

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

ADRIANO EUSTÁQUIO URBANO DE LIMA

Avaliação do serviço terceirizado de higiene e limpeza em um hospital universitário

RIBEIRÃO PRETO, SÃO PAULO
2015

ADRIANO EUSTÁQUIO URBANO DE LIMA

Avaliação do serviço terceirizado de higiene e limpeza em um hospital universitário

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para Defesa para obtenção do título de Mestre em Gestão de Organizações de Saúde.

Aluno: Adriano Eustáquio Urbano de Lima

Orientador: Prof. Dr. Marcos Felipe Silva de Sá

RIBEIRÃO PRETO, SÃO PAULO

2015

Nome: LIMA, Adriano Eustáquio Urbano de

Título: Avaliação do serviço Terceirizado de Higiene e Limpeza em um Hospital
Universitário

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo
para Defesa para obtenção do título de
Mestre em Gestão de Organizações de
Saúde.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr.: _____ . Instituição: _____

Julgamento: _____ . Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ . Instituição: _____

Julgamento: _____ . Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ . Instituição: _____

Julgamento: _____ . Assinatura: _____

LIMA, A. E. U. Avaliação do serviço Terceirizado de Higiene e Limpeza em um Hospital Universitário. Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Gestão de Organizações de Saúde.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr:_____ . Instituição:_____

Julgamento:_____ . Assinatura:_____

Dedico este trabalho à todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a conclusão de uma etapa tão importante em minha vida. Em especial aos meus pais, ainda que ausentes fisicamente, continuam a guiar-me e inspirar-me nas pequenas e grandes conquistas.

Agradeço ao Prof. Marcos Felipe Silva de Sá pela confiança e dedicação. À Prof.^a Maria Eulália pela oportunidade em desenvolver um trabalho em parceria. É uma honra tê-los como mestres.

“Diga-me como me medes e eu te digo como me comportarei”

Eli Moshe Goldratt

RESUMO

LIMA, A. E. U. **Avaliação do serviço Terceirizado de Higiene e Limpeza em um Hospital Universitário**. 2015. 76 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Organizações de Saúde) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

A preocupação das organizações em aumentar a competitividade, reduzir custos e expandir suas atividades tem fomentado a terceirização dos serviços de apoio operacional. O que se busca com a adoção da terceirização é uma parceria que traga desenvolvimento para as organizações, e proporcione vantagens competitivas para um mercado cada vez mais seletivo e exigente. Entretanto, a qualidade na prestação de serviços pelas terceirizadas e a relação delas com seus empregados têm sido motivo de críticas. Embora através desta prática, muitas organizações contratantes tenham conseguido atingir melhorias significativas, frequentemente as terceirizadas acarretam problemas de gestão e organização para as empresas que adotam seus serviços. O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade do serviço de higiene e limpeza no Hospital das Clínicas Campus da FMRP – USP prestados por uma empresa terceirizada. Metodologia: O estudo utilizou dados referentes aos processos de terceirização do Serviço de Higiene e Limpeza (SHL) do HCFMRP - USP. Foram aplicados questionários aos funcionários terceirizados para avaliar o seu perfil socioeconômico e aos diretores de enfermagem para avaliação da qualidade dos serviços. Os resultados encontrados mostram uma dissonância entre a avaliação realizada pelo SHL do Hospital, baseado no Caderno de Terceirização do Governo do estado de São Paulo (Cadterc) e aquela feita pelos diretores de enfermagem. As avaliações do SHL sempre apontaram para bom ou muito bom, porém 60,87% dos diretores de enfermagem avaliaram o serviço como ruim. Os índices de absenteísmo coletados durante o período da pesquisa apresentaram média anual de 7,98% para 2012, 9,46% para 2013 e 8,98% para 2014%, registrando índices acima dos parâmetros encontrados na literatura (de 3 a 5%). Quanto ao Índice de *turnover*, os valores médios de 2012 foram 8,63%, para 2013 de 6,15% e para 2014 foi de 3,99%. Quanto ao perfil socioeconômico dos trabalhadores verificou-se que 42% deles têm idade entre 41 e 60 anos, 94% são alfabetizados, porém 52% deles têm o primeiro grau incompleto. Conclui-se que, a terceirização da limpeza hospitalar poderia proporcionar vantagens quanto à facilidade de gestão e reposição rápida de pessoal. Por outro lado, suas desvantagens incluem o custo mais elevado e a alta rotatividade da mão-de-obra. Quanto à qualidade dos serviços há uma divergência entre as avaliações preconizadas pelo Cadterc e aquela feita pelos usuários, representados pelos diretores de enfermagem. Os resultados desta pesquisa poderão servir de base para a melhoria da gestão de serviços terceirizados.

PALAVRAS-CHAVE: Serviço de higiene e limpeza. Terceirização. Hospital Universitário. Absenteísmo e turnover.

ABSTRACT

LIMA, A. E. U. **Avaliação do serviço Terceirizado de Higiene e Limpeza em um Hospital Universitário**. 2015. 76 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Organizações de Saúde) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

The concern of organizations to increase competitiveness, reduce costs and expand its activities has encouraged the outsourcing of operational support services. What is sought with the adoption of outsourcing is a partnership that will bring development to organizations and provide competitive advantages to an increasingly selective and demanding market. However, the quality of service delivery by the third party and their relationship with their employees has been the subject of criticism. Although through this practice, many contracting organizations have managed to achieve significant improvements, often outsourced present special problems of management and organization for companies that adopt their services. The objective of this study was to evaluate the quality of hygiene and cleaning service at the Hospital Campus FMRP - USP provided by a third party. Methodology: The study used data for the outsourcing process of Department of Hygiene and Cleaning (SHL) HCFMRP - USP. Questionnaires were applied to outsourced employees to assess their socioeconomic profile and to nursing directors to evaluate the quality of services. The results show a dissonance between the evaluation carried out by SHL's Hospital, based on the state of the Government of Outsourcing Notebook of São Paulo (CadTerc) and that made by nursing directors. The SHL assessments always pointed to good or very good, but 60.87% of nursing directors rated the service as poor. The absenteeism rates collected during the survey period showed annual average of 7.98% for 2012, 9.46% for 2013 and 8.98% for 2014%, registering above indices of the parameters found in the literature (3-5%). As for the turnover index, the average values of 2012 were 8.63%, 6.15% for 2013 and 2014 was 3.99%. As for the workers' socioeconomic profile was found that 42% of them are aged between 41 and 60 years, 94% are literate, but 52% of them have not finished elementary school. We conclude that the outsourcing of hospital cleaning could provide advantages in ease of management and quick replacement of personnel. On the other hand, its disadvantages include the higher cost and the high turnover of hand labor. As for the quality of services there is a discrepancy between the recommended ratings for Cadterc and that made by users, represented by nursing directors. The results of this research may provide the basis for improving the outsourced service management.

