suma importância garantir a higienização como uma das medidas de prevenção de infecção hospitalar. As camareiras usualmente são responsáveis pela limpeza concorrente das unidades de internação e os auxiliares de limpeza são responsáveis pela limpeza terminal (TARABOULSI, 2006).

Boeger (2005) declara que, ao centralizar as operações de limpeza da unidade de internação sob a responsabilidade da governança, a equipe de enfermagem tem seu tempo otimizado para priorizar a área assistencial.

Como compete à governança a liberação do quarto limpo para uma nova internação, precisa haver relação harmoniosa entre esse e os departamentos de recepção e manutenção para que haja agilidade e eficiência no atendimento ao usuário. Uma relação harmoniosa entre a equipe de camareiras e de enfermagem também é importante, pois juntas são responsáveis pelo atendimento ao paciente na unidade de internação (SOUZA, 2006).

Evidencia-se que o hospital está diante de uma nova perspectiva de gestão de serviços com a implantação da governança hospitalar. Particularmente a enfermagem, que tem como foco o cuidado com o usuário e historicamente tem sido responsável pela limpeza de unidade do usuário, depara-se com uma nova realidade. Diante de tal situação, faz-se presente o desafio de investigar, na perspectiva da equipe de enfermagem, quais os aspectos favoráveis e desfavoráveis da implantação da limpeza de unidade do usuário pelo serviço de governança hospitalar.

3 JUSTIFICATIVA

Segundo Dias (2006), Florence Nightingale já reconhecia, quando assumiu os cuidados dos soldados na guerra da Crimeia (século XIX), que o ambiente também colabora para restaurar a saúde. Para a autora, a hotelaria hospitalar torna-se um diferencial e agrega valores aos cuidados de enfermagem. Para essa mesma autora, a equipe de enfermagem tem como objeto o cuidado com o indivíduo, representado pelo atendimento terapêutico, científico e humanizado, sendo que equipe de higiene e limpeza tem como foco a higiene e organização do ambiente, funções distintas, mas com responsabilidades compartilhadas.

A realização de criterioso levantamento bibliográfico no banco de dados eletrônicos da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências em Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências em Saúde (MEDLINE), no período de 1988 a 2011, utilizando os descritores: organização e administração, hospitais, governança clínica foram encontrados os dados apresentados na Tabela 1.

TABELA 1 –Número de publicações no período de 1988 à 2011 com os descritores: organização e administração, administração hospitalar e governança clínica

Descritores	Base de dados		
	LILACS	MEDLINE	TOTAL
Organização e administração	1245	1189	2434
Administração hospitalar	532	54	586
Governança clínica	4	22	26
TOTAL	1781	1265	3046

Os dados contidos na Tabela 1 nos revela considerável número de publicações com os descritores citados, porém, ao realizar análise dos resumos, publicações, nenhuma apresentou o assunto relacionado à governança em higiene e limpeza hospitalar.

Considerando a situação atual sobre a implantação do serviço de governança hospitalar como forma de melhoria no processo de gestão, constata-se que o tema ainda não possui evidência nas investigações científicas publicadas. Talvez as produções acadêmicas estejam sendo divulgadas aos enfermeiros e apresentadas em eventos científicos, o que não

torna possível a realização de busca sistematizada, por não se encontrar essas publicações contidas nas bases de dados.

Assim, a contemporaneidade da temática na área de gerência de serviços de saúde, para a qual foi evidenciada a carência de produção científica; a importância do procedimento de limpeza de unidade na assistência ao usuário do serviço de saúde; a interface entre o serviço de governança em higiene e limpeza e o trabalho da equipe de enfermagem justificam investigar as implicações da implantação do serviço de governança em higiene e limpeza, para o trabalho da equipe de enfermagem. Diante do exposto questiona-se:

- qual a característica do modelo de governança em higiene e limpeza de unidade adotado no hospital em estudo?

- quais as implicações da implantação da governança em higiene e limpeza de unidade para o trabalho da equipe de enfermagem?

- quais os aspectos positivos e negativos da implantação da governança em higiene e limpeza de unidade para o trabalho da equipe de enfermagem?

Espera-se que os resultados deste estudo tragam contribuições para o serviço de governança e de enfermagem do hospital, além de contribuir com conhecimentos em atividade nova e ainda carente de pesquisas, representando mudança organizacional que requer análise sob diferentes aspectos e perspectivas, a fim de buscar evidências sobre os seus reflexos e implicações, enquanto estratégia de gestão do cuidado e de serviço.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Caracterizar a implantação do serviço de governança em higiene e limpeza de unidade e as implicações positivas e negativas para o trabalho de enfermagem em hospital.

4.2 Objetivos específicos

- Descrever o modelo de governança em higiene e limpeza de unidade implantada em um hospital.

- Identificar, junto à equipe de enfermagem, situações com implicações positivas e negativas da implantação do serviço de governança em higiene e limpeza de unidade.

5 MATERIAL E MÉTODO

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de pesquisa exploratória, desenvolvida em duas fases.

A primeira fase da pesquisa constou de pesquisa documental que, segundo Barros e Lehfeld (2000), se efetua na perspectiva de resolver um problema ou adquirir conhecimentos a partir de informações advindas de materiais escritos, gráficos, sonoros ou informatizados.

A tipologia escolhida para a segunda fase da pesquisa trata-se de estudo de caso único e descritivo. É um estudo de caso em que o pesquisador tem como objetivo descrever e analisar, com profundidade e riqueza de detalhes, os mecanismos e a operação da implantação e avaliação da governança em higiene e limpeza. Yin (2005) afirma que os estudos de caso são valiosos para compreender intervenções políticas e de mudanças no cenário organizacional. Segundo Yin (2005), a principal tendência de um estudo de caso é “esclarecer uma decisão ou um conjunto de decisões: o motivo pelo qual foram tomadas, como foram implementadas e com quais resultados”. Foi único porque o hospital estudado correspondeu a um caso significativo (YIN, 2005), em que os dados obtidos forneceram informações a respeito dos aspectos favoráveis e desfavoráveis na implantação da governança em higiene e limpeza.

Para Triviños (1987), no estudo de caso qualitativo, as hipóteses não são definidas *a priori* e a complexidade do exame cresce na medida em que o pesquisador vai se aprofundando no estudo. Segundo Polit, Beck e Hungler (2004), na maioria dos estudos de caso, o pesquisador é um observador passivo que reúne informações sobre comportamentos, sintomas e características do objeto investigado. A divergência e os conflitos devem fazer parte do estudo.

Nessa fase, o estudo levantou por meio da Técnica do Incidente Crítico, situações relatadas que permitiram identificar implicações positivas e negativas da governança hospitalar em higiene e limpeza de unidade para a equipe de enfermagem.

5.2 Local de estudo

O presente estudo foi desenvolvido em Ribeirão Preto, município situado no nordeste do Estado de São Paulo, polo de atração de atividades comerciais e de prestação de serviços, com destaque para a área de saúde. O fluxo de atendimento em saúde no município é hierarquizado e regionalizado, realizado por meio do sistema de referência e contrarreferência, controlado por um complexo regulador responsável pelas internações, consultas, atendimentos especializados e exames.

O hospital de estudo é público, qualificado para o ensino na área da saúde e tem como missão institucional o atendimento às urgências de alta complexidade, que demandam maior densidade tecnológica e tratamento especializado, na área de abrangência da Direção Regional de Saúde-XIII (DRS-XIII).

O referido hospital dispõe de 158 leitos de internação, 22 de terapia intensiva e 10 em unidade de cuidados semi-intensivos, distribuídos em cinco pavimentos. Como porta de entrada para o hospital apresenta-se o Serviço de Urgência, composto pela Sala de Estabilização Clínica, Sala de Trauma e Boxes para observação clínica. O primeiro andar é destinado à pediatria com área de ambulatório, internação e centro de terapia intensiva. No segundo andar, localizam-se as enfermarias de clínica médica, unidade coronariana, unidade de isolamento e tratamento semi-intensivo. No terceiro andar, estão as enfermarias de clínica cirúrgica (diferentes especialidades), neurologia, tratamento semi-intensivo e um centro de terapia intensiva. No quarto andar, outro centro de terapia intensiva, unidade de queimados, centro cirúrgico e centro de recuperação anestésica. No quinto andar a central de materiais e esterilização e unidade respiratória. No sexto andar, alojamento médico.

No referido hospital, em 2005, teve início a implantação do serviço de governança hospitalar nos setores de lavanderia, higiene e limpeza. Nesta pesquisa, foca-se a governança no âmbito do serviço de higiene e limpeza, particularmente no que se refere à limpeza de unidade do usuário. Tal opção justifica-se não apenas pela importância do procedimento mas, também, pela interface com o serviço de enfermagem e a mudança de uma atribuição historicamente exercida pela equipe de enfermagem.

Cabe destacar que o serviço de governança hospitalar, hierarquicamente, é ligado à Assessoria Técnica do hospital de estudo. Desse modo, em última análise, a governança hospitalar em higiene e limpeza tem atividades relativas à gerência em dois planos diferentes da administração: Assessoria Técnica da Superintendência e Divisão de Enfermagem.

5.3 Campo de pesquisa

Para o estudo, foram selecionadas as enfermarias de clínica médica, do 2º andar, nas quais se implantou o sistema de governança hospitalar em higiene e limpeza de unidade.

As enfermarias do segundo andar são compostas por vinte e oito leitos para atendimento da especialidade de clínica médica e uma unidade de isolamento com seis leitos, conta ainda com uma unidade coronariana com sete leitos de internação de alta complexidade. Durante os plantões, de modo geral, no andar, a equipe de enfermagem é composta por dois enfermeiros e cinco auxiliares ou técnicos de enfermagem.

Nesse setor, de internação de clínica médica e coronariana, as especificidades dos quadros clínicos dos pacientes, a respectiva necessidade de assistência de enfermagem, a rotatividade de pacientes justificaram um olhar pormenorizado sobre as implicações, para a equipe de enfermagem, da implantação do serviço de governança em higiene e limpeza.

5.4 Participantes da pesquisa

Na primeira fase da pesquisa, consultaram-se as atas de reuniões, editais, comunicados e os documentos relativos à implantação do serviço de governança hospitalar - serviço de higiene e limpeza, disponíveis na Divisão de Enfermagem e Assessoria Técnica da Superintendência do hospital de estudo.

Na segunda fase da investigação, os participantes foram membros da enfermagem da unidade eleita como campo de pesquisa. A equipe de enfermagem, nas enfermarias do 2º andar, nas quais se implantou o sistema de governança hospitalar em higiene e limpeza de unidade, é composta por 21 enfermeiros, 16 técnicos de enfermagem e 46 auxiliares de enfermagem.

Foram critérios de inclusão no estudo: atuar na equipe de enfermagem do serviço selecionado há, no mínimo, seis anos à época de coleta de dados (acredita-se que esse tempo possibilita ao indivíduo ter experiência prévia à implantação da governança em higiene e limpeza) e estar escalado para o trabalho na Unidade à época da coleta de dados.

Foram critérios de exclusão: estar ausente do local de estudo em decorrência de afastamentos legais à época de coleta de dados, ter sido contratado para o trabalho na unidade no período inferior a seis anos.

5.5 Procedimentos de coleta e análise dos dados

Para a primeira fase da pesquisa utilizaram-se dados relevantes, registrados em documentos oficiais da instituição, relativos à implantação do serviço de governança hospitalar, que permitiram descrever objetivos, estratégias utilizadas e caracterização do serviço de governança hospitalar. O procedimento adotado constou da consulta aos referidos documentos, registro em um diário de campo de fatos importantes que permitiram descrever a implantação do modelo de governança em higiene e limpeza de unidade.

Os dados foram apresentados de modo a permitir a análise do percurso histórico de implantação do serviço de governança em higiene e limpeza de unidade no hospital de estudo, considerando os atores e instâncias institucionais envolvidos, estratégias de implantação e acompanhamento do serviço.

Para desenvolver a segunda etapa da investigação, foi proposta a utilização da técnica dos incidentes críticos (TIC) para o levantamento de percepções e atitudes em relação ao objeto da investigação. A TIC consiste em um conjunto de procedimentos para a coleta de observações diretas do comportamento humano, de modo a facilitar sua utilização potencial na solução de problemas práticos e no desenvolvimento de amplos princípios psicológicos, delineando também procedimentos para a coleta de incidentes observados que apresentem significação especial e para o encontro de critérios sistematicamente definidos (MARTINS; CARVALHO, 2008).

A TIC é uma alternativa metodológica para a coleta e análise de relatos de comportamentos emitidos em diferentes situações. Para Dela Coleta (2004), a TIC permite compreender, efetuar diagnósticos e explicar ocorrências em diferentes áreas do conhecimento, incluindo a análise do trabalho, a determinação de critérios, a definição de situações de não conformidade, o estudo de erros e falhas, inclusive para a avaliação e formação de pessoal, organização do trabalho.

A utilização dessa técnica foi proposta em 1941, por Flanagan, a partir de estudos do Programa de Psicologia em Aviação dos Estados Unidos para obter informações para o programa de pesquisa na seleção de pilotos (FLANAGAN, 1973).

Segundo Flanagan (1973, p.99), incidente crítico é:

“... qualquer atividade humana observável que seja suficientemente completa em si mesma para permitir inferências e previsões a respeito da pessoa que executa o ato. Para ser crítico, um incidente deve ocorrer em uma situação onde o propósito ou intenção do ato pareça razoavelmente claro ao observador e onde suas consequências sejam suficientemente definidas para deixar poucas dúvidas no que se refere aos seus efeitos”.