KEY WORDS: Hygiene and cleaning services. Outsourcing. University hospital. Absenteeism and turnover.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Avaliação do SHL pelos diretores de enfermagem	44
Gráfico 2 - Relacionamento interpessoal entre os funcionários do SHL	46
Gráfico 3 - Avaliação pelos diretores de enfermagem do HCFMRP – USP do relacionamento interpessoal entre os funcionários do SHL e os demais profissionais da Área.....	47
Gráfico 4 - Avaliação pelos diretores de enfermagem do HCFMRP – USP da postura profissional dos funcionários do SHL	48
Gráfico 5 - Avaliação pelos diretores de enfermagem do HCFMRP-USP acerca da quantidade adequada ou não de funcionários do SHL nas áreas	48
Gráfico 6 – Absenteísmo médio dos funcionários do SHL do HCFMRP –USP enfermarias e ambulatório (de 2012 à 2014).....	52
Gráfico 7 - <i>Turnover</i> médio dos funcionários do SHL das enfermarias e ambulatório (de 2012 à 2014)	54
Gráfico 8 - Renda média das famílias dos funcionários do SHL	59
Gráfico 9 – Experiência prévia em higiene e limpeza dos funcionários do SHL....	60

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 - Parâmetros avaliados em cada módulo	34
Tabela 1 – Pontuação de acordo com a qualidade	34
Tabela 2 – Total da Pontuação dos módulos	34
Tabela 3 – Totalização das avaliações.....	35
Tabela 4 – Exemplo de cálculo do contingente operacional	35
Tabela 5 – Totalização da prestação dos serviços.....	35
Tabela 6 – Pontuação para liberação da fatura	36
Tabela 7 – Apuração da qualidade dos serviços prestados	36
Tabela 8 – Exemplo de planilha de escala funcional mensal de frequência	37
Tabela 9 - Pontuação das avaliações do SHL no ambulatório do HCFMRP-USP ...	42
Tabela 10 – Pontuação das avaliações do SHL nas enfermarias do HCFMRP - USP	43
Tabela 11 – Aspectos relevantes da avaliação da qualidade do SHL.....	44
Tabela 12 – Região de origem dos funcionários do SHL	57
Tabela 13 - Idade dos funcionários do SHL	58
Tabela 14 - Nível de escolaridade dos funcionários do SHL.....	58
Tabela 15 - Estado civil dos funcionários do SHL	59

LISTA DE SIGLAS

Cadterc	-	Caderno de Terceirização
CCIH	-	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
HCFMRP	-	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
If	-	Índice de frequência
LER	-	Lesão por Esforço Repetitivo
SHL	-	Serviço de Higiene e Limpeza
Tp	-	Porcentagem de Tempo Perdido
USP	-	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
1. SERVIÇOS PRESTADOS POR TERCEIROS	14
1.1 Terceirização na área hospitalar	16
1.2 A contextualização do processo de terceirização no HCFMRP – USP	16
1.3 O Serviço de Higiene e Limpeza (SHL) do HCFMRP-USP	17
1.4 Indicadores da qualidade de serviços terceirizados	21
1.5 <i>Turnover</i> ou rotatividade de pessoal	23
1.6 Absenteísmo	26
1.6.1 Cálculo do índice de absenteísmo.....	28
1.6.2 Como interpretar o índice de absenteísmo.....	29
2. OBJETIVOS	30
3. METODOLOGIA.....	31
3.1 Coleta de dados	31
3.2 Amostragem	32
3.3 Questionário	32
3.4 Medição.....	33
3.4.1 Qualidade	33
3.4.2 Satisfação.....	36
3.4.3 Absenteísmo e <i>turnover</i>	37
3.4.3 Aspectos socioeconômicos	37
3.4.4 Aspectos Éticos	38
3.5 Análise dos Resultados	39
3.5.1 Pesquisa de qualidade do serviço	39
3.5.2 Pesquisa de satisfação.....	39
3.5.3 Avaliação socioeconômica	39
3.5.4 Índices de absenteísmo e <i>turnover</i>	39

3.6 Etapas da Pesquisa.....	40
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	42
4.1 Qualidade dos serviços prestados de acordo com parâmetros estabelecidos no Cadterc.....	42
4.2 Grau de Satisfação dos Diretores de Enfermagem	43
4.3 Índice de Absenteísmo – IA e Índice de <i>Turnover</i> – IT no SHL terceirizado do HCRP-USP.....	51
4.4 Perfil socioeconômico dos trabalhadores da equipe terceirizada de higiene e limpeza	55
4.5 Discussão geral.....	61
5. CONCLUSÕES	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
APÊNDICES.....	75
ANEXOS	81

INTRODUÇÃO

1. SERVIÇOS PRESTADOS POR TERCEIROS

A terceirização pode ser compreendida como um processo através do qual uma determinada atividade passa a ser realizada por terceiros. Entende-se por terceiros aquelas entidades externas às organizações contratantes, e podem ser caracterizados como uma organização (empresarial ou não) ou mesmo uma pessoa física (autônomo que se caracteriza como prestador de serviço) e ainda, como uma cooperativa (FRANCO et al., 2011).

A terceirização pode trazer inúmeros benefícios para o contratante como a redução e melhor controle de custos operacionais, redução de desperdícios e de investimentos em aquisições e modernizações tecnológicas que passam a ser responsabilidade dos terceiros, aumentando a disponibilidade de capital para investimento nas atividades-fim e algumas situações, até a especialização na prestação dos serviços (FRANCO et al., 2011).

A premissa da terceirização é o processo de gestão através do qual se repassam algumas atividades para terceiros, estabelecendo-se com esses, uma relação de parceria, onde a empresa contratante converge suas energias para as atividades essenciais dos negócios, passando para os parceiros as atividades meio (FRANCO et al., 2011).

Com a constante preocupação das organizações em aumentar a competitividade, reduzir custos e expandir suas atividades, uma das ferramentas mais utilizadas na atualidade passou a ser a terceirização. O que se busca com a adoção da terceirização é uma parceria que traga desenvolvimento para as organizações, e proporcione vantagens competitivas para um mercado cada vez mais seletivo e exigente.

A origem da contratação de serviços teve origem nos Estados Unidos, nos anos de 1940, em função da Segunda Guerra Mundial. Com a necessidade de concentrar suas atividades na produção de armas para os aliados, as indústrias da época utilizaram a terceirização para delegar à outras empresas algumas atividades de suporte na produção das armas (QUEIROZ, 1992).

Queiroz (1992) e Boeger (2003) declaram que, com a chegada das primeiras multinacionais ao Brasil, a terceirização foi gradativamente sendo adotada, tendo como grande precursora a indústria automobilística. No início, essa prática era conhecida como contratação de serviços de terceiros e foi adotada como ferramenta para redução de custos e redução da massa de trabalhadores, com objetivo de obter melhorias nos serviços contratados.

Entre as principais motivações para adoção da terceirização encontramos o fator econômico e a chance de flexibilização da força de trabalho, que busca o ajuste do perfil do trabalhador terceirizado à suas necessidades do momento (BOEGER, 2003). Entretanto, como consequência, observou-se uma redução de benefícios legais trabalhistas, o que motivou muitas críticas e prejudicou a relação com os trabalhadores. Além disso, de princípio não existia preocupação por parte das empresas contratadas em buscar melhorias nas suas práticas.

Ainda hoje, a qualidade na prestação de serviços pelas terceirizadas e a relação delas com seus empregados tem sido motivo de críticas. Embora através desta prática, muitas organizações contratantes tenham conseguido atingir melhorias significativas, frequentemente as terceirizadas acarretam problemas de gestão e organização para as empresas que adotam seus serviços.

As empresas contratadas, muitas vezes, não têm dado a devida atenção ao seu desenvolvimento, desempenho e inovação, contando com gestores que desconhecem a legislação específica da área, e, até mesmo, práticas de gestão. Muitas vezes essa falta de profissionalismo afeta seu próprio resultado.

Entre 2009 e 2010, a terceirização empregou cerca de 1,5 milhão de pessoas no Brasil (SEBRAE, 2011). Os serviços mais comumente terceirizados são aqueles relacionados à infraestrutura de apoio, tais como alimentação, limpeza, segurança, manutenção, transportes, apoio administrativo (distribuição de documentos, recepção, atendimento telefônico e digitação), entre outros.

No Brasil, a partir da chamada Reforma do Estado, criou-se a possibilidade aos governos de repasse de atividades até então desenvolvidas pelo Estado, para organizações sociais, bem como estabeleceu o princípio de que a produção de bens e a prestação de serviços não exclusivos do Estado deveriam ser atribuídas a instituições privadas (PEREIRA, 2001).

Isso implicou a ampla terceirização de atividades de apoio, principalmente no que se refere a serviços de limpeza, segurança patrimonial, manutenção predial e transportes, passando então o Estado a ser comprador desses serviços no mercado.

1.1 Terceirização na área hospitalar

A complexidade das organizações hospitalares causa inevitavelmente discussões sobre terceirizações, buscando não somente redução de custos, mas também gerando a possibilidade de maior desenvolvimento em suas atividades-fim. Dentro deste contexto, e para incorrer em menores riscos, a terceirização aparece muito frequentemente nas atividades de suporte dos hospitais. Dessa forma, as atividades mais terceirizadas dentro das organizações hospitalares, são as que estão dentro da área de hotelaria, como por exemplo, higiene e limpeza, portarias, segurança, nutrição e processamento de enxoval (BOEGER, 2003).

Fundamental para entendimento das terceirizações nos hospitais é a necessidade de atenção à assistência, fazendo com que a prática seja adotada como suporte para esse fim.

1.2 A contextualização do processo de terceirização no HCFMRP – USP

Em 17 de dezembro de 2008 foi publicada a Lei Complementar no. 1080/08, que institui o Plano Geral de Cargos, Vencimentos e Salários para os servidores das áreas administrativas. A referida lei, estabelece, em seu artigo 51, que as funções atividades de Auxiliar de Serviços Gerais, aí incluídas as funções de Operador de Máquinas (Caldeira), Reparador Geral, Cozinheiro, Telefonista, Ascensorista, Jardineiro e Eletricista, classificadas, também, como Auxiliares de Serviços, deveriam ser extintas de imediato, caso estivessem vagas ou então, na medida da vacância (BRASIL, 2008).

Faz-se necessário o registro de que o primeiro serviço a ser terceirizado dentro da Instituição foi o setor de segurança patrimonial. Assim, o HCRP, acatando as diretrizes do Governo do Estado, vem dando continuidade ao processo de terceirização das atividades consideradas meio, como lavanderia, manutenção da infraestrutura, vigilância, portarias, higiene e limpeza, nutrição (Unidade de

Emergência do HCFMRP-USP), tendo ampliado gradativamente, ao longo dos últimos anos, os contratos existentes.

Particularmente na higiene e limpeza, os serviços estão terceirizados em algumas áreas do Hospital. O restante vem sendo realizado com os funcionários remanescentes do próprio serviço, que, pela experiência adquirida em limpeza hospitalar, se ocupam destas atividades em áreas consideradas mais “nobres” como o bloco cirúrgico, CTIs etc.

1.3 O Serviço de Higiene e Limpeza (SHL) do HCFMRP-USP

O SHL do Hospital das Clínicas Campus está hierarquicamente subordinado à Divisão de Hotelaria Hospitalar que é ligada à Superintendência, sendo responsável pela higienização de 199.996,79 m², dos quais 112.287,78 m² são de área externa e 87.675,01 m² de áreas internas.

Do total de áreas internas 50.291,89 m² estão terceirizados, e 37.383,12 m² contam com execução das atividades por pessoal próprio.

Dentro de suas finalidades, o serviço busca a redução da população microbiana nas diversas áreas, constante melhoria da aparência geral e da imagem institucional e, ainda, da percepção dos usuários em relação aos diversos atendimentos e serviços prestados.

Seu trabalho se dá através de ações que visam o asseio e o zelo da conservação predial, atuando em consonância com outros serviços e Comissões do HCFMRP-USP, como por exemplo, a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), o Gerenciamentos de Risco Ambiental, e o Gerenciamento da Qualidade, sempre visando a promoção da segurança e do conforto para todos os usuários da Instituição.