A TIC é caracterizada como um processo de coleta de informações flexível, e seus aspectos fundamentais têm muitas aplicações, com base em dois princípios fundamentais: o relato de dados relacionados ao comportamento é preferível à coleta de interpretações, avaliações e opiniões baseadas em impressões gerais; os relatos devem ser limitados àqueles comportamentos que, de acordo com os observadores, contribuem significativamente para uma atividade. Assim, "ao invés de coletar opiniões, palpites e estimativas, obtém-se o registro de comportamentos específicos para fazer as observações e avaliações necessárias" (FLANAGAN, 1973).

Dela Coleta introduziu a TIC no Brasil, em 1970. Para o autor, a TIC deve seguir os seguintes passos:

- 1 - determinação dos objetivos da atividade a ser executada;
- 2 - elaboração das perguntas a serem feitas às pessoas que fornecerão os incidentes críticos da atividade a ser analisada;
- 3 - delimitação da população e amostra;
- 4 - coleta dos incidentes críticos;
- 5 - análise do conteúdo dos incidentes coletados, bem como o destaque de comportamentos emitidos;
- 6 - agrupamento e categorização dos comportamentos críticos;
- 7 - levantamento das frequências dos comportamentos críticos positivos e negativos.

Nos fatos relatados, pode-se identificar as situações, os relatos dos comportamentos e as consequências dos incidentes, com referência positiva ou negativa, levando-se em conta o julgamento do próprio entrevistado. A análise de conteúdo dos incidentes críticos busca isolar, de forma relativamente subjetiva, os comportamentos críticos emitidos pelos sujeitos reunidos em categorias mais abrangentes, fornecendo as exigências críticas definidas em termos comportamentais (DELA COLETA, 1974).

Dela Coleta (1974) objetiva a aplicabilidade da técnica dos incidentes críticos como alternativa ao diagnóstico das situações e ao estudo dos campos de trabalho. Os sujeitos da pesquisa são convidados a relatar incidentes positivos e negativos de acontecimentos relevantes, nos quais o comportamento da pessoa envolvida teve consequências positivas ou negativas para o objeto do estudo.

Utilizou-se essa técnica para conhecer a perspectiva da equipe de enfermagem relativa à governança hospitalar em higiene e limpeza de unidade e as implicações positivas e negativas da implantação desse serviço, no trabalho de enfermagem.

Para levantar os incidentes críticos, foi realizada a entrevista semiestruturada, como método de coleta de dados primários. Justificou-se por ser uma técnica que objetiva, de maneira geral, entender o significado que os atores da pesquisa atribuem às questões estudadas (MARTINS, 2006). Além disso, a entrevista é uma das importantes fontes de informação para o estudo de caso (YIN, 2005). A entrevista semiestruturada está relacionada à capacidade de “obter informações, dados e opiniões por meio de uma conversação livre, com apoio de prévio roteiro de perguntas” (MARTINS, 2006, p.27). Isso possibilita o levantamento de motivações, percepções e atitudes em relação ao objeto de investigação.

A entrevista foi conduzida por um roteiro (APÊNDICE A) e foi gravada. O roteiro serviu como direcionamento para conduzir a entrevista, não impedindo que os entrevistados expressassem livremente sobre o assunto abordado, contendo ainda, questões norteadoras das situações vivenciadas pela equipe de enfermagem durante a implantação do serviço de governança em higiene e limpeza, conduzindo o indivíduo entrevistado a relatar situações positivas e negativas referentes ao serviço de higiene e limpeza de unidade e suas implicações para o trabalho de enfermagem. A técnica facilitou a solicitação dos relatos verbais a respeito das situações vivenciadas e/ou presenciadas pelos funcionários da equipe de enfermagem

O roteiro de entrevista foi submetido à validação de face por três peritos em metodologia científica e na temática de estudo, com o objetivo de determinar a adequação, clareza e utilidade do roteiro. Foi realizado um pré-teste em unidade diferente dos campos selecionados para estudo, de modo a permitir que fossem feitos ajustes prévios à coleta de dados definitiva.

A coleta de dados foi realizada nos meses de outubro e novembro de 2011.

As entrevistas foram realizadas individualmente pela própria pesquisadora, agendadas previamente, conforme a disponibilidade de data, local e horário de cada entrevistado. O agendamento foi realizado nos turnos da manhã, tarde e noite. As entrevistas foram aplicadas

em local reservado. Após entrega do termo de consentimento livre e esclarecido, a entrevista foi realizada e gravada (APÊNDICE B)

Todos os entrevistados receberam orientações sobre os objetivos da pesquisa, questões éticas, procedimentos durante a entrevista, garantia de sigilo de informações que permitissem sua identificação, assim como disponibilização dos resultados da pesquisa.

As entrevistas foram gravadas, transcritas e lidas exaustivamente pela própria pesquisadora e submetidas à análise do conteúdo dos incidentes críticos (IC), seguida do agrupamento e categorização das situações, comportamentos e consequências.

Cabe ressaltar que das entrevistas foram extraídos incidentes que, segundo Dela Coleta (2004), são situações relevantes, observadas e relatadas pelos sujeitos entrevistados, podendo ser positivas ou negativas, em função de suas consequências para com os objetivos do cargo, do sistema, da organização.

As entrevistas transcritas foram analisadas e, de posse dos incidentes críticos, procedeu-se à análise de conteúdo dos incidentes críticos (IC), buscando-se isolar os comportamentos críticos envolvidos nos relatos. Para a discussão, os incidentes críticos foram identificados em número sequencial do um a 82.

Primeiramente, as narrativas foram agrupadas conforme a referência positiva e negativa atribuída pelas informantes. Na sequência, sucedeu-se à leitura e releitura exaustivas dos relatos para se identificar os comportamentos e as consequências da implantação do serviço de governança em higiene e limpeza de unidade e suas implicações para o trabalho de enfermagem. Em seguida, agruparam-se os comportamentos e as consequências, conforme os elementos da TIC (FLANAGAN, 1973), sendo novamente lidos e relidos a fim de reagrupá-los, segundo as similaridades. Nessa fase, constatou-se a necessidade de formulação de subcategorias de comportamentos e consequências, o que favoreceu a categorização propriamente dita.

As categorias de comportamento foram expressas através de um verbo, o que implica uma ação na qual o trabalhador expressou ou evidenciou determinado comportamento (DELA COLETA, 2004).

5.6 Procedimentos éticos

O trabalho foi desenvolvido de modo a garantir o cumprimento dos preceitos da Resolução 196/96, sobre pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1997).

Primeiramente foi enviado um ofício ao Centro de Estudos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, Unidade de Emergência, informando os objetivos e finalidades do estudo, solicitando autorização para a realização da pesquisa. Após a resposta autorizando o desenvolvimento da pesquisa, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa do referido Hospital e ao Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, tendo sido aprovado em ambos.

Aos sujeitos da pesquisa, foi fornecido o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B), explicando individual e detalhadamente, em linguagem clara e acessível, de modo a esclarecer aos participantes os objetivos e finalidades da pesquisa.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Primeira fase da pesquisa

Foi realizado o levantamento de dados relevantes registrados nos documentos da instituição, relativos à implantação do serviço de governança hospitalar, que permitiram a caracterização do serviço de governança hospitalar em higiene e limpeza de unidade.

Primeiramente foi necessária a organização da documentação arquivada no processo de autorização e contratação da empresa prestadora de serviços de higiene e limpeza. Esses dados foram averiguados através da leitura do material e descritos em fichamentos elaborados de acordo com a evolução cronológica dos fatos.

Constam arquivados na assessoria de enfermagem relatórios com solicitações de soluções de problemas dos serviços de higiene e limpeza, documentos redigidos por enfermeiros e não encaminhados ao arquivamento oficial do hospital. Esses relatórios internos, datados do primeiro semestre de 2005, descrevem situações vivenciadas pela enfermagem frente ao desempenho do serviço de higiene e limpeza à época, que era composto por funcionários próprios da instituição.

O serviço de higiene e limpeza era foco de avaliações não oficiais mensais que expressavam a dificuldade para a manutenção da capacidade de trabalho dos funcionários integrantes da equipe, tais como: envelhecimento da equipe de trabalho e perda da capacidade de produção dos resultados positivos nas tarefas diárias; presença de parcela significativa de funcionários readaptados no quadro geral de trabalhadores e que possuíam limitações para o desempenho de suas funções laborais; afastamentos longos por motivos de doenças ocupacionais e crônicas e defasagem técnica causada pela ausência de treinamentos e capacitações. Destaca-se que esses relatórios internos não indicavam propostas de solução dos problemas apontados. Nesse sentido, pode-se afirmar que se trata de diagnósticos situacionais.

A dificuldade de reposição do pessoal do serviço de limpeza repercutiu negativamente no quantitativo de funcionários disponível nas unidades assistenciais, acarretando consequências no tocante à higiene e à limpeza dessas unidades. Segundo os relatórios, a equipe de enfermagem apresentava queixas quanto à prestação de serviços realizado pela equipe de higiene e limpeza de unidade, associando a limpeza ao controle da infecção hospitalar.

Cabe destacar que as inadequações do serviço de higiene e limpeza acarretaram sanções ao hospital, decorrentes do descumprimento da legislação sanitária.

Pode-se perceber, pela leitura dos documentos, que a enfermagem tinha preocupação não apenas com um ambiente asseado, mas, também, com um local seguro para o desempenho das atividades profissionais e, principalmente, um ambiente seguro para o usuário.

O conjunto de queixas da enfermagem sobre o serviço de higiene e limpeza impulsionou discussões com os níveis administrativos decisórios da instituição. A enfermagem solicitava ações imediatas e resolutividade para a necessidade real de melhoria no desempenho da limpeza hospitalar.

Nesse cenário, acrescentam-se decisões, em nível governamental, que vetavam as contratações para pessoal de nível básico, incluindo o pessoal do serviço de higiene e limpeza. A medida adotada à época pelo governo estadual foi decisiva para a elaboração de medidas emergenciais que induziram propostas de soluções do problema, vivenciado no gerenciamento do serviço de limpeza hospitalar, dentre elas a opção pela terceirização de pessoal.

Assim, o processo de implantação da governança em higiene e limpeza de unidade com a terceirização do pessoal, foi desencadeado em virtude da avaliação não oficial dos serviços de limpeza pela enfermagem. Esse processo culminou na edição de uma portaria da superintendência do hospital, nomeando uma equipe técnica que alavancou o processo de implantação do serviço de governança em higiene e limpeza hospitalar.

Para possibilitar a leitura e o entendimento dos dados relevantes ao objetivo do estudo, apresenta-se a organização dos documentos no Quadro 1, no qual se situam os assuntos por documento, data, setor responsável, setor de encaminhamento e decisão arrolada.

Documento	Data	Sector de origem do documento	Sector de destino do documento	Decisão arrolada
Portaria de criação da comissão de estudo	28/2/2005	Superintendência do Hospital	Setor de publicações no Diário Oficial do Estado	Nomeia a comissão de estudos para a elaboração da proposta de contratação da empresa prestadora de serviços de higiene e limpeza
Abertura do Processo Institucional	2/3/2005	Divisão de Material e Superintendência do Hospital	Departamento de Apoio Administrativo- Chefia da Seção de Licitações	Autorização para a abertura do processo licitatório para a contratação da empresa prestadora de serviços de higiene e limpeza hospitalar
Complemento da Portaria de criação da comissão de estudo	13/10/2005	Comissão de Estudos responsável pelo processo 2859	Departamento de Apoio Administrativo- Chefia da Seção de Licitações	Elaboração do Roteiro de Visita Técnica e Planilha contendo proposta de preços, na qual foi anexado o valor mensal apurado para o custo mensal do contrato
Publicação em DOE do edital para licitação do serviço	9/12/2005	Superintendência do Hospital		Publicação do Edital para a licitação de empresa prestadora de serviços de higiene e limpeza hospitalar, contendo data para a realização das visitas técnicas das empresas interessadas, agendada para 29/12/2005
Realização do Pregão Presencial	5/1/2006	Departamento de Apoio Administrativo- Chefia da Seção de Licitações	Sala de Pregões	Pregão presencial para a contratação empresa prestadora de serviços de higiene e limpeza hospitalar
Assinatura do Termo de Contrato	19/4/2006	Departamento de Apoio Administrativo- Chefia da Seção de Licitações	Procuradoria da Instituição Hospitalar	Assinatura do Contrato da empresa prestadora de serviços de higiene e limpeza hospitalar
1ª Avaliação da Qualidade	5/7/2006	Assessoria de Enfermagem da Instituição	Procuradoria da Instituição Hospitalar	Avaliação técnica da qualidade dos serviços prestados pela empresa terceirizada, apresentando resultados insatisfatórios

FIGURA 1 – Descrição dos documentos do hospital referente ao processo de implantação do serviço de governança em higiene e limpeza no período 2005/2006. Ribeirão Preto, 2012. (*continuação*)

Documento	Data	Setor de origem do documento	Setor de destino do documento	Decisão arrolada
Divulgação do Boletim Informativo da Superintendência	4/10/2006	Assessoria de Enfermagem da Instituição	Procuradoria da Instituição Hospitalar	Relatório informando: <ul style="list-style-type: none"> - a implantação do boletim interno de queixas sobre a qualidade do serviço prestado pela equipe de governança em higiene e limpeza - problemas de chamamentos de bip's - relação tempo x prestação de serviços - ausência da entrega do cronograma de trabalho da empresa contratada - quantidade de produtos fornecidos mensalmente insuficientes - absenteísmo alto
Relatório de Renovação de Contrato	14/11/2006	Enfermeira designada para a realização da avaliação da prestação de serviço de governança em higiene e limpeza	Departamento de Apoio administrativo- Chefia da Seção de Licitações	Solicitação para a “não renovação” do contrato e solicitação de novo processo licitatório
Convocação do diretor da empresa terceirizada	19/12/2006	Departamento de Apoio Administrativo- Chefia da Seção de Licitações	Sala de reuniões- setor de licitações	Comunicação do rompimento e não renovação do contrato

Em 2005, foi editada a Portaria de criação da Comissão de Estudo, para a elaboração da proposta de contratação de empresa de prestação de serviços de limpeza hospitalar, visando a obtenção de adequadas condições de salubridade e higiene nas dependências médico-hospitalares e que disponibilizasse mão-de-obra qualificada, produtos saneantes domissanitários, materiais e equipamentos. Para tanto, foi sugerida a elaboração de um edital para a contratação de empresa prestadora de serviço terceirizada, vencedora de um processo licitatório. O estudo foi realizado pela comissão composta por enfermeiros, integrantes da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, responsáveis pela administração da instituição, representantes da assessoria jurídica e serviço de compras hospitalares.

Os objetivos da comissão que elaborou a proposta de trabalho para a prestação do serviço de higiene e limpeza hospitalar eram:

- aumentar a produtividade na prestação de serviços de limpeza;
- quantificar as áreas em m² para que um profissional pudesse desenvolver e atender as rotinas das atividades de limpeza, em função das características do ambiente envolvido;
- diminuir os custos com a folha de pagamento dos funcionários.

Perante o veto de contratações para o quadro de pessoal da instituição hospitalar, foi sugerida a modalidade contratação de serviço terceirizado. Essa proposta foi o deslumbre administrativo na época, pois prometia a redução de custos e grandes vantagens para o contratante.

A modalidade de contratação de serviços terceirizados, através de licitações, passou a ser incorporada nas esferas estaduais no ano 2005. Outras instituições de saúde pública do Estado de São Paulo serviram de exemplo na elaboração do edital de licitação para a prestação de serviços de limpeza hospitalar.

Em dezembro de 2005, a Superintendência do Hospital aprovou o modelo proposto para o primeiro processo licitatório de prestação de serviço terceirizado das atividades de higiene e limpeza, conforme consta do processo institucional.

A empresa vencedora apresentou o menor valor do custo proposto, teve o prazo de vinte dias, a partir da licitação, para assumir as atividades de higiene e limpeza no hospital deste estudo, a partir da data de publicação do resultado da licitação no Diário Oficial do Estado de São Paulo. Entretanto, ao analisar o quadro cronológico dos eventos, verifica-se que a empresa não iniciou as suas atividades e, nesse período, o serviço continuou sendo executado pela equipe própria do hospital, uma vez que a empresa vencedora da licitação atrasou 60 dias para iniciar as suas atividades.

Os funcionários integrantes do quadro próprio do serviço de higiene e limpeza da instituição hospitalar, após a empresa vencedora da licitação assumir as atividades, foram remanejados para outros setores, conforme a necessidade da instituição. Não há indícios documentais que demonstrem os critérios da alocação dos funcionários.

Com a assinatura do termo de contrato entre a instituição hospitalar e a empresa vencedora da licitação, os prazos passaram a vigorar desde a data da assinatura. A empresa ganhadora do contrato comprometeu-se a cumprir as exigências descritas em anexos do termo, tais como: fornecimento do material de higiene e limpeza, distribuição de equipamentos e funcionários em todas as unidades assistenciais, cumprimento do cronograma da rotina de higiene e limpeza.

Como no termo de contrato havia um descritivo de avaliação técnica de qualidade do serviço, com periodicidade mensal, foi designada pelo hospital uma enfermeira com o cargo de supervisora para avaliar a prestação dos serviços de higiene e limpeza. O modelo de avaliação implantado contemplava um processo de acompanhamento do serviço de higiene e limpeza, no qual a enfermeira supervisora do hospital preenchia um *check list* com dados acerca das atividades da equipe vencedora da licitação de higiene e limpeza, que eram transformados em indicadores.

Essa profissional descreveu, em relatórios, avaliações mensais nas quais constavam aspectos pouco adequados da prestação de serviço de higiene e limpeza da empresa ganhadora da licitação, incluindo rotatividade de pessoal, despreparo técnico da equipe e ausência de enfermeiro supervisor da empresa contratada. Assim, conforme consta da primeira avaliação de qualidade, persistiam problemas operacionais em relação ao serviço de higiene e limpeza.

Os resultados das avaliações mensais do serviço demonstravam erros na prática do serviço de higiene e limpeza, deficiência no serviço prestado, insegurança em relação às condições de salubridade e higiene dos ambientes envolvidos.

Face a esses problemas operacionais, aumentou o número de queixas, levando a superintendência do hospital a divulgar um boletim informativo, normatizando a forma de registro das queixas acerca dos problemas com o serviço de higiene e limpeza.

Com a normatização dos registros das queixas, a enfermeira, designada para a realização das avaliações mensais, obteve registros fidedignos acerca de problemas com o serviço prestado pela equipe de governança em higiene e limpeza hospitalar, principalmente na limpeza de unidade do usuário. Assim, a enfermeira responsável pelas avaliações encaminhou ao departamento de apoio administrativo, diretamente à chefia da seção de licitações, relatórios e a recomendação para a não renovação do contrato e nova solicitação de

processo licitatório. Havia indícios e comprovações na literatura sobre a qualidade em governança em higiene e limpeza que impediam a renovação do contrato.

Pode-se inferir que modelo de governança em higiene e limpeza hospitalar de unidade implantada no hospital, apesar da expectativa na geração das mudanças positivas para a prática da limpeza hospitalar, na execução rotineira não resultou em significativa qualificação do serviço prestado. Entretanto, cabe destacar que foi um instrumento para garantir a reposição do quadro de funcionários do serviço de higiene e limpeza, cuja contratação estava restrita pelo governo.

O conjunto de ações exigido na aplicação operacional do serviço não demonstra instrumento para a agregação de valores institucionais, o que pode sugerir uma das desvantagens do processo de terceirização da governança em higiene e limpeza hospitalar.

Para Souza (2006), os preceitos técnicos desenvolvidos e maturados na área de higienização hospitalar, para atender o modelo de hotelaria hospitalar, necessitam de novas normas legais. A autora defende o envolvimento de toda a área de saúde (pública, privada ou suplementar) para a constituição de um contexto de política pública global de saúde. Isso significa que as agências governamentais atuais têm atuação restrita em sua área de competência, faltando encontrar mecanismos capazes de possibilitar a instrumentalização de ações integradas que contemplem a higienização hospitalar para que a qualidade técnica seja efetiva e crescente.

Não alcançando os objetivos esperados e sem indícios de melhorias na prestação do serviço de higiene e limpeza, a instituição hospitalar convocou o diretor da empresa vencedora da licitação, após um ano, para o rompimento do contrato com a divulgação da não renovação do mesmo.

Os dados cronológicos da implantação da governança em higiene e limpeza evidenciam a preocupação com os ajustes das necessidades expressas pela equipe de enfermagem. Entretanto, a conclusão da fase de implantação do serviço exprime as dificuldades de controle e cobrança na tomada de decisões punitivas ou de melhorias.

A necessidade de se pensar na qualidade da institucionalização da governança do serviço de higiene e limpeza, impulsionada pela equipe de enfermagem, apoiada essencialmente na supervisão do enfermeiro, revela a equidade na conexão da tríade: limpeza, assistência e controle de infecção.

Essas considerações levaram ao rompimento de contrato e ao estabelecimento de novo processo licitatório.

A pesquisa documental se restringe a dados informados perante os registros da instituição. É provável que a interpretação e a nomeação dos envolvidos corroborem para outra dimensão dos fatos, mas o objetivo deste estudo é a contextualização da implantação do serviço de governança em higiene e limpeza do serviço.

Cabe ressaltar que, na Figura 1, os dados cronológicos e a descrição dos encaminhamentos dos documentos descrevem a importância dos profissionais envolvidos nas decisões arroladas. Todo processo de implantação do serviço emergiu com críticas, sugestões, avaliações e acompanhamentos da equipe de enfermagem. O processo foi conduzido por pessoas com poder decisório (de áreas administrativas/técnicas de apoio), entretanto, o valor e qualidade do serviço de higiene e limpeza afetam diretamente a saúde do paciente e a prática dos diferentes profissionais de saúde que assistem os seus clientes. Nesse caso, a enfermagem ilustra claramente, em seus relatórios, a proximidade das suas ações na assistência integral ao ser humano hospitalizado e demonstra preocupação com a hospitalidade, a ambiência e o controle de infecção.

Destaca-se que esse relato da implantação do serviço de higiene e limpeza hospitalar, refere-se aos aspectos elencados nos documentos. Entende-se que o processo foi revestido de dinamismo e interlocução que não são passíveis de se captar pela consulta aos documentos. Mais que isso, entende-se que os profissionais envolvidos no processo fizeram o melhor e o possível diante das circunstâncias que se apresentavam e, a partir dessa experiência inicial, o processo vem sendo aprimorado.

6.2 Segunda fase da pesquisa

A segunda fase da pesquisa teve como objetivo identificar, junto à equipe de enfermagem, os incidentes críticos positivos e negativos da implantação do serviço de governança em higiene e limpeza de unidade.

Atenderam os critérios de inclusão no estudo 41 profissionais de enfermagem, sendo 11 enfermeiros, 28 auxiliares de enfermagem e dois técnicos de enfermagem. Para este estudo o interesse estava centrado em profissionais da equipe de enfermagem que já atuavam no setor previamente à implantação do serviço, sem que importasse o tempo total de trabalho no setor e na função.

TABELA 2 – Caracterização dos participantes do estudo segundo categoria profissional e sexo. Ribeirão Preto, 2011

Categoria Profissional	Homens		Mulheres		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
Enfermeiro	1	9	10	90	11	27
Técnico de enfermagem	1	50	1	50	2	5
Auxiliar de enfermagem	3	11	25	89	28	68
TOTAL	5	12	36	88	41	100

Na Tabela 2, constata-se que a maioria dos entrevistados é do sexo feminino. Costa e Fugulin (2011) relatam, em seus estudos, que a presença feminina na equipe de enfermagem e na composição da equipe de trabalho é característica não somente de uma unidade de trabalho específica, mas, também, do quadro de profissionais de enfermagem dos hospitais no Brasil. Para Reis e Andrade (2008), a presença feminina na enfermagem representa a atribuição da prática do cuidado ao trabalho desenvolvido ao longo dos anos e que era realizado, em sua maioria, por mulheres.

6.2.1 Caracterização dos incidentes críticos

Os participantes relataram aspectos positivos e negativos da realização da limpeza de unidade pelo serviço de governança em higiene e limpeza.

As 41 entrevistas realizadas resultaram em 82 incidentes críticos, ou seja, situações e comportamentos específicos que permitiram a análise do fato observado ou vivenciado (DELA COLETA, 2004). Foram descartados relatos que não continham situações vivenciadas ou presenciadas, não se caracterizando incidentes críticos e sim opiniões expressas pelos profissionais. Dentre os incidentes críticos havia referências positivas e negativas.

O incidente crítico diz respeito à situação, nesse caso, a limpeza de unidade realizada após a implantação do serviço de governança em higiene e limpeza. Cada situação pode

desencadear comportamentos que, segundo a percepção de quem a vivenciou ou presenciou, são classificados em positivos ou negativos, assim, um mesmo comportamento pode ser classificado como positivo por um participante e negativo, segundo a visão de outro participante da pesquisa.

Na Tabela 3 apresenta-se a distribuição das referências positivas e negativas extraídas dos incidentes críticos, segundo os profissionais da equipe de enfermagem.

TABELA 3 – Incidentes críticos com referências positivas e negativas relativos à implantação do serviço de governança em higiene e limpeza de unidade, segundo categoria profissional. Ribeirão Preto, 2011

Categoria profissional	<u>Positiva</u>		<u>Negativa</u>		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
Enfermeiro	6	7,3	38	46,3	44	53,8
Técnico de enfermagem	2	2,4	1	1,2	3	3,6
Auxiliar de enfermagem	25	30,4	10	12,1	35	42,6
TOTAL	33	40,2	49	59,8	82	100

Do total de 82 incidentes críticos, 40,2% receberam referências positivas e 59,8% referências negativas. Dela Coleta (2004) descreve que, na cultura brasileira, os sujeitos evitam se envolver em casos que comportam consequências negativas, temendo represálias, mesmo quando se oferece o anonimato ao sujeito. Assim, destaca-se que o resultado deste estudo difere do comportamento relatado pelo autor, caracterizando uma primeira evidência de que a implantação do serviço de governança em higiene e limpeza de unidade pode não ter apresentado resultados positivos, segundo a visão da equipe de enfermagem do serviço estudado.

Cabe destacar que os enfermeiros correspondem a 11 pessoas (27%) e relataram situações que representam 44 incidentes dos quais seis têm referências positivas e 38 referências negativas. Por outro lado, os auxiliares e técnicos de enfermagem apresentaram comportamento inverso, sendo que, dos 38 incidentes relatados, somente 11 receberam referências negativas.

A análise dos incidentes críticos demonstra concepções diferentes entre os profissionais de nível superior e o de nível médio de enfermagem, que podem traduzir os focos de atuação dos profissionais. O enfermeiro, que tem como atribuição privativa o

gerenciamento de enfermagem, pode ter um olhar diferenciado acerca da implantação e do desenvolvimento das atividades do serviço de governança em higiene e limpeza de unidade.

Em contrapartida, auxiliares e técnicos em enfermagem, cuja atribuição profissional envolve propriamente a execução da limpeza de unidade, apresentam mais frequentemente incidentes críticos que resultaram em referências positivas à implantação do serviço de governança em higiene e limpeza de unidade.

Tal situação pode sugerir que o papel que o profissional da equipe de enfermagem assumiu, em relação à execução da limpeza de unidade, lhe conferiu análise diferenciada em relação aos aspectos positivos e negativos do serviço, inclusive pode implicar diminuição da carga de trabalho de auxiliares e técnicos de enfermagem. Cabe destacar, sem contudo restringir a uma única categoria profissional, que o enfermeiro, de fato, tem conhecimentos técnico-científicos que permitem visão ampliada e crítica acerca da implantação do serviço de governança em higiene e limpeza hospitalar.