Desde a inauguração do HCFMRP-USP em 1978, o SHL sempre contou em seu quadro com funcionários próprios, ou seja, todos os funcionários pertenciam ao quadro de servidores do Estado de São Paulo.

A partir de 1992, o quadro de funcionários do SHL começou a sofrer defasagem, com aposentadorias, desligamentos solicitados pelos servidores e transferências para outras áreas do hospital em função de concursos internos.

Com o passar dos anos, atreladas a esta situação, por se tratar o serviço de limpeza de uma tarefa de esforço repetitivo, muitos funcionários apresentavam

afastamentos constantes (absenteísmo elevado), fazendo com que vários deles, após avaliação médica, fossem readaptados no próprio setor, em função de limitações físicas causadas por LER (lesão por esforço repetitivo) para a execução apenas de rotinas mais leves de limpeza, o que gerou constantes quedas de produtividade no serviço e, conseqüentemente necessidade de reposição de pessoal.

No ano de 2004, dentro do quadro de pessoal, foi dimensionado o total de 173 funcionários alocados no SHL. Em um balanço geral aproximado feito na época, descontadas as situações de férias, licença saúde, licença gestante e afastamentos pelo INSS, o serviço contava diariamente e efetivamente com uma média de 140 auxiliares nos quatro turnos de serviço (manhã, tarde, vespertino e noturno) para a realização das tarefas.

De acordo com os levantamentos e estudos feitos pelo SHL conforme consta nos Processos HCRP 347/2010 e 349/2010 para serviços de limpeza hospitalar, um funcionário limpa em média uma área de 400 metros quadrados para cada 8 horas trabalhadas. Levando-se em consideração que a o SHL era responsável pela limpeza e manutenção diárias de aproximadamente 164.000 metros quadrados de área da Instituição (área existente em 2004, nos anos seguintes foram anexadas novas áreas ao Hospital), chegou-se a conclusão que o quadro mínimo de trabalho necessário seria de 400 funcionários, ou seja, existia um déficit médio de 260 funcionários no efetivo do Serviço.

Esta situação levava a uma série de conseqüências funcionais quanto ao desempenho, à qualidade, eficiência e eficácia do serviço realizado. Agregados a este problema de ordem funcional, a questão da motivação pessoal, envolvimento nos processos, capacidade de sincronia para a realização das tarefas diárias ficavam também prejudicados (FÉLIX, 2008; SILVA; LORETO, 2013; MARTINS et al., 2013; ANDRADE; MONTEIRO, 2013).

Foram ainda considerados fatores que levavam a modificação dos padrões de comportamento do grupo de funcionários do SHL, como a falta de treinamento, reciclagem e até mesmo desconhecimento de muitos critérios e princípios de trabalho preconizados para a limpeza de áreas de saúde (FELIX, 2008; MARTINS et al., 2013). Os processos de higienização desenvolvidos no setor eram inadequados e estavam obsoletos quanto às técnicas e produtos utilizados, principalmente nas

formas de uso. Havia carência de conhecimentos técnicos e científicos, não existiam programas de treinamento específico, nem de educação continuada há vários anos.

O nível de escolaridade dos funcionários da área era baixo, em sua maioria, o grupo possuía apenas o nível fundamental incompleto e apenas 10% de todos os funcionários possuía nível médio, dificultando bastante todo o processo de compreensão e o entendimento dos mesmos em qualquer situação de maior complexidade (SILVA; LORETO, 2013).

Era neste cenário que o SHL vinha sobrevivendo de forma retrógrada e obsoleta, o que não refletia a real importância de sua participação no contexto da saúde enquanto prestador de serviços para a Instituição.

Uma mudança na gestão administrativa entre 2003 e 2006 trouxe uma nova visão baseada em políticas de qualidade a serem implantadas na Instituição.

As diretrizes contemplavam uma reestruturação completa na forma de gerenciamento e do desempenho técnico do setor. Para isto foram realizados estudos e análises diagnósticas quanto às necessidades e demandas do serviço, priorizando a implantação de medidas administrativas, estruturais e educacionais de acordo com a urgência e possibilidades.

A implantação da prática de terceirização ocorreu de maneira lenta, devido à grande dificuldade na mudança de paradigmas e cultura existentes. Entretanto, dois pontos ficaram claros para a nova administração, primeiro, a evidente necessidade de mudança do cenário existente, e, segundo, a necessidade de tomada de decisão para buscar uma solução que evitasse o agravamento do quadro existente.

Tendo em vista que entre os problemas diagnosticados no setor, a análise indicou como ponto crítico o déficit de recursos humanos, o HCFMRP-USP iniciou a terceirização dos serviços do SHL em 2006. Em 2008 com a publicação da Lei Complementar nº 1.080 de 17 de dezembro do mesmo ano, que determinou a extinção dos cargos e as funções-atividades de Auxiliar de Serviços Gerais no estado de São Paulo, a instituição adotou definitivamente a política de terceirização das atividades de higiene e limpeza.

Segundo a literatura consultada, uma das áreas que apresenta maiores problemas em relação à terceirização é a de Higiene e Limpeza, pois exige conhecimentos específicos para execução das tarefas. Os funcionários contratados pelas empresas terceirizadas enfrentam serviços repetitivos, pouco ou nenhum reconhecimento, baixa remuneração, entre outros (AZEVEDO, 2000; ANDRADE;

MONTEIRO, 2013; FÉLIX, 2008; SILVA; LORETO, 2013). Esses fatores geram dificuldades por parte das empresas já no processo de recrutamento e seleção, durante a fase de contratação e após, quando os funcionários estão executando, ou irão executar suas atividades, também enfrentam problemas com treinamentos, desmotivação e falta de comprometimento (MARTINS et al., 2013).

Esses fatores geram altos índices de absenteísmo e *turnover*, que agrava a situação das empresas prestadoras de serviço e gera problemas para as empresas contratantes destes serviços (ANDRADE; MONTEIRO, 2013; FÉLIX, 2008; SILVA; LORETO, 2013).

É um fator crítico de sucesso na terceirização a preparação dos funcionários terceirizados antes de iniciarem as atividades no ambiente hospitalar. Pois não é possível atuar em um cenário tão complexo como um Hospital universitário terciário sem antes estabelecer uma interação para verificar a responsabilidade mútua entre o contratado e contratante.