6.3 Apresentação e discussão dos comportamentos

Os incidentes críticos foram classificados, pelos participantes, em referências positivas e negativas. Essas foram agrupadas por similaridade de conteúdo, extraindo-se as categorias de comportamento e consequências. Assim, a partir dos 82 incidentes críticos, obteve-se o total de 146 comportamentos (100%), dos quais 42 (29%) foram considerados comportamentos de caráter positivo e 104 (71%) de caráter negativo. Em relação às consequências, foram obtidas 166 (100%) referências, das quais 82 (49,3%) foram positivas e 84 (50,%) negativas.

TABELA 4 – Distribuição das categorias de comportamentos extraídas dos incidentes críticos, segundo referência positiva ou negativa, relacionadas à limpeza de unidade realizada pelo serviço de governança em higiene e limpeza de unidade. Ribeirão Preto, 2011

Categorias de comportamento	Positiva		Negativa		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
Demonstrar desconhecimento sobre o controle de infecção	0	0	19	18,8	19	13,0
Avaliar a realização da limpeza de unidade	14	33,3	3	2,8	17	11,6
Alterar a rotina da equipe de enfermagem	6	14,2	11	10,5	17	11,6
Ignorar as técnicas de realização da limpeza de unidade	1	2,3	15	14,4	16	10,9
Apresentar postura inadequada dentro da unidade	0	0	14	13,4	14	9,5
Apresentar rapidez na limpeza de unidade	13	30,9	0	0	13	8,9
Verbalizar incapacidade técnica para a limpeza de unidade	0	0	12	11,5	12	8,2
Demonstrar interesse pela qualidade do serviço na unidade	8	19,3	3	2,8	11	7,5
Restringir treinamento/capacitação do serviço de higiene e limpeza de unidade	0	0	11	10,5	11	7,5
Reduzir o contingente de funcionários	0	0	9	8,6	9	6,6
Agir com desrespeito	0	0	7	6,7	7	4,7
TOTAL	42	100	104	100	146	100

Observa-se, na Tabela 4, a predominância dos comportamentos considerados negativos em relação aos comportamentos positivos. Ressalta-se que ser considerado comportamento positivo ou negativo segue a visão do participante da pesquisa, não se trata de uma avaliação, análise ou inferência do pesquisador. Desse modo, pode-se entender que, a partir da visão da equipe de enfermagem do setor estudado, os incidentes críticos que referenciam comportamentos negativos são mais frequentes que os incidentes críticos que referenciam comportamentos positivos, em relação à implantação da governança em higiene e limpeza hospitalar.

Nesse sentido, fica evidenciada a necessidade de monitoramento e avaliação da implantação da governança em higiene e limpeza hospitalar, uma vez que seria desejável,

diante dessa nova situação, a manutenção ou a superação de padrões de qualidade anteriormente vigente no tocante à limpeza de unidade.

Dela Coleta (2004) afirma que a TIC é relevante no momento da análise dos dados, salientando o valor heurístico da aplicação da técnica, pois os dados obtidos oferecem várias possibilidades de interpretação, geração de hipóteses, explicação de fenômenos, podendo ser trabalhados como sugestões de ações para solucionar determinados tipos de problemas.

Embora, a seguir, os incidentes críticos sejam analisados, detalhadamente, cabe destacar que o desconhecimento sobre o controle de infecção, bem como a ignorância das técnicas para a realização da limpeza de unidade contituem-se em aspectos relevantes, uma vez que, segundo Boeger (2005) e Souza (2006), as implicações no desenvolvimento do trabalho em limpeza são diferenciadas no ambiente hoteleiro e hospitalar, podendo, no ambiente hoteleiro, ocasionar desconforto, má impressão e reclamações, entretanto, no ambiente hospitalar pode acarretar riscos à saúde dos profissionais e usuários, rompendo o ciclo de segurança do ambiente.

Analisa-se, a seguir, as categorias de comportamentos, buscando descrever as percepções dos profissionais da equipe de enfermagem como as implicações da implantação do serviço de governança em higiene e limpeza, para o trabalho da enfermagem.

A categoria “demonstrar desconhecimento sobre o controle de infecção” diz respeito aos comportamentos relativos às atitudes dos funcionários do serviço de governança em higiene e limpeza de unidade que demonstraram, na prática do seu trabalho, o desconhecimento acerca das questões sobre princípios básicos de controle de infecção hospitalar.

Cabe destacar que essa categoria de comportamento não apresentou referências positivas. A equipe de enfermagem relata essa categoria como aspecto totalmente negativo para o trabalho em saúde, tanto para os profissionais quanto para o usuário do serviço, conforme ilustram os fatos, a seguir.

“... ela demonstrava que não tinha conhecimento de controle de infecção, se deslocou do quarto de isolamento para o outro quarto da enfermagem com todos os seus materiais e não estava nem aí, demonstrou total desconhecimento com aquela situação...” (IC 33).

“... a equipe de limpeza não era profissional, essa funcionária não tinha conhecimento com o controle de infecção dentro do hospital, ela pegou a mesma compressa e limpou esses três leitos, os leitos eram de pacientes em isolamento...”(IC 79).

“... eu perguntei o que ela estava fazendo. Ela respondeu que estava limpando. Então o meu colega auxiliar perguntou se ela tinha visto a rotina de limpeza em algum lugar escrito e ela respondeu que sim e continuou limpando a cama. Mas, claramente ela demonstrou que não sabia nada sobre o controle de infecção, fez tudo errado...” (IC 69).

As falas evidenciam o desconhecimento das implicações da realização da limpeza de unidade para o controle de infecção hospitalar. Tal situação descaracteriza a utilização das normas bem como a preconização da limpeza de unidade como forma de manutenção da limpeza do ambiente e a preocupação em seguir rotinas estabelecidas no ambiente hospitalar (DIAS, 2006). Torres e Lisboa (2008) descrevem a importância do cumprimento das normas, procedimentos, manuais sobre limpeza, desinfecção e artigos e áreas hospitalares para a padronização das práticas e segurança dos profissionais e usuários, sendo essa importância caracterizada pela regularização de procedimentos operacionais. Basso e Abreu (2004) caracterizam o papel da equipe de enfermagem no controle da qualidade da limpeza, desinfecção de artigos e áreas hospitalares como elo fundamental para a promoção do controle de infecção, pois os profissionais da enfermagem atuam diretamente na assistência, gerenciamento e supervisão das unidades.

A equipe de enfermagem relata que procedimentos operacionais, contidos nos manuais do serviço de controle de infecção hospitalar, não foram inseridos na prática diária da equipe de governança em higiene e limpeza. A fala, a seguir, ilustra também a preocupação da equipe de enfermagem em relação ao controle de infecção.

“... ela não sabia, nesse caso, como se limpava o leito do paciente. Ela começou a limpeza e eu fiquei olhando, não obedeceu a rotina de isolamento de contato, não fez direito, não seguiu as regras do mais limpo para o sujo, misturou tudo. Demonstrou absoluto desconhecimento do controle de infecção...” (IC 13).

O relato abaixo, extraído de um incidente crítico, também ilustra o comportamento de desconhecimento sobre o controle de infecção hospitalar.

“... foi uma falta de consciência com o controle de infecção, a funcionária demonstrou que não sabia nada, pegou a compressa e não calçou a luva, depois ela passou a compressa em cima das secreções...” (IC 2).

A prática exercida pela equipe de governança em higiene em limpeza evidencia falta de conscientização quanto aos possíveis riscos ao controle de infecção hospitalar, com a realização da limpeza de unidade de modo inadequado.

Cabe destacar que as particularidades da limpeza de unidade em ambiente hospitalar, cujas características são bastante distintas e únicas, requerem capacitação específica para o pessoal do serviço de higiene e limpeza, bem como adaptações do modelo de governança da hotelaria comercial para a hotelaria hospitalar, conforme sugerem Basso e Abreu (2004).

Por ter importante papel no contexto hospitalar e ter como foco a assistência ao usuário, a enfermagem incorpora, a preocupação com os preceitos da qualidade no processo de trabalho assistencial, veiculando o trabalho interdisciplinar e colaborador com a comissão de controle de infecção hospitalar (VECINA NETO; MALIK, 2011).

A análise da categoria “demonstrar desconhecimento sobre controle de infecção” expressa a visão da equipe de enfermagem sobre o trabalho dos funcionários do serviço de governança em higiene e limpeza, com ênfase na importância da limpeza de unidade dentro dos preceitos técnico-científicos preconizados para o controle de infecção hospitalar, constituinte principal do arcabouço das atividades operacionais do novo modelo implantado. Por esse motivo, na concepção da equipe de enfermagem, a presença desse comportamento, caracteriza negativamente a implantação do serviço de governança em higiene e limpeza. Ressalta-se esse comportamento dada a importância crucial que a utilização da técnica adequada de limpeza de unidade do paciente tem para o controle de infecção hospitalar.

A categoria de comportamento “avaliar a realização da limpeza de unidade” se refere à análise focada na prática do trabalho dos funcionários do serviço de governança em higiene e limpeza de unidade e, de modo geral, agrupa relatos de enfermeiros que assumem a responsabilidade e/ou são destacados pelos auxiliares e técnicos de enfermagem para avaliar o trabalho que está sendo desenvolvido pelo funcionário do serviço de higiene e limpeza. Tal situação remete à idéia de que, embora não seja mais atribuição da equipe de enfermagem, a limpeza de unidade tem importante interface com o trabalho de enfermagem e, principalmente, tem relevância e implicações na assistência ao usuário.

As falas, a seguir, ilustram essa categoria de comportamento.

“... fui chamada pelo auxiliar de enfermagem para avaliar a limpeza de unidade, mas não depois de pronta e sim enquanto a funcionária limpava...” (IC1).

“... fui ao quarto avaliar o que ela estava fazendo, era a minha responsabilidade...”
(IC17).

Destaca-se o fato de a maioria dos comportamentos agrupados nessa categoria terem referência positiva, embora no modelo de governança, implantado no local de estudo, não seja atribuída ao enfermeiro do setor a responsabilidade pela supervisão direta dos funcionários do serviço de higiene e limpeza, na execução da limpeza de unidade.

Para Carvalho e Chaves (2011), a supervisão é atribuição do enfermeiro que tem como objetivo o gerenciamento de unidades, atividade essa que engloba a previsão, provisão, manutenção e controle de recursos materiais e humanos, a gerência do cuidado que consiste no diagnóstico, planejamento, execução e avaliação da assistência. Para as autoras, não basta ao enfermeiro dominar a competência técnica para a supervisão, sendo imprescindível o entendimento das pessoas e dos grupos, das relações de trabalho para que a supervisão seja um instrumento qualificador da prática de enfermagem. Nesse sentido, embora o serviço de higiene e limpeza não seja responsabilidade da enfermagem, na prática, ela assume esse papel como a possibilidade de supervisionar uma atividade que tem implicações para o cuidado do usuário e o trabalho da equipe de enfermagem.

O gerenciamento de enfermagem na organização do serviço está associado ao desejo de eficiência do trabalho para a concretização da assistência com qualidade; assim, o enfermeiro assume, de forma integradora em seu exercício profissional, a responsabilidade pela supervisão do serviço de higiene e limpeza, como mecanismo de controle e garantia da segurança no ambiente denominado unidade do cliente (KURCGANT; MASSAROLLO, 2010).

O enfermeiro identifica como sua responsabilidade à orientação a equipe para o desenvolvimento do trabalho, como se pode confirmar no relato, a seguir.

“... nós explicávamos como a limpeza deveria ser feita e os nossos colegas da enfermagem prestavam atenção e faziam de acordo com aquilo que ensinamos. O enfermeiro é quem sabia como se trabalhava no hospital, dessa vez, fiquei o plantão todo avaliando a limpeza de unidade e a funcionária da limpeza prestava atenção” (IC 8).

Entende-se que a elevada frequência de referências positivas a esse comportamento remete à idéia da defesa do papel do enfermeiro como supervisor das atividades da unidade, incluindo o serviço de higiene e limpeza do setor.

Por outro lado, as referências negativas explicitam a concepção dos auxiliares de enfermagem que indicam como prejudicial a avaliação da governança em higiene e limpeza, realizada informalmente pelos enfermeiros, uma vez que, pelo modelo implantado no hospital estudado, essa não é uma atribuição dos enfermeiros

“... a enfermeira ficou nervosa com o pessoal da limpeza que estava na unidade do paciente. Coitados eles eram muito simples, humildes e a enfermeira, neste caso, queria analisar tudo, olhar tudo, queria avaliar tudo...” (IC 43).

“... não acho que naquela situação, a enfermagem era obrigada a avaliar a funcionária realizando a limpeza de unidade, mas as enfermeiras queriam isso...” (IC 67).

É importante que os serviços desenvolvidos sejam supervisionados e avaliados, entretanto, é preciso coerência na condução dessas atividades. Nesse sentido, Taraboulsi (2006) afirma que a supervisão do serviço de governança em higiene e limpeza é responsabilidade do supervisor de governança do serviço, integrado à hotelaria hospitalar. Nesse sentido, no hospital estudado, o modelo implantado previu um enfermeiro supervisor responsável pelo serviço contratado. Por outro lado, as falas evidenciam a necessidade de supervisão direta desses funcionários, na execução prática da limpeza de unidade do paciente.

Novamente, evidencia-se a diferença de percepção dos profissionais na equipe de enfermagem, sendo que os enfermeiros sugerem a importância da avaliação da limpeza de unidade realizada por sua categoria profissional e os auxiliares de enfermagem referem opinião contrária a essa atribuição.

Merece destaque o fato de não ter sido relatada, dentre os incidentes críticos, a solicitação de providências, quanto à definição da responsabilidade sobre a supervisão direta da realização da limpeza de unidade do paciente.

A categoria de comportamento “alterar a rotina de enfermagem” é expressa pela mudança na atribuição da limpeza de unidade que, antes da implantação do serviço de governança, era realizada pela equipe de enfermagem. Essa alteração implica na referência do ganho de tempo pelos profissionais da enfermagem, para a realização de atividades do cuidado e assistência.

Os relatos, a seguir, as situações vivenciadas.

“... a primeira vez que bipei a funcionária da limpeza, logo na implantação, foi maravilhoso, por que ela veio e limpou a unidade do paciente que estava de alta, isso alterou a minha rotina, me liberou, com isso eu fui fazer outra coisa...” (IC 17).

“... foi bom a gente parar de limpar a cama, a funcionária da limpeza fez tudo, mudou minha rotina, não limpei mais a cama, passei a fazer somente as atividades de enfermagem. Eu vi ela limpando aquela cama, deixei ela no quarto e ganhei mais tempo...” (IC 64).

“... a presença da funcionária da limpeza dentro do quarto alterou a rotina do auxiliar de enfermagem que estava ali, simplesmente ele virou as costas para mim, disse que nunca mais ia limpar a cama e que ia cuidar do outro paciente e não foi...” (IC 59).

A mudança na atribuição da limpeza de unidade com a implantação do serviço de governança em higiene e limpeza alterou a rotina de enfermagem por excluir a limpeza de unidade das atribuições desses profissionais. As referências positivas foram encontradas em comportamentos que dizem respeito à agilidade de tempo, face à nova situação. Entretanto, um dos relatos evidencia que o tempo disponível para a equipe de enfermagem não implicou em maior tempo com o cuidado ao paciente.

Boerger (2005) declara que, ao centralizar as operações de limpeza da unidade de internação sob a responsabilidade da governança, a equipe de enfermagem tem seu tempo otimizado para priorizar a área assistencial. Porém, a presença do serviço de governança na unidade do usuário não exclui a responsabilidade da equipe de enfermagem. Taraboulsi (2006) aponta que a equipe de enfermagem também está incumbida de verificar o funcionamento dos equipamentos médico-hospitalares que são utilizados pelo paciente no período da internação. A cargo da governança está a verificação de outros equipamentos como minibar, televisão e lâmpadas, por exemplo, e então solicitar sua manutenção à equipe responsável.

Ter trabalhadores capacitados para o desenvolvimento da limpeza de unidade é um pressuposto da implantação do serviço de governança de higiene e limpeza; entretanto, não há evidências documentais acerca da previsão e realização de atividades educativas para esses funcionários.

Dentre as entrevistas, foram evidenciados incidentes críticos, cujos comportamentos remetem à idéia de que os funcionários do serviço de higiene e limpeza receberam treinamentos para as atividades, sem, contudo, significar adesão, na prática, às medidas

preconizadas como corretas. Os relatos referem que o funcionário do serviço de higiene e limpeza desconsidera as técnicas corretas para a realização da limpeza hospitalar e, na prática, realiza o procedimento de forma não padronizada pela instituição hospitalar. Esses comportamentos foram agrupados na categoria “ignorar as técnicas de realização da limpeza de unidade”, conforme é possível verificar nas falas abaixo.

“... eu liberei a funcionária para a participação dela em vários treinamentos e depois ela fez tudo errado. Parece que fazia de propósito e nesse caso eu a vi ignorando todas as técnicas de limpeza, pois ela usou somente um balde e um pano para limpar a unidade toda...” (IC 79).

“... mesmo que ela não tivesse ido ao treinamento no dia anterior, ela não podia trabalhar na unidade daquela forma. A funcionária fez tudo errado, ela ignorou a limpeza, nem em casa se fazia daquele jeito...” (IC 20).

Para Souza (2006), as falhas cometidas pela equipe de governança em higiene e limpeza podem repercutir para ela própria, trazendo questionamentos acerca da credibilidade do serviço realizado. Para a enfermagem, essa situação pode ser expressa pela falta de segurança à qual a equipe e pacientes são expostos.

A referência positiva a essa categoria de comportamento pode ser entendida como necessidade de ações de melhoria nos treinamentos e qualificação da equipe de governança, como é possível perceber na fala que segue.

“... vejo que o treinamento poderia mudar a atitude dessa funcionária. Ela fez tudo errado, como limpou o banheiro e depois a cama, mas o treinamento poderia mudar essa ignorância perante as técnicas corretas de limpeza...” (IC 67).

Costa e Fugulin (2011) defendem a educação permanente como potencial para qualificar as mudanças de práticas, mas não é possível creditar a qualidade operacional do serviço somente às capacitações e treinamentos, pois a atitude, o entendimento e a iniciativa dos funcionários são fatores imprescindíveis para o alcance do melhor desempenho profissional.

Entende-se que a educação permanente pode capacitar o funcionário para o trabalho no ambiente hospitalar, cuja especificidade requer conhecimentos, abordagem e atitudes

diferenciados. Nesse sentido, é preciso que seja um processo contínuo para aprimorar e valorizar conhecimentos, habilidades e atividades esperadas no ambiente hospitalar, que, muitas vezes, apresenta situações que despertam a curiosidade do indivíduo, como a fala a seguir pode ilustrar.

“... quando eu percebi, ela havia deixado de limpar a unidade do paciente e estava no outro quarto observando a sondagem de um paciente do sexo masculino, abrindo o biombo de proteção...” (IC 31).

Indubitavelmente, essa fala remete a uma questão importante para ser discutida pelos enfermeiros e os responsáveis pela equipe da governança, sobretudo no âmbito gerencial do cuidado e na organização dos processos de trabalho das respectivas equipes.

Soares e Dall’Agnol (2011) afirmam que é necessária e inevitável a intervenção profissional para a realização do cuidado ao usuário. Entretanto, em decorrência de fatores relacionados ao ambiente físico, à cultura institucional, por vezes, o paciente é desrespeitado em sua privacidade e dignidade. Tais fatores associados à condição de fragilidade, em razão da doença vivenciada na internação, podem interferir no processo de autonomia e tomada de decisão do paciente, necessitando que o enfermeiro e demais membros da equipe de enfermagem estejam atentos para auxiliá-lo a exercer sua autonomia.

A categoria “apresentar postura inadequada na unidade” diz respeito aos comportamentos relativos à inadequação da postura ética dos funcionários do serviço de governança em higiene e limpeza, dentro da unidade do usuário. Tais comportamentos tiveram menção negativa pela equipe de enfermagem, como ilustram as falas, a seguir.

“... nesse caso eu tive a certeza que a funcionária do serviço de limpeza ficava prestando atenção em tudo, pois ela parou no balcão de enfermagem e ficou prestando atenção na passagem de plantão” (IC 34).

“... o auxiliar de enfermagem me chamou e quando cheguei no quarto, a funcionária da limpeza, estava sentada em cima da cama arrumada, conversando com o acompanhante do paciente que estava internado na cama do lado...” (IC 77).

A postura inadequada dos funcionários do serviço de governança em higiene e limpeza conota desconhecimento ou ignorância do comportamento adequado, exigido no ambiente de

trabalho hospitalar, envolvendo o sigilo, o respeito e profissionalismo ético. A postura dos profissionais que integram a equipe de trabalho da unidade, independente da categoria profissional, deve ser dotada de ética e bioética nas práticas diárias (SOUZA, 2006).

A equipe de enfermagem assume a postura de manutenção do comportamento adequado no ambiente de trabalho, por estar próxima do usuário e de sua família, sobretudo por trabalhar de forma interdisciplinar com outras categorias profissionais envolvidas na assistência a saúde. Kurcgant e Massarollo (2010) afirmam que, nas características do trabalho gerencial de enfermagem, se preserva a manutenção do exercício desenvolvido com ética profissional.

Cabe destacar que a interação com o paciente e seus familiares ocorre à medida que diferentes profissionais têm acesso a enfermarias e quartos. Entretanto, a abordagem ética e respeitosa é essencial para manter o profissionalismo nas relações com os pacientes, familiares, equipe multiprofissional e equipe de enfermagem. Entende-se que tal situação tem importante interface com as questões de supervisão direta na execução do trabalho, bem como as ações de educação permanente dos trabalhadores do serviço de governança em higiene e limpeza.

A categoria de comportamento “apresentar rapidez na limpeza de unidade” diz respeito à rapidez, agilidade na realização da limpeza de unidade pela equipe de governança em higiene e limpeza hospitalar. É referência positiva na totalidade dos relatos que os trechos, a seguir, ilustram.

“... naquele dia estava uma loucura. Então, chamei a funcionária, ela veio e limpou a unidade rapidinho e logo em seguida consegui fazer a internação e admissão de outro paciente...” (IC 34).

“... quando eu pedi para a enfermeira bipar a funcionária da limpeza, ela já estava dentro do quarto, rapidinho. O paciente pôde tomar o café da manhã com o quarto limpo...” (IC 48).

“... a limpeza ficou ágil, rápida. Tirei o paciente da cama, ela limpou, passou o álcool, secou e coloquei outro paciente em cima rapidinho...” (IC 81).

Percebe-se a valorização da rapidez da limpeza de unidade, pela equipe de enfermagem, quando essa atividade passa a ser realizada pela equipe de governança em

higiene e limpeza. A agilidade na limpeza de unidade é entendida como fator facilitador no trabalho da equipe de enfermagem, diante da alta demanda por internações no setor estudado. A rapidez na execução da limpeza de unidade é descrita positivamente pela equipe de enfermagem, o que não caracteriza a qualidade e adequação do papel desempenhado e sim a otimização do tempo. Nota-se nos relatos da equipe de enfermagem, a percepção que a equipe tem das dificuldades encontradas pelos funcionários do serviço de higiene e limpeza, na prática da limpeza de unidade.

Souza (2006) salienta que, na hotelaria clássica, o hóspede que se direciona à recepção de um hotel, geralmente, é alguém chegando de uma viagem. Assim, o trabalho desenvolvido pela equipe de recepção deve primar pela agilidade e eficiência nos procedimentos, permitindo que o hóspede possa se instalar em seu apartamento no menor tempo possível. Já no hospital, as exigências para o desenvolvimento do trabalho possuem peculiaridades que diferem do trabalho na hotelaria clássica e que a rapidez na limpeza de unidade pode representar falhas da prática, principalmente aquelas envolvidas com o controle de infecção, e não somente relativas à agilidade.

Em relação aos hospitais, a oferta de um atendimento de qualidade está relacionada à postura apresentada pelo paciente na atualidade que “começou a questionar e sentir necessidade de que a empresa hospitalar lhe ofereça não só a cura ou o tratamento, como também a segurança, o conforto e, principalmente, seu bem-estar, de sua família e seus visitantes” (BOEGER, 2005).

Cabe destacar que a limpeza realizada na unidade requer compreensão básica dos princípios de higienização de áreas hospitalares que, segundo Basso e Abreu (2004), diferem da simples remoção de sujidade visível, com a aplicação de técnicas operacionais que proporcionam o controle da propagação e redução dos micro-organismos.

A categoria “verbaliza incapacidade técnica para a limpeza de unidade” diz respeito à menção da incapacidade técnica para a limpeza de unidade pelos funcionários do serviço de governança em higiene e limpeza, apresentando, nos relatos, a concepção de comportamento negativo, na visão da equipe de enfermagem, como se pode observar nas falas, a seguir.

“... a funcionária pediu para que eu chamasse a enfermeira do plantão no quarto. Então, quando a enfermeira chegou, a funcionária falou que não ia limpar aquela cama e também o banheiro porque ela não sabia como limpar aquele monte de fezes com sangue e estava com nojo...” (IC 69).

“... pois a menina da limpeza disse que não sabia qual era a técnica certa para fazer aquela limpeza, só porque eu perguntei o que era concorrente e terminal...” (IC 47).

“... entrei no quarto, perguntei o que é que ela estava fazendo, ela disse que não tinha capacidade para limpar quarto de paciente doente e pediu demissão...” (IC7).

A equipe de enfermagem refere dificuldades de alguns funcionários do serviço de higiene e limpeza de unidade que verbalizaram a incapacidade técnica para o trabalho na limpeza de unidade do usuário, manifestada por desconhecimento sobre o controle de infecção e a restrição da participação em treinamentos e capacitações.

De acordo com Taraboulsi (2006) o ambiente pode influenciar na percepção do paciente, dos usuários e funcionários. Para o autor, o ambiente limpo proporciona conforto, segurança, representa confiança e demonstra a qualidade do serviço de governança em higiene e limpeza. Entretanto, para o ambiente hospitalar é necessário, além da limpeza, a aplicação dos princípios de controle de infecção.

Na estrutura da governança hospitalar, a contratação de novos funcionários deve ser precedida de treinamento e adequação ao ambiente, com o intuito de favorecer a adaptação ao contexto do hospital, cuja especificidade difere de outros cenários nos quais trabalhadores do serviço de higiene e limpeza atuam.

Torres e Lisboa (2008) e Costa e Fugulin (2011) referem, em seus estudos, sobre a importância da educação permanente como preparação do profissional para o desempenho no ambiente hospitalar, enfatizam a importância da atitude do funcionário como diferencial para o desenvolvimento da prática adequada e o alcance da qualidade no serviço. O funcionário do serviço de higiene e limpeza não pode desempenhar o seu trabalho de maneira mecanicista dentro do ambiente hospitalar, pois é necessário que esse profissional entenda o ambiente, a sua prática e as consequências de seu trabalho, realizado de maneira ineficaz.

A categoria “demonstrar interesse pela qualidade do serviço de unidade” se refere à menção, por parte dos funcionários do serviço de higiene e limpeza, de interesse pelo aprendizado para a melhoria da realização da limpeza, seja por questionamentos, verbalização de dúvidas e solicitação de explicações para a equipe de enfermagem. As falas, a seguir, demonstram esse comportamento.