Dentre as primeiras observações e análises feitas sobre a terceirização no HCFMRP-USP nesse período inicial, podemos elencar alguns problemas que a empresa terceirizada e os seus funcionários enfrentam para executar as rotinas de maneira correta, que culminam com alto nível de *turnover* e alto índice de absenteísmo. São alguns desses problemas:

- Existência de locais em condições precárias quanto à situação de limpeza, como por exemplo, vidraçarias, construções antigas e em estado de conservação predial também precário;
- O fluxo de pessoas é muito alto no hospital (funcionários, médicos, estudantes, pacientes, acompanhantes, fornecedores, estagiários etc.) o que dificulta os processos de higienização pela empresa terceirizada;
- Conflitos entre políticas de trabalho que regem a empresa contratada em relação às políticas do HCFMRP-USP, evidenciados por diferenciação salarial, turnos de trabalho e nível de exigência em relação ao trabalho realizado;
- Dificuldade de adaptação dos funcionários da empresa contratada em relação à área física por ser muito extensa;
- Demora na adequação no início da prestação dos serviços, em relação à utilização e eficiência de produtos utilizados e rotinas específicas existentes em determinados setores.

Importante apontar que a terceirização do SHL começou pela área dos Ambulatórios, sendo expandida mais duas vezes. A primeira expansão se deu em 2010 com a inclusão das Enfermarias, do segundo ao décimo terceiro andares. A segunda ocorreu em 2014 com a inclusão do Bloco G, onde se encontram os laboratórios.

1.4 Indicadores da qualidade de serviços terceirizados

Para contratação de serviços pela administração pública, a escolha de fornecedor deve necessariamente ser feita por meio de licitação e a sua fiscalização deve ficar sob a responsabilidade de um representante da Administração Pública designado para tal, o chamado 'fiscal do contrato' ou no caso do Hospital o "gestor do contrato", a quem cabe o acompanhamento das atividades desenvolvidas pela contratada. A ele cabe também a incumbência de exigir o estrito cumprimento das obrigações assumidas pela contratante e é seu dever solicitar sempre as providências a seus superiores naquilo que se referir ao serviço que fiscaliza. O contrato pode ser rescindido caso não haja cumprimento das cláusulas contratuais e multas poderão ser aplicadas (SÃO PAULO, 2015).

Portanto, a qualidade nos serviços prestados à Administração Pública deve ser mantida sob o controle do contratante. Qualidade em serviços é muito difícil de ser avaliada, mas pode ser definida como a medida na qual as expectativas do cliente são atendidas. Também é difícil garantir que o serviço seja executado exatamente da mesma forma para todos os clientes, ou seja, para o prestador é difícil oferecer qualidade padrão.

Onde existe grande concorrência, as empresas devem e precisam monitorar a qualidade dos seus serviços sob a óptica do contratante e de olho nos parâmetros e indicadores que estes utilizam para avaliá-las. E, para desenvolver modelos eficazes de gestão de serviços, é importante compreender o que os clientes procuram e o que eles avaliam. Também é necessário um modelo de como a qualidade do serviço é percebida pelos usuários (HOFFMAN; BATESON, 2003).

Assim, quando um prestador de serviços entende como os serviços serão avaliados pelos usuários, é possível identificar como gerenciar essas avaliações e como influenciá-las na direção desejável (GRÖNROOS, 1995). Serviços de má qualidade tendem a perder terreno na competitividade.

Alguns indicadores de qualidade devem ser apontados como forma de monitorar a prestação dos serviços. É necessário identificar características que subsidiem a formulação de instrumentos para avaliação da qualidade do serviço terceirizado de higiene e limpeza. Para tal, é importante confrontar os dados e verificar se há diferenças entre as avaliações dos usuários dos serviços, dos fiscais do contrato e dos prestadores dos serviços (BOEGER, 2003; TARABOULSI, 2003).

Torna-se fundamental idealizar indicadores que possam medir a qualidade dos serviços prestados e através deles monitorizar, dia a dia, o desempenho do terceirizado (DOIG, 2001).

Alguns indicadores não são específicos para avaliação de serviços de limpeza, mas se aplicam às mais diversas atividades. São os casos do *turnover* ou rotatividade de pessoal e o absenteísmo. É importante para o gestor conhecer e entender estes fatores para adotar medidas que atenuem estes problemas. Conhecer o perfil sócio econômico da equipe terceirizada é fundamental neste processo de mapeamento dos problemas.

Empresas que optam pela terceirização devem ter em mente que essa ferramenta precisa ser muito bem planejada e um dos principais requisitos é ter a consciência que se trata de um processo de parceria. O prestador de serviços deve ser capacitado a atender suas necessidades e se encaixar ao modelo de trabalho e perfil do contratante.

No contrato é obrigatório o detalhamento da motivação da contratação, minudenciar as cláusulas contratuais especificando os serviços a serem prestados, resultados esperados, limites de atuação etc. Somente após estabelecer estes quesitos é que se deve procurar a empresa mais adequada e qualificada para terceirizar (SÃO PAULO, 2015).

No caso deste trabalho entendemos que as suas medidas podem contribuir de maneira significativa para avaliar não só a qualidade de um serviço desta natureza, como também traçar o perfil dos servidores da empresa terceirizada. Outros parâmetros utilizados são recomendados e constam no Caderno de Terceirização - Estudos Técnicos de Serviços Terceirizados (SÃO PAULO, 2015), se tratando de um site institucional, da Secretaria da Fazenda do Governo do Estado de São Paulo, que objetiva divulgar as diretrizes para contratações de fornecedores de serviços terceirizados pelos órgãos da Administração Pública Estadual, com

padronização de especificações técnicas e valores limites (preços referenciais) dos serviços mais comuns e que representam os maiores gastos do estado.

1.5 *Turnover* ou rotatividade de pessoal

Toda instituição ou organização funciona como um sistema aberto que troca os mais variados recursos com o ambiente, em busca de desenvolvimento de suas atividades visando a inovação e otimização de suas práticas. Esse intercâmbio ocorre em todas as áreas da organização e, portanto acontece também com os recursos humanos, possibilitando uma interação constante. O que se espera é que exista certo equilíbrio entre os recursos que entram e os recursos que deixam a organização. Esse equilíbrio é que irá garantir que os processos e atividades da organização continuem ocorrendo sem comprometimento dos resultados (CHIAVENATO, 2003).

Há ônus para a empresa manter a rotatividade de pessoal, pois a cada saída de funcionário, normalmente, segue de uma admissão de outro funcionário, e este giro cria um custo alto de mão-de-obra (FERREIRA, 2002). É necessário o desenvolvimento de um índice que possa medir percentualmente, num determinado período, as variações que ocorrem e cuja variabilidade pode fornecer informações de interesse da empresa. Assim, o índice de rotatividade (*turnover*), mede o giro de entradas e saídas de pessoal e, portanto, expressa a oscilação de recursos humanos entre uma determinada organização e seu ambiente (CHIAVENATO, 2004a).

O cálculo do *turnover* ou rotatividade de recursos humanos é obtido através de relação percentual entre as contratações e as demissões com relação ao número médio de funcionários da organização, em um determinado período de tempo. Os números podem ser apresentados em índices mensais ou anuais, o que auxilia aos gestores através de comparações, a diagnosticar e adotar medidas para obtenção de melhorias ou mesmo para prevenção (CHIAVENATO, 2004a).

A rotatividade de pessoal tem um custo elevado para as organizações, pois aumentam as “despesas de rescisão de contrato de trabalho; despesas de recrutamento; despesas de seleção; despesas de treinamento; despesas de adaptação; e outras despesas variáveis (advogados, justiça do trabalho, etc.)” (VARELA, 2013).

Índices de rotatividade de recursos humanos iguais ou próximos a zero não acontecem nas empresas, nem seria saudável, pois apontaria um engessamento das práticas de intercâmbio da organização. Por outro lado, índices altos de rotatividade apontam para vários problemas, pois impossibilitam o comprometimento e a busca de resultados que dependem das pessoas que compõem a organização (CHIAVENATO, 2003).

O ideal para as organizações seria trabalhar com um determinado índice que permita manter suas atividades e metas com pessoas adequadas e capacitadas, e quando necessário substituir ou contratar pessoas para manutenção ou melhoria dessas atividades (FERREIRA, 2002).

Sempre que a rotatividade de pessoal apresentar índices que coloquem em risco o funcionamento do sistema, intervenções e adequações deverão ser realizadas para garantir a qualidade dos serviços prestados.

Para detectar alta rotatividade a empresa deve investigar os aspectos internos do trabalhador dentro do seu local de serviço, tais como: problemas entre chefias e subordinados; padrões de salários abaixo do mercado; benefícios insuficientes ou mal empregados; sociabilidade precária; baixa interação entre grupos de trabalho; ambiente e clima de trabalho desconfortável; política interna de pessoal mal empregada etc. Assim como os aspectos externos do trabalhador, fora do seu local de serviço, tais como: idade, sexo, nível de escolaridade, estado civil, renda mensal média familiar e sua experiência no trabalho podem interferir na qualidade do serviço, assim como no absenteísmo e no *turnover* (AZEVEDO, 2000; ANDRADE; MONTEIRO, 2013; FÉLIX, 2008; SILVA; LORETO, 2013).

Medir e avaliar um sistema corretamente constituem alguns dos principais problemas da administração, pois é necessário garantir o alcance dos resultados desejados e a utilização correta dos recursos disponíveis. À medida que um sistema não apresenta resultados satisfatórios, ou não tem seus recursos aplicados de maneira adequada, a organização deve fazer adequações para garantir que tudo ocorra de acordo ao planejado.

Existem vários métodos para o cálculo do Índice de Rotatividade. Campos e Malik (2008) utilizaram uma fórmula de cálculo (1) para medir o índice de rotatividade (R) no município de São Paulo, em relação aos médicos generalistas no Programa de Saúde da Família no Brasil.

$$R = \frac{\text{Número de desligamentos no período}}{\text{Número total de funcionários no final do período}} \times 100 \quad (1)$$

Os parâmetros considerados por Campos e Malik (2008) nos resultados encontrados foram classificados em: de 0 a 25% ao ano, adequada; de 25% a 50% ao ano, ruim; acima de 50% ao ano, crítica.

Para Chiavenato (2004b), o indicador de rotatividade baseia-se na quantidade de entradas e saídas de pessoas em relação ao número de pessoas disponíveis na organização, em um determinado espaço de tempo e apresentado em índices percentuais.

No cálculo de rotatividade estabelecido por Chiavenato (2004b), para ser utilizado no planejamento e administração de pessoal, a equação diferencia-se da equação proposta por Campos e Malik (2008), como pode ser analisado a seguir:

$$\text{Índice de Rotatividade de Pessoal} = \frac{\frac{A+D}{2} \times 100}{EM} \quad (2)$$

Onde:

A = admissões de pessoal dentro do período de considerado (entradas).

D = desligamentos de pessoal (tanto por iniciativa da empresa como por iniciativa dos empregados) dentro do período considerado (saídas).

EM = efetivo médio dentro do período considerado. Pode ser obtido pela soma dos efetivos existentes no início e no final do período, dividida por dois.

Com base nos parâmetros considerados pelos autores, nas duas equações nota-se a diferença na sua metodologia de estruturação dos dados. Mas, ao apurar o índice de rotatividade de recursos humanos, verifica-se que nas duas equações o indicador de rotatividade expressa um índice percentual de funcionários que participam da organização em relação à média dos funcionários.

No índice proposto por Chiavenato (2004a), quando o resultado for 5% de rotatividade de recursos humanos, a organização trabalha com apenas 95% de seu quadro total de funcionários, durante o período avaliado. Se a organização necessitar de 100% de seus funcionários em determinado período, deverá providenciar a contratação dos 5% apontados pelo índice.

Devido à metodologia do cálculo apresentado por Chiavenato (2004a) ser o mesmo utilizado pela empresa prestadora dos serviços de higiene e limpeza foco da análise deste estudo, este foi considerado na apuração do índice desta pesquisa.

1.6 Absenteísmo

O absenteísmo que também pode ser tratado como ausentismo, é utilizado para determinar as faltas ou ausências ao trabalho dos por parte dos empregados. De uma forma mais abrangente, pode ser considerado como a totalização dos períodos nos quais os empregados não se encontram no trabalho, como por exemplo, falta, atraso ou devido a algum motivo particular (CHIAVENATO, 2004a).

No diagnóstico das causas do absenteísmo, verificam-se vários motivos relacionados com sua ocorrência, sendo necessário realizar pesquisas *in loco* para conseguir identificar os motivos, tipos, qualidade, tamanho e repercussão do absenteísmo na produtividade.