“... quando questionei sobre o porquê da realização da limpeza daquela forma, o funcionário demonstrou interesse em aprender e me perguntou como era a forma correta para a realização da limpeza. Depois ele, limpou a cama e passou à fazer direito...” (IC 53).

“... foi aí que ela me perguntou se eu poderia lhe ensinar, porque ela disse que tinha interesse em aprender. A funcionária me perguntou sobre várias dúvidas que ela tinha, eu esclareci e ela me demonstrou interesse em melhorar, pois me chamou e demonstrou a limpeza correta após as minhas explicações...” (IC 46).

“... a funcionária parou o que fazia e veio me questionar se o que ela tinha feito estava certo, demonstrando muito interesse pela qualidade da limpeza de unidade. Eu expliquei e tirei algumas dúvidas...” (IC 72).

Pode-se observar a valorização da equipe de enfermagem dada à demonstração de interesse pela busca de melhorias no serviço. O comportamento de desconhecimento das técnicas corretas é superado, na concepção da equipe de enfermagem, quando o funcionário de higiene e limpeza demonstra a busca pelo aprendizado.

Nesse sentido, fica evidenciada a valorização da iniciativa e interesse individuais na melhoria da qualidade do serviço, aspectos relevantes aos processos de trabalho e também nas ações de educação permanente.

Cabe destacar, entretanto, que mesmo com a presença de comportamento que expressa interesse, perante a melhoria da qualidade do serviço prestado, não há falas e comportamentos que remetem à liberação de funcionários para cursos e capacitações em higiene e limpeza.

É possível verificar, na categoria “restringir treinamento/capacitação do serviço de higiene e limpeza”, a limitação da liberação de funcionários para participarem de treinamentos e capacitações, em virtude do quadro reduzido de funcionários e dimensionamento inadequado do pessoal.

“... o funcionário conversou comigo e disse que estava triste porque ela não podia sair do setor e ir ao treinamento. Não tinha outra pessoa para colocar no lugar...” (IC 54).

“... a supervisão da governança verbalizou que o treinamento era restrito somente aos novos funcionários, porque os que estavam de plantão não podiam ir...” (IC18).

“... era possível nesse dia, a funcionária ir ao treinamento, porque estava tranquila a unidade. Cheguei a liberar ela, mas logo em seguida ela retornou, dizendo que não foi possível entrar no treinamento porque era restrito aos funcionários de folga...” (IC 37).

Cabe destacar, uma das falas acima, na qual a enfermagem, embora não seja a responsável pela supervisão da funcionária do serviço de higiene e limpeza, na prática assume esse papel. Porém, não há responsabilidade legítima pela funcionária da limpeza, tanto que a sua decisão sobre a liberação da funcionária para a participação no treinamento não se concretizou.

A ausência do funcionário da limpeza na unidade assistencial para participação nas capacitações em seu horário de trabalho acarreta consequências para a equipe de enfermagem, paciente e setor, uma vez que o contingente de funcionários é restrito, limitando a liberação ou restringindo as capacitações a um mínimo de funcionários do serviço de governança em higiene e limpeza.

A implantação dos serviços de governança nos hospitais requer bastante investimento em capacitações para o desenvolvimento de habilidades, requer mudanças de paradigmas e essas transformações precisam de tempo para que todos os colaboradores correspondam. Não se pode apenas transformar um hospital em um hotel, a adaptação de uma instituição de saúde para um aparente hotel é um processo em médio e longo prazo e de alto investimento financeiro e educativo (BELTRAM; CAMELO, 2007).

Percebe-se que um dos motivos que leva ao comportamento “restringir treinamento/capacitação do serviço de higiene e limpeza” é o quantitativo reduzido de funcionários nas unidades de trabalho. Confirma-se isso através do relato que identifica consequências para a equipe de enfermagem e o paciente, caso a funcionária do serviço de governança em higiene e limpeza se ausentasse da unidade.

A categoria “reduzir o contingente de funcionários” diz respeito à percepção da equipe de enfermagem sobre o quantitativo de pessoal de limpeza reduzido no setor, durante a implantação do serviço de governança em higiene e limpeza e o comportamento da supervisão do serviço em reduzir a equipe com o decorrer do tempo. As falas abaixo exemplificam o comportamento.

“... nesse dia eu não sabia o que fazer, o fluxo estava absurdamente alto, a funcionária da governança em higiene estava sozinha, eu via o seu desespero. Questionei o

fato com a supervisão do serviço e ela me informou que tinha reduzido o quadro de funcionários...” (IC 21)

“... a funcionária da limpeza faltou e não tinha outra para colocar no lugar. A supervisão do serviço restringiu o pessoal...” (IC 10).

“ ... na implantação, até uma semana depois, discuti com a supervisão, ela não colocou o número de funcionários adequados à necessidade do setor, não contratou o suficiente para o dia, tarde e noite...” (IC 13).

Embora a implantação do serviço de governança em higiene e limpeza tenha sido uma das alternativas para a reposição do quadro de funcionários desse setor, as falas evidenciam que se manteve a redução do contingente de funcionários do hospital. Sugere-se que, por esse motivo, a categoria tenha caráter negativo na concepção dos entrevistados.

O comportamento “agir com desrespeito” se refere às atitudes que emergem do comportamento de alguns funcionários do serviço de higiene e limpeza. Essa categoria demonstra, através de relatos, a insatisfação da equipe de enfermagem perante alguns funcionários do serviço de governança em higiene e limpeza, no que diz respeito às relações de trabalho e comunicação. O comportamento é detalhado nos relatos a seguir.

“... fui conversar com ela, porque eu era responsável pelo plantão e ela me respondeu que eu não era chefe dela, não iria me respeitar porque não era subordinada à enfermagem...” (IC 36).

“... não acreditei que a funcionária da limpeza me deixasse falando sozinha. Ela respondeu que não iria dar ouvidos a um auxiliar de enfermagem, que não era subordinada à ralé...” (IC 31).

“...não tinha como eu não me envolver nessa situação. Questionei de imediato o comportamento e ela verbalizou que eu não era chefe dela...” (IC 58).

As falas remetem à idéia de cordialidade e polidez das relações. Percebe-se que a enfermagem se preocupa com o respeito interdisciplinar do local de trabalho, entretanto, há a

percepção pela equipe de enfermagem quando ocorre comportamento desrespeitoso dos funcionários do serviço de higiene e limpeza.

Tal comportamento pode decorrer de aspectos conflituosos nas relações que precisam ser trabalhadas, também podem estar relacionados às questões de supervisão, uma vez que, embora não de direito, mas de fato, o enfermeiro tem assumido esse papel. Acredita-se, também, que, não é possível desconsiderar os aspectos estressores inerentes ao trabalho no ambiente hospitalar e que requerem preparo específico dos sujeitos implicados.

Carvalho e Chaves (2011) entendem que a atitude de controle das relações no ambiente de trabalho é característica da equipe de enfermagem e representa forma de controle das relações humanas dentro da unidade de trabalho.

Souza (2006) relata que, como compete à governança a liberação do quarto limpo para uma nova internação, é necessário haver relação harmoniosa entre esses profissionais para que haja agilidade e eficiência no atendimento ao usuário. Uma relação harmoniosa entre a equipe de governança e de enfermagem também é importante, pois, juntas, são responsáveis pelo atendimento ao paciente na unidade de internação.

6.4 Apresentação e discussão das consequências

A análise dos comportamentos identificados gerou um conjunto de consequências que se refere às condutas apresentadas pelo indivíduo frente a um comportamento.

As consequências foram agrupadas, por similaridade de conteúdo, em cinco grandes categorias, as quais receberam referências positivas e negativas, conforme é possível identificar na Tabela 5.

TABELA 5 – Distribuição das categorias de consequências, segundo referência positiva ou negativa, relacionadas à limpeza de unidade realizada pelo serviço de governança em higiene e limpeza de unidade, para a equipe de enfermagem. Ribeirão Preto, 2011

Consequências	Positiva		Negativa		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
Alteração da rotina de enfermagem quanto à prática de limpeza de unidade.	49	59,8	12	14,3	61	36,7
Agilidade na admissão de pacientes na unidade	33	40,2	12	14,3	45	27,1
Descumprimento da padronização dos procedimentos de higiene e limpeza de unidade	0	0	30	35,7	30	18,1
Indefinição na supervisão da equipe de higiene e limpeza	0	0	19	22,7	19	11,5
Insegurança com o trabalho realizado pela equipe de governança de higiene e limpeza de unidade	0	0	11	13,0	11	6,6
TOTAL	82	100	84	100	166	100

Foram extraídas 166 consequências para a equipe de enfermagem. As referências positivas dizem respeito ao âmbito operacional, como agilidade na admissão de pacientes na unidade, que tem implicação para o trabalho de enfermagem. As consequências com referências negativas podem redundar em aspectos que influenciam na qualidade da assistência prestada ao paciente, ou seja, em última análise, aspectos relativos à supervisão e padronização do trabalho da equipe de governança em higiene e limpeza de unidade podem implicar na assistência ao paciente.

A categoria “alteração da rotina de enfermagem sobre a prática de limpeza de unidade” representou 59,8% das referências positivas. Essa categoria diz respeito à mudança da atribuição da limpeza de unidade do usuário, que antes era exercida pela equipe de enfermagem e, com a implantação do serviço de governança, passou a ser da equipe de higiene e limpeza. Isso sugere que, para os profissionais da equipe de enfermagem, houve redimensionamento do tempo, alterando a carga de trabalho para a assistência ao cuidado. As falas, a seguir, revelam essa consequência nos relatos.

“... o melhor que aconteceu foi que a limpeza de unidade deixou de ser da enfermagem, a funcionária da higiene e limpeza é que tinha que fazer tudo, não adiantava ela reclamar, porque eu sabia que a rotina mudou quando ela veio para o setor...” (IC 77).

“... só achava muito bom a alteração da rotina, não era eu quem tinha que limpar o leito e sim a funcionária da limpeza...” (IC 48).

“... a única coisa que eu tinha certeza, a rotina da enfermagem tinha alterado, fiquei feliz quando cheguei a essa conclusão ...” (IC 02).

Os relatos evidenciam a aprovação da equipe de enfermagem com a mudança da atribuição quanto à limpeza de unidade, sem contudo fazer menção à qualidade do trabalho realizado. Ou seja, considerando os comportamentos já apresentados e consequências que ainda serão discutidas, embora aspectos que qualifiquem a limpeza de unidade pela equipe de governança em higiene e limpezas sejam questionáveis, parece haver aprovação pela enfermagem o fato da alteração da rotina que anteriormente era de sua responsabilidade.

A referência negativa (14,3%) diz respeito à alteração da atribuição da limpeza de unidade como consequência do comportamento “alterar a rotina da equipe de enfermagem” que, para alguns profissionais da enfermagem, representou a consequência negativa da perda da atribuição. O aspecto negativo pode ser representado pelo sentimento de perda, como demonstra a fala, a seguir.

“... a presença dela no setor me fez acreditar que realmente havia mudado a atribuição da limpeza do leito, foi ruim, a enfermagem perdeu a rotina...” (IC 15).

A categoria “agilidade na admissão de paciente na unidade” apresenta-se com 40,2% das consequências representadas, principalmente perante o comportamento “apresentar rapidez na limpeza de unidade”.

A categoria diz respeito à agilidade na entrega dos leitos limpos para as internações. Na visão da equipe de enfermagem, essa consequência é referenciada positivamente para o processo de admissões, visto que a demanda de internações no local de estudo é alta.

Embora a equipe de enfermagem tenha relatado comportamentos negativos dos funcionários do serviço de governança em higiene e limpeza, ausência de desempenho de qualificadores importantes para a segurança no ambiente dos profissionais e usuários, como

controle de infecção, padronização da técnica da limpeza de unidade, a equipe de enfermagem referencia a rapidez da limpeza de unidade como positiva. Entende-se que, para a enfermagem, a resolutividade do trabalho em conjunto com a governança em higiene e limpeza favorece a agilidade da entrega do leito limpo para a admissão de novos pacientes, como expressam as falas, a seguir.

“... mesmo com todas as dificuldades, a funcionária da limpeza entregou a unidade pronta e rápido, com isso pude internar outro paciente no leito...” (IC 24).

“... a situação ficou melhor, pois o leito ficou pronto em cinco minutos e tudo se resolveu...” (IC 46).

“... depois que ela veio para o setor, ela alterou a rotina de enfermagem, mas a limpeza do quarto do paciente ficou rápida, quinze minutos depois que o paciente ia embora, o leito ficava pronto...” (IC 69).

A época, a recomendação da limpeza de unidade era realizada com água e sabão nas superfícies do colchão, cama, mesa de cabeceira, suporte de soro, seguida de enxágue com compressa úmida e secagem. Após, era realizada a desinfecção dos artigos com três aplicações de álcool 70% com compressa, que deveria apresentar secagem natural por, aproximadamente, quinze minutos entre as aplicações. Na sequência, o quarto era limpo e, por último, o banheiro deveria ser lavado. Entende-se que, pela descrição do procedimento de limpeza de unidade, o tempo exigido para a realização da limpeza deveria ser maior que trinta minutos, levando em consideração, por exemplo, a desinfecção das superfícies que exigia intervalo de tempo de aproximadamente 45 minutos (CCIH, 2004).

Embora as referências positivas tenham se destacado nos relatos como implicações operacionais para o trabalho da enfermagem, os entrevistados verbalizaram informações que revelam consequências que implicam negativamente o trabalho da enfermagem.