O absenteísmo ocorre sempre que o funcionário se ausenta por um período no qual deveria desempenhar normalmente seu trabalho. O empregado muitas vezes não é a causa do absenteísmo, sendo muitas vezes a organização a responsável através de falta de motivação, problemas na supervisão, tarefas rotineiras, falta de estímulo, condições inadequadas de trabalho, precariedade na integração do empregado à organização e impactos psicológicos causados por atitudes e políticas inadequadas de gestão de pessoas (CHIAVENATO, 2004a; CHIAVENATO, 2004b).

Segundo Chiavenato (2004a), as causas do absenteísmo podem ser classificadas em:

1. Doença com comprovação efetiva;
2. Doença sem comprovação;
3. Motivos diversos de origem familiar;
4. Atrasos voluntários causados por motivos relevantes;
5. Faltas voluntárias por causas de caráter pessoal;
6. Dificuldades financeiras;
7. Dificuldades de transporte;
8. Falta de motivação na execução do trabalho;
9. Chefia com atuação inadequada;

10. Inadequação nas políticas organizacionais.

Para identificar as causas do absenteísmo seria preciso estabelecer o perfil sócio-econômico, para identificar os aspectos externos ao trabalho que influenciam nas causas do absenteísmo. Neste trabalho foram consideradas as características a seguir:

Origem: Doença sem ou com comprovação, motivos diversos de origem familiar, faltas voluntárias por causas de caráter pessoal, dificuldades financeiras, dificuldades de transporte e falta de motivação na execução do trabalho;

Idade: doença, atrasos voluntários, faltas voluntárias e falta de motivação;

Sexo: doença, motivos diversos de origem familiar, atrasos voluntários, faltas voluntárias e falta de motivação;

Nível de escolaridade: faltas voluntárias por causas de caráter pessoal, dificuldades financeiras, dificuldades de transporte, falta de motivação na execução do trabalho e chefia com atuação inadequada;

Estado civil: doença sem comprovação, motivos diversos de origem familiar, atrasos voluntários causados por motivos relevantes, faltas voluntárias por causas de caráter pessoal, dificuldades financeiras, dificuldades de transporte, falta de motivação na execução do trabalho e chefia com atuação inadequada;

Renda mensal média familiar: faltas voluntárias por causas de caráter pessoal, dificuldades financeiras, falta de motivação na execução do trabalho, dificuldades de transporte.

Experiência no trabalho: chefia com atuação inadequada, falta de motivação na execução do trabalho, faltas voluntárias por causas de caráter pessoal, motivos diversos de origem familiar e doença sem comprovação.

Para diversos pesquisadores, tais como: Azevedo (2000), Andrade e Monteiro (2013), Félix (2008), Silva e Loreto (2013), Brito e Marra (2010) e Martins et al (2013) tais características sócio-econômicas podem interferir na qualidade do serviço, assim como no absenteísmo e no *turnover*.

Segundo Cobêro e Godoy (2014), o índice de absenteísmo é tão importante quanto o índice de rotatividade, porque o referido índice é o termômetro de ausências no trabalho, que também quer dizer, redução na carga-horária de trabalho e conseqüentemente na produção.

Portanto, é necessário analisar cuidadosamente os pequenos atrasos, faltas ou saídas durante o expediente de trabalho, pois somadas num todo, certamente significam uma perda imensa no final de cada mês, ou no final de cada ano.

1.6.1 Cálculo do índice de absenteísmo

O absenteísmo pode ser calculado para obtenção de um índice que reflete a percentagem do tempo não trabalhado em decorrência das ausências em relação ao volume de atividade esperada ou planejada (CHIAVENATO, 2004a).

Nestes termos, o índice pode ser calculado pela seguinte fórmula:

$$\text{Índice de Absenteísmo} = \frac{\frac{\text{Número de homens}}{\text{Dias perdidos por ausência no trabalho}}}{\text{Efetivo médio} \times \text{número de dias de trabalho}} \times 100 \quad (3)$$

Entretanto, na equação apresentada somente é levado em consideração homens/dias de ausência em relação aos homens/dias de trabalho. E não são apuradas as ausências de meios dias e os atrasos dos funcionários. Muitas organizações buscam melhorar e aprimorar o cálculo do absenteísmo por meio da inclusão de atrasos e meias-faltas, trocando dias por horas por meio da seguinte equação:

$$\text{Índice de Absenteísmo} = \frac{\frac{\text{Total de homens}}{\text{Horas perdidas}}}{\frac{\text{Total de homens}}{\text{Horas trabalhadas}}} \times 100 \quad (4)$$

Na fórmula apresentada por Chiavenato (2004a), o número de dias de trabalho perdidos no período deve ser encontrado por meio da soma dos dias de todos os atestados médicos, com base nos dias de calendário e excluído as horas de trabalho perdidas. Em seguida, deve ser encontrado o número programado de dias de trabalho no período, ou seja, os dias em que o trabalhador deveria cumprir sua carga horária. Durante o levantamento dos dados, o pesquisador deve observar nos atestados apenas o absenteísmo-doença, excluindo licenças médicas por gestação (absenteísmo-legal) e acidentes de trabalho.

Para o autor, os dados devem considerar um período de tempo (semana, mês ou ano). Mas, várias empresas adotaram sua metodologia para calcular o índice, diariamente, para comparações dos dias da semana.

Silva e Marziale (2006), identificaram o índice de absenteísmo-doença entre os trabalhadores de enfermagem do hospital universitário por meio de duas fórmulas, sendo calcular o Índice de Frequência (If) e a Porcentagem de Tempo Perdido (Tp).

$$\text{Índice de Frequência} = \frac{\text{Número de licenças no período}}{\text{Efetivo médio do período}} \quad (5)$$

$$\text{Porcentagem de tempo perdido} = \frac{\text{Número de dias de trabalho perdidos no período}}{\text{Número de dias programados no período}} \times 100 \quad (6)$$

Com base na fórmula utilizada por Silva e Marziale (2006), verifica-se que o número de licenças no período, se refere ao número de atestados médicos apresentados, enquanto que o efetivo médio do período é representado pelo número de trabalhadores que deveriam estar trabalhando no período. Nessa etapa, devem ser excluídas as ausências previstas (férias, abonos e licenças especiais). Enquanto que, na apuração do efetivo médio do mês deve-se multiplicar o número de dias do calendário e subtrair os dias referentes aos que estão de férias.

Devido à metodologia do cálculo do absenteísmo apresentado por Chiavenato (2004a), ser o mesmo utilizado pela empresa prestadora dos serviços de higiene e limpeza, objeto deste estudo, este foi considerado na apuração do índice desta pesquisa.