Obtiveram-se frequências negativas para as consequências: “descumprimento da padronização dos procedimentos de higiene e limpeza de unidade” (35,7%), “indefinição na supervisão da equipe de higiene e limpeza” (22,7%) e “insegurança com o trabalho realizado pela equipe de governança em higiene e limpeza de unidade” (6,6%).

Os relatos que envolveram a realização da limpeza de unidade com a técnica de limpeza de superfícies inadequadas resultaram a categoria “descumprimento da padronização

dos procedimentos de higiene e limpeza de unidade” que reúne as expressões da perda da qualidade na gestão do serviço de governança em higiene e limpeza hospitalar, sendo que o foco do trabalho é a manutenção do ambiente para a colaboração do produto básico da assistência hospitalar que é o restabelecimento da saúde. A padronização dos procedimentos significa continuidade do trabalho realizado de maneira ordenada e com qualidade, a ausência do controle do processo representa ineficácia (COUTO; PEDROSA, 2007).

As falas, a seguir, explicam o acima relatado.

“... no plantão eu vi a funcionária ignorando as técnicas de limpeza, com isso a limpeza de unidade foi realizada em cada quarto de maneira diferente, isso era ruim...” (IC 31).

“... ver o que eu vi e presenciei, foi a completa falta de padronização na limpeza de unidade...” (IC 20).

“.. a limpeza era rápida, mas não tinha padronização nenhuma na realização da mesma, isso era ruim...” (IC 29).

As limpezas do quarto e banheiro, atualmente, devem ser realizadas de maneira que o usuário perceba que o ambiente foi higienizado e realizado de maneira a minimizar os riscos, colocando-se placas informativas com avisos de chão molhado, por exemplo, não só no quarto, como também nos corredores. A funcionária do serviço deve ter disponibilizado um carro funcional contendo dois baldes, embalagens identificadas com nome dos produtos e assinatura do responsável pela diluição, mops, espremedores. A padronização dos equipamentos e das práticas devem ser preconizadas pelas normatizações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que institui a limpeza de superfícies e áreas hospitalares com a manutenção da higienização e a redução de micro-organismos no ambiente hospitalar (ANVISA, 2010).

Quanto à categoria “indefinição na supervisão da equipe de higiene e limpeza”, as falas abaixo exemplificam o pensamento dos entrevistados.

“... não sabia se eu era responsável ou não pelo pessoal de limpeza, era complicado, fiquei com essa dúvida e algumas indefinições...” (IC 40).

“... a responsável pelo setor era a enfermeira, mas quem era pelo funcionário da limpeza? Muito confuso...” (IC 39).

“... quando a funcionária da limpeza me respondeu que não sabia fazer, a quem eu deveria contar? Não sabia e contei à minha enfermeira...” (IC 13).

Na contratação da empresa de governança em higiene e limpeza hospitalar, foi designada a enfermeira do hospital para exercer a supervisão do serviço de maneira global e não diretamente nos setores e unidades de trabalho. Relativo a essa falta de direcionamento das reclamações e solicitações, os enfermeiros assumem a supervisão sem estarem imbuídos dos preceitos contratuais para tal.

A indefinição na supervisão da equipe de higiene e limpeza implica negativamente para o trabalho de enfermagem, pois entende-se que o andamento gerencial do setor é responsabilidade do enfermeiro do plantão.

Para Bower (2000), o enfermeiro tem o potencial de liderança, atitudes e habilidades, é necessário o comprometimento desse profissional com sua competência compartilhada com os outros membros da equipe que podem desenvolver habilidades, também, em situações difíceis.

Taraboulsi (2006) defende a presença de um supervisor do serviço de governança, que exerça a sua supervisão direta nos setores e que tenha responsabilidade pelo serviço de governança em higiene e limpeza, entendendo a dimensão do trabalho para não apresentar interferências no andamento do setor. É importante que haja sintonia no trabalho entre as equipes, que se pergunte se o momento é o mais adequado para a realização da limpeza, pois, em muitas situações, a enfermagem realiza procedimentos nos horários da rotina diária. Nesses casos, a limpeza do quarto precisa ser adiada, o que demonstra o trabalho em conjunto entre esses dois serviços.

A indefinição na supervisão da equipe de higiene e limpeza levou a equipe de enfermagem a procurar o enfermeiro do plantão nas situações vivenciadas. A conduta demonstra a necessidade de direcionamento da supervisão, entende-se que o enfermeiro é procurado por representar a liderança gerencial do setor.

A categoria “insegurança com o trabalho realizado pela equipe de governança em higiene e limpeza de unidade” demonstra as consequências de dúvida e insegurança perante a prática de limpeza realizada. Pressupõe-se que essa insegurança foi gerada pela demonstração

de desconhecimento, postura inadequada, apresentação de incapacidade técnica, desrespeitos demonstrados pela equipe de higiene e limpeza.

“... a funcionária fez o trabalho dela, mas não sei se a taxa de infecção do setor aumentou por causa da limpeza que ela realizava...” (IC 28).

“... ela estava ali o tempo todo, será que ela limpava aqueles leitos direito, fiquei com minhas inseguranças...” (IC 37).

“... fiquei insegura mesmo, insegura em colocar outro paciente no leito...” (IC 17).

Nota-se que, apesar de a enfermagem avaliar a agilidade na entrega do leito limpo para novas admissões e a mudança na atribuição da realização da limpeza de unidade, a enfermagem não se sentia segura com o trabalho prático exercido por outra equipe. A implicação negativa para a enfermagem diz respeito à sensação de insegurança para os trabalhadores e usuários, principalmente nos aspectos de controle de infecção hospitalar.

6.5 Considerações finais

Os hospitais são instituições complexas e tal situação repercute na forma de gestão e de organização do trabalho. Nesse cenário, aspectos relativos à demanda de saúde, satisfação de usuários, racionalização de custos, incremento e incorporação de tecnologias, bem como aspectos relativos a recursos humanos permeiam a tônica das discussões.

Inovações no campo da gestão têm despontado, destacando-se a governança hospitalar. A governança na hotelaria hospitalar tem se mostrado como tendência, na atualidade. Nota-se que governança hospitalar agrupa todos os serviços básicos, quais sejam: a segurança patrimonial, nutrição e dietética, atendimento, rouparia, serviço de higiene e limpeza. Entretanto, é necessário que todos tenham a sua gestão direcionada para o usuário e para a qualidade dos serviços, com vistas a qualificar a assistência prestada. Neste estudo, focou-se a governança em higiene e limpeza hospitalar.

Considerando que, atualmente, as perspectivas sobre a implantação do serviço de governança hospitalar estão voltadas para a melhoria no processo de gestão, constata-se que

essa tendência ainda não possui comprovações nas investigações científicas publicadas. Talvez as produções acadêmicas estejam sendo divulgadas aos enfermeiros e apresentadas em eventos científicos na área da saúde e administração, o que não torna possível a realização de levantamentos de evidências sistematizados, por não se encontrar essas publicações contidas nas bases de dados.

A interface entre o serviço de governança em higiene e limpeza e o trabalho da equipe de enfermagem, aliados à minimização de evidências relacionadas à área de saúde, justificaram a investigação das implicações da implantação do serviço de governança em higiene e limpeza, para o trabalho da equipe de enfermagem.

As intervenções relativas à higiene e ao conforto na unidade são partes integrantes da assistência ao usuário. Historicamente, a limpeza de unidade do usuário foi atribuição da equipe de enfermagem, sendo atribuição do enfermeiro a garantia das condições que atendessem as demandas que emergiam das intervenções, sendo elas a previsão e provisão de recursos materiais e humanos, capacitação e supervisão na promoção da limpeza de unidade e, aos auxiliares e técnicos de enfermagem, a execução do procedimento prático.

A implantação do setor de governança nas instituições hospitalares é uma forma de gestão dos serviços de apoio logístico e que tem a atribuição de manter a limpeza de unidade, dos quartos, enfermarias e áreas de acesso comuns.

Na instituição do estudo, o serviço de governança em higiene e limpeza hospitalar foi implantado como proposta de resolutividade para a dificuldade de reposição do quadro próprio de funcionários de higiene e limpeza. Percebe-se que tal fato impulsionou a elaboração do processo licitatório e a contratação da empresa terceirizada, prestadora dos serviços de higiene e limpeza hospitalar.

A enfermagem, que, historicamente, foi responsável pela limpeza de unidade do usuário, deparou-se, na atualidade, com a mudança da atribuição na rotina de higiene e limpeza de unidade, durante o período de implantação do serviço de governança em higiene e limpeza hospitalar que passou a assumir a limpeza no setor e na unidade do paciente.

Entende-se que, no levantamento documental na primeira fase da pesquisa, os dados cronológicos foram exibidos de maneira a caracterizar o processo de implantação do serviço de governança em higiene e limpeza hospitalar, e descreveram a importância dos profissionais envolvidos nas decisões elencadas. Cabe salientar a importância da participação da equipe de enfermagem no levantamento de críticas, sugestões, avaliações e acompanhamentos que impulsionaram o processo da implantação do serviço de governança. Na descrição dos acompanhamentos, percebe-se a proximidade das ações de enfermagem na assistência integral

ao paciente, em consonância com os qualificadores relativos à hospitalidade, à ambiência e ao controle de infecção hospitalar.

O trabalho realizado por ambas as equipes, necessariamente, requer essa consonância entre as atividades. Esse trabalho em conjunto favorece qualificar o desenvolvimento das ações práticas e gerenciais no setor, no qual ocorreu a implantação do serviço de governança em higiene e limpeza.

A aplicação da técnica do incidente crítico possibilitou o diagnóstico acerca da implantação do serviço de governança em higiene e limpeza e suas implicações para o trabalho em enfermagem.

Os depoimentos, apresentados pelos profissionais de enfermagem que participaram do estudo, evidenciam as implicações negativas da implantação do serviço de higiene e limpeza hospitalar para a enfermagem. Do total de 82 incidentes críticos, 40,2% receberam referências positivas e 59,8% referências negativas. Houve predominância dos comportamentos considerados negativos em relação aos comportamentos positivos, principalmente naqueles aspectos relacionados ao desconhecimento sobre o controle de infecção por parte da equipe de governança em higiene e limpeza de unidade.

A predominância das referências de comportamentos negativos se apresentou como diferencial da maioria dos estudos com incidentes críticos, nos quais os indivíduos apresentam dificuldade na expressão dos aspectos negativos. Neste estudo, os entrevistados demonstraram concepções críticas nos ICs. Cabe ressaltar a preocupação da equipe de enfermagem relacionada ao conceito de controle de infecção hospitalar, na promoção da segurança no ambiente para a equipe de trabalho e usuário.

Após a análise das categorias de comportamentos, pôde-se entender que, na visão da enfermagem, os incidentes críticos que referenciaram os comportamentos negativos foram mais frequentes que os incidentes críticos que referenciaram os comportamentos positivos, em relação à implantação da governança em higiene e limpeza hospitalar.

As referências negativas para a enfermagem evidenciam a necessidade essencial de identificação das causas do desconhecimento da equipe de governança em higiene e limpeza sobre o trabalho no ambiente hospitalar, para se apontar estratégias que minimizem as situações de risco, com o objetivo de promover a segurança do usuário e dos profissionais da instituição de saúde.

As 166 consequências levantadas apresentaram implicações negativas e positivas para o trabalho em enfermagem. Cabe destacar que as referências positivas dizem respeito ao âmbito operacional como agilidade na admissão de pacientes na unidade, com implicação

para o trabalho de enfermagem. As consequências com referências negativas redundaram em aspectos que influenciam a qualidade da assistência prestada ao paciente, ou seja, em última análise, aspectos relativos à supervisão e padronização do trabalho da equipe de governança em higiene e limpeza de unidade podem implicar na assistência ao paciente.

Embora a equipe de enfermagem tenha relatado comportamentos negativos dos funcionários do serviço de governança em higiene e limpeza, ausência de desempenho adequado para a segurança no ambiente dos profissionais e usuários, como controle de infecção, padronização da técnica da limpeza de unidade, a equipe de enfermagem referencia a rapidez da limpeza de unidade como positiva. Entende-se que, para a enfermagem, a resolutividade do trabalho em conjunto com a governança em higiene e limpeza favorece a agilidade da entrega do leito limpo para a admissão de novos pacientes.

Os resultados demonstram a necessidade da definição da supervisão do serviço de governança em higiene e limpeza em cada setor, em uma abordagem direta e diferenciada de supervisão, uma vez que, na prática, embora a enfermeira não seja designada como responsável tem assumido essa atribuição.

A percepção da equipe de enfermagem, em um dado recorte temporal, se apresentou como limitação deste estudo, não sendo possível generalizar ou extrapolar os resultados. Entretanto, face à relevância das implicações para o trabalho de enfermagem, em última análise para o paciente, recomenda-se a adoção de estratégias de monitoramento contínuo.

Os resultados permitem entender a implantação do serviço de governança em higiene e limpeza hospitalar como possibilidade de reposição do quadro de recursos humanos, mas é presente o desafio de se avançar nesse processo no tocante à qualificação de pessoal para o trabalho em governança em higiene e limpeza, supervisão e interação com a equipe de enfermagem.

Espera-se que os resultados deste estudo tragam contribuições para o serviço de governança e de enfermagem do hospital, além de contribuir com conhecimentos em atividade nova e ainda carente de pesquisas, que represente mudança organizacional, requerendo análise sob diferentes aspectos e perspectivas, a fim de buscar evidências sobre os seus reflexos e implicações, enquanto estratégia de gestão do cuidado e de serviço.

7 REFERÊNCIAS

ANVISA. **Segurança no Ambiente Hospitalar**. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosade/manuais/seguranca_hosp.pdf, acessado em julho de 2010.

BALBUENO, E. A.; NOZAWA, M. R. Levantamento dos tipos de repercussões resultantes da avaliação de desempenho em enfermagem hospitalar. **Revista Latino- Americana de Enfermagem**, v.12, n.1, p. 58-64, 2004.