1.6.2 Como interpretar o índice de absenteísmo

Conforme Chiavenato (2003), a escolha do índice mais adequado depende da finalidade com que se pretenda utilizá-lo. O índice pode ser utilizado apenas para estabelecer o planejamento de recursos humanos, nesse caso, o indicador aponta o percentual da força de trabalho que, apesar de existir na organização, deixou de ser aplicada em dado período. Se o índice foi de 5% no mês, isto significa que apenas 95% da força de trabalho foram aplicadas no período. Se a organização pretende 100% dos homens/horas de trabalho, ela precisa de um adicional de 5% de pessoal para compensar o absenteísmo no período. E o custo adicional de 5% de excedentes poderia ser produtivamente utilizado na remoção das custas do absenteísmo (CHIAVENATO, 2004a; CHIAVENATO, 2004b).

2. OBJETIVOS

O objetivo geral é avaliar a qualidade dos serviços terceirizados de higiene e limpeza no Hospital das Clínicas da FMRP – USP Campus. Foram estabelecidos os objetivos específicos:

Avaliar a qualidade dos serviços prestados de acordo com os parâmetros estabelecidos no Caderno de Terceirização (CadTerc) para contratação do serviço de Higiene e Limpeza conforme Estudos Técnicos de Serviços Terceirizados do Governo do Estado de São Paulo.

Avaliar o grau de satisfação dos diretores da Divisão da Enfermagem em relação à realização das rotinas nas áreas terceirizadas de higiene e limpeza do HCRP-USP.

Avaliar o índice de absenteísmo e *turnover* no serviço terceirizado de higiene e limpeza do HCRP (Campus).

Avaliar o perfil socioeconômico dos trabalhadores da equipe de prestadores de serviço terceirizado de higiene e limpeza do HCFMRP-USP (Campus).

3. METODOLOGIA

A fim de atingir os objetivos propostos, o estudo é composto por uma pesquisa exploratória, pois, segundo Malhotra (2006), busca entender as razões e motivações subentendidas para determinadas atitudes e comportamentos das pessoas. Ela é frequentemente utilizada na geração de hipóteses e na identificação de variáveis que devem ser incluídas na pesquisa.

A técnica é bibliográfica, pois será desenvolvida a partir de fontes secundárias de pesquisa (livros e artigos científicos). Trata-se também de um estudo de campo, pois há interesse prático para que seus resultados sejam aplicados ou utilizados na solução de problemas que ocorrem na realidade (MARCONI; LAKATOS, 2007).

Segundo Silva e Silva (2009, p. 395) “tal modalidade envolve a utilização de estudos e coleção de uma variedade de materiais empíricos, tais como experiência pessoal, introspecção, história de vida, entrevista, observação, interações, dentre outros”. Assim foram analisados vários ângulos que influenciaram o objeto e direcionaram ao fenômeno contemporâneo.

Com base em referencial teórico ou até mesmo de materiais empíricos, é possível na pesquisa qualitativa a descrição de rotinas, dos problemas ou mesmo de significados individuais de um determinado assunto ou fato na vida do sujeito (SILVA; SILVA, 2009). As técnicas de coleta de dados utilizadas foram as de documentação indireta e direta.

Visa descrever as avaliações realizadas por uma instituição pública acerca dos serviços prestados por uma empresa terceirizada de higiene e limpeza, com abordagem quali-quantitativa.

3.1 Coleta de dados

A coleta indireta de dados foi realizada através de pesquisa documental aos arquivos do HCFMRP-USP (Processos 347/2010, 349/2010 e 2636/2014), para obtenção das informações históricas que desencadearam os objetos desse estudo.

Basicamente foram analisados os contratos de terceirização, dados apurados nos *checklists* utilizados na avaliação dos serviços, levantamento de índices de absenteísmo e *turnover* do SHL junto à empresa terceirizada e de pesquisa bibliográfica da literatura pertinente.

A coleta de dados direta foi realizada através de observação das rotinas existentes nas áreas estudadas, entrevistas com dois grupos de respondentes, da empresa terceirizada e dos diretores de enfermagem do HCRP.

Para medir os índices de absenteísmo e *turnover* nos anos de 2012, 2013 e 2014 foram utilizadas as escalas funcionais mensais de frequência da empresa terceirizada, e conferidas pelo SHL do HCRP (apresentada na tabela 8).

O índice de absenteísmo (IA) foi calculado com base na fórmula proposta por Chiavenato (2004).

Posteriormente foram elaborados dois questionários, sendo: um questionário aplicado ao grupo de respondentes de Diretores da Divisão de Enfermagem do HCFMRP-USP (Anexo A) cuja finalidade foi medir a satisfação destes com os serviços prestados pela terceirizada. Assim como o absenteísmo e *turnover* por meio das escalas funcionais mensais de frequência da empresa terceirizada e conferidas pelo SHL do HCRP.

O segundo questionário foi aplicado ao grupo de respondentes funcionários da empresa terceirizada (Anexo B), com a finalidade de analisar os aspectos sócio-econômicos dos prestadores de serviço do HCFMRP-USP Campus e, traçar o seu perfil.

3.2 Amostragem

A avaliação da qualidade dos serviços de limpeza foi realizada duas vezes por semana, tendo como ferramenta o questionário. Participaram da avaliação, um representante da empresa terceirizada e um representante do SHL do HCFMRP-USP (avaliadores).

3.3 Questionário

Segundo Malhotra (2006), a coleta e a interpretação de dados nos estudos organizacionais brasileiros estão condicionadas às abordagens teórico-metodológicas utilizadas. As técnicas mais utilizadas para a coleta de dados são: a entrevista semiestruturada e o questionário fechado (survey).

O objetivo da pesquisa é avaliar a qualidade dos serviços terceirizados de higiene e limpeza no Hospital das Clínicas da FMRP – USP Campus, por meio da

técnica da observação assistemática e de dois questionários estruturados fechados, aplicado aos Diretores da Divisão de Enfermagem do HCFMRP-USP e aos funcionários da empresa terceirizada.

Na realização da pesquisa foi utilizado o questionário estruturado fechado, pois permite a utilização de perguntas fechadas, além de delimitar o volume das informações que serão coletadas. O pesquisador consegue direcionar o tema e fazendo intervenção quando os objetivos forem alcançados.

O questionário aplicado de forma estruturada e fechado permite um dispêndio menor de tempo para sua aplicação e, reduz os vieses potenciais para o pesquisador (COOK; WRIGHTSMAN, 2005).

Segundo