BARROS, A. J. S.; LEHFELD, N. A. S. **Fundamentos de Metodologia: um guia para a iniciação científica**. 2ª edição. São Paulo: Makron Books, 2000.

BASSI M. A. **Florence Nightingale, a dama da lâmpada**. São José dos Campos: Fundação E. E.W. Johnson, 1999.

BASSO, M.; ABREU, E. S. **Limpeza, desinfecção de artigos e áreas hospitalares e anti-sepsia**. 2ª edição. São Paulo: APECIH, 2004.

BELTRAM, G. S.; CAMELO, A. C. O. Hotelaria hospitalar e alguns aspectos da gestão hospitalar necessários para melhorar a qualidade no atendimento. **FCV Empresarial**, v.1, p. 53-72, 2007.

BOEGER, M. A. **Gestão em hotelaria hospitalar**. 2ª edição. São Paulo: Atlas S.A, 2005.

BOWER, F. L. **Nurses taking the lead**. USA: W.B. Saunders Company, 2000.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. **Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

CARVALHO, J.F.S.; CHAVES, L.D.P. Supervisão de enfermagem no contexto hospitalar: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem** (internet). Editorial, v.13, n.3, 2011, acesso em 22 de fevereiro de 2012. Site: [HTTP://www.fen.ufg.br/revista/v13/n3/v13n3a01.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n3/v13n3a01.htm)

CHAVES, L.D.P.; CAMELO, S.H.H.; LAUS, A.M. Mobilizando competências para o gerenciamento do cuidado de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem** (internet). Editorial, v.13, n.4, 2011, acesso em 26 de março de 2012. Site: [HTTP://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/v13n4a01.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/v13n4a01.htm)

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração: uma visão abrangente da moderna administração das organizações: edição compacta**. 3ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas: o novo papel das organizações**. Rio de Janeiro: Campus/Elsevier, 2010.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Principais legislações para o exercício da enfermagem**. São Paulo: Demais Editoração, 2007.

COSTA, J. A.; FUGULIN, F. M. T. Atividades de enfermagem em centro de material e esterilização: contribuição para o dimensionamento de pessoal. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 2, p. 249-56, 2011.

COUTO, R. C.; PEDROSA, T. M. G. **Hospital: acreditação e gestão em saúde**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

DELA COLETA, J. A. A técnica dos incidentes críticos: aplicações e resultados. **Arq. Bras. Psicol. Apl.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 35-58, 1974.

DELA COLETA, J. A.; DELA COLETA, M. F. **A técnica dos incidentes críticos: 30 anos de utilização no Brasil na psicologia, administração, saúde e educação**. Taubaté: Cabral Editora e Livraria Universitária, 2004.

DIAS, M. A. A. **Enfermagem e hotelaria hospitalar na promoção da hospitalidade**. 2005. 88f. Dissertação (Mestrado)- Universidade Anhembi Morumbi, São Paulo, 2005.

DIAS, A. A. Humanização do espaço hospitalar: uma responsabilidade compartilhada. **O Mundo da Saúde**, v. 2, n. 30, p. 340-343, 2006.

ESPEJO, Raul et all. **Organizational transformation and learning: a cybernetic approach to management**. New York: John Wiley, 1996.

FERRAZ, C. A. **Gerenciando o cuidado de enfermagem na unidade de internação**. In: Anais do 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1998. Salvador, Brasil. Salvador: ABEN, 1998. p.159-65.

FERRAZ, C. A. As dimensões do cuidado em enfermagem: enfoque organizacional. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.13, n. 1, p.91-7, 2000.

FERREIRA, A.B.H **Novo dicionário da língua portuguesa**. São Paulo: Positivo, 2009.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Fundamentos, conceitos, situações e exercícios**. São Paulo: Difusão, 2003.

FLANAGAN, J. C. A técnica do incidente crítico. **Arq. Bras. Psicol. Aplicada**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 99-141, 1973.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2ª edição. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FOUCAULT, M. **Repensar a política**. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2010.

IBAÑEZ, N.; ELIAS, P.E.M.; SEIXAS, P.H.D`ÂNGELO. **Política e gestão pública em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011.

KURCGANT, P.; MASSAROLLO, M.C.K.B. **Cultura e poder nas organizações de saúde**. In: KURCGANT, P. Gerenciamento em enfermagem. 2ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

MADUREIRA, C. R.; VEIGA, K. ; SANT'ANA, A. F. M. Gerenciamento de tecnologia em terapia intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 68-75, 2000.

MARTINS, G. A. **Estudo de caso: uma estratégia de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2006.

MARTINS, F. T. M.; CARVALHO, E. C. A percepção do paciente referente a ser portador de um cateter de longa permanência. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.42, n.3, p. 73-78, 2008.

MATOS, P.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v. 15, n. 3, p. 508-514, 2006.

MEZZOMO, A. A. A importância da qualidade dos serviços de higiene e limpeza. **Hosp. Adm. Saúde**, v.17, n.1, p. 5-7, 1993.

PADOVANI, C. R.; ANDRADE, D.; ANGERAMI, E. L. S. Condição microbiológica dos leitos hospitalares antes e depois de sua limpeza. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 163-169, 2000.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2004.

REIS, C. B.; ANDRADE, S. M. O. Representações sociais das enfermeiras sobre a integralidade na assistência à saúde da mulher na rede básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 61-70, 2008.

ROSSI, F.R.; SILVA, M. A. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 460-8, 2005.

SOARES, V. N.; DALL`AGNOL, C. M. Privacidade dos pacientes: uma questão ética para a gerência do cuidado em enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 5, p. 683-8, 2011.

SOUZA, G. G. **Hotelaria hospitalar: conceitos da hotelaria adaptados ao setor hospitalar**. 2006. 84f. Monografia (Bacharel) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

STEINBERG, H. **A Dimensão Humana da Governança Corporativa**. São Paulo: Gente, 2003.

TARABOULSI, F. A. **Administração de hotelaria hospitalar**. 3ª edição. São Paulo: Atlas S.A., 2006.

TORRES, S.; LISBOA, T. C. **Gestão dos serviços: limpeza, higiene e lavanderia em estabelecimentos de saúde**. 3ª edição. São Paulo: Savier, 2008.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. **Gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

YIN, R. K. **Estudo de caso. Planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZAMBERLAN, C; SIQUEIRA, H. C. H. A terceirização nos serviços e suas consequências no cuidar em enfermagem. **Rev. Cogitare Enferm.**, v.10, n. 3, p. 71-5, 2005.

8 APÊNDICE

Apêndice I

Roteiro de Entrevista (Preliminar)

Entrevista n.º: _____

Data de entrevista: _____

Setor Hospital: _____

Parte A- Dados de Identificação

1. Data de nascimento: _____

2. Ano em que concluiu a formação profissional: _____

3- Função: _____ Cargo: _____

Parte B – Roteiro de entrevista (para equipe de Enfermagem)

A partir de sua vivência profissional neste hospital, neste setor, gostaria de sua colaboração acerca da implantação do serviço de governança em higiene e limpeza. Explorando o que segue:

1- Gostaria que você pensasse em situações de trabalho antes e após a implantação do serviço de governança hospitalar em higiene e limpeza em que você acha que houve implicação para a equipe de enfermagem:

2- Pense nessas situações de trabalho e relate, quais os aspectos negativos da realização da limpeza de unidade pelo serviço de governança em higiene e limpeza?

3- Pense nessas situações de trabalho e relate, quais os aspectos positivos da realização da limpeza de unidade pelo serviço de governança em higiene e limpeza?

4- Você gostaria de acrescentar alguma informação?

5- Agradeço a sua valiosa colaboração.

Apêndice II

Termo de Consentimento Livre – Esclarecido

Gostaria de convidar V. S^a _____, para participar voluntariamente do estudo científico intitulado “Governança em higiene e limpeza hospitalar: implicações para o trabalho de enfermagem” cujo objetivo é caracterizar a implantação do serviço de governança em higiene e limpeza e as implicações para a equipe de enfermagem e gestores de hospital público de ensino.

Acredito que os resultados obtidos com a realização dessa pesquisa possam trazer contribuições para a gerência enfermagem, no âmbito da assistência, da supervisão, do conforto e segurança do usuário, possibilitando o estabelecer de diretrizes norteadoras para enfermeiras e propor ações na perspectiva de minimizar os aspectos negativos relatados

Concordando livre e voluntariamente em participar da pesquisa, convido-lhe a responder uma entrevista semi-estruturada, guiada por um roteiro que consta de duas partes: caracterização do entrevistado e questões sobre o gerenciamento do cuidado/unidade. As entrevistas serão realizadas pela própria pesquisadora em horário e dia previamente agendados. As entrevistas têm duração estimada entre 20 e 45 minutos, serão gravadas e após a transcrição na íntegra, pela própria pesquisadora, serão feitas as análises do conteúdo de modo a preservar as opiniões emitidas pelos entrevistados. O material gravado e as transcrições na íntegra ficarão arquivados na EERP-USP, sob a guarda rigorosa da própria pesquisadora.

Aos participantes há garantia do sigilo e privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa; respeitando a liberdade de recusa em participar ou retirar consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização ou prejuízo algum para o seu trabalho e sua condição de servidor; ou seja, participando ou não da pesquisa não haverá nenhuma penalidade; e todo o sigilo com as informações será resguardado. Você receberá uma cópia deste termo de consentimento onde consta o telefone da pesquisadora e sua orientadora, podendo tirar dúvidas a respeito do projeto e da participação no mesmo a qualquer tempo.

Declaro estar ciente que o conteúdo da entrevista será utilizado exclusivamente com a finalidade de desenvolver uma pesquisa científica, bem como do compromisso de que será resguardada a confidencialidade total na divulgação dos resultados, de acordo com os preceitos éticos e legais que regem a pesquisa, envolvendo seres humanos. Declaro ainda estar ciente da garantia dos meus direitos abaixo relacionados.

Direito de receber respostas a qualquer pergunta ou dúvida sobre as questões a serem respondidas;

Direito de não ser identificado, tendo minha privacidade preservada;

A liberdade de recusar a participar ou retirar meu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo.

Declaro que tenho conhecimento dos direitos descritos acima, concordo que os resultados possam ser divulgados em evento ou periódicos científicos e, concordo livremente em responder a entrevista seguinte.

Estando ciente e de acordo, assino o presente.

R.G. _____

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2011.

Pesquisadora: Ana Paula Pereira

Orientadora: Dra Lucieli

Dias Pedreschi Chaves

Fone: 39628200

Fone: 3602-3471

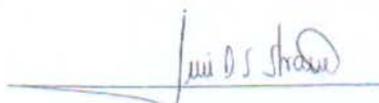
ANEXOS

	HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO UNIDADE DE EMERGÊNCIA CENTRO DE ESTUDOS DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE	
Fone: (16) 36021225 / Fax: (16) 36021248 cees@hcrp.fmrp.usp.br www.hcrp.fmrp.usp.br		Rua Bernardino de Campos, 1000 14015-130 Ribeirão Preto SP

CENTRO DE ESTUDOS DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE DA U.E.- HCFMRP-USP**PARECER**

O trabalho intitulado **“GOVERNANÇA EM HIGIENE E LIMPEZA HOSPITALAR: IMPLICAÇÕES PARA O TRABALHO DE ENFERMAGEM”**, apresentado sob a responsabilidade do Prof^ª Dr^ª LUCIELI DIAS PEDRESCHI CHAVES como Projeto de Pesquisa a ser realizado na Unidade de Emergência, pela enfermeira Ana Paula Pereira, o referido projeto foi aprovado pelo Conselho Científico do CEES.

Ribeirão Preto, 19 de novembro de 2010.



Prof. Dr. LUIS DONIZETI DA S. STRACIERI
Coordenador do CEES UE-HCFMRP-USP



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

www.hcrp.fmrp.usp.br



Ribeirão Preto, 20 de setembro de 2011

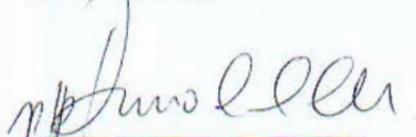
Projeto de pesquisa: “Governança em higiene e limpeza hospitalar: implicações para o trabalho de enfermagem”

Pesquisadoras responsáveis: Luciele Dias Pedreschi Chaves (Orientadora)/ Ana Paula Pereira

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

“O CEP do HC e da FMRP-USP concorda com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição Proponente, que cumpre as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Diante disso, o HCFMRP-USP, como instituição co-participante do referido projeto de pesquisa, está ciente de suas co-responsabilidades e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos desta pesquisa, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar”.

Ciente e de acordo:


Dr. Marcia Guimarães Villanova
Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa - HCFMRP-USP


Prof. Dr. Eduardo Barbosa Coelho
Coordenador da Unidade de Pesquisa
Clínica – UPC - HCFMRP-USP

1/1

HC - Campus Universitário
Monte Alegre 14048-900 Ribeirão Preto SP

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA do HCFMRP-USP
(16) 3602-2228
cep@hcrp.fmrp.usp.br



Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602 3382 - 55 16 3602 3381 - Fax: 55 16 3602 0516
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP – 282/2011

Ribeirão Preto, 28 de julho de 2011

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 28 de julho de 2011.

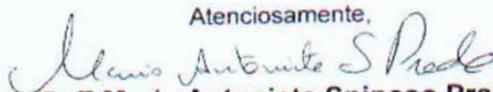
Protocolo: nº 1386/2011

Projeto: Governança em higiene e limpeza hospitalar: implicações para o trabalho de enfermagem.

Pesquisadores: Lucieli Dias Pedreschi Chaves
Ana Paula Pereira

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,


Enfª Maria Antonieta Spinoso Prado
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profa. Dra. Lucieli Dias Pedreschi Chaves
Depto. de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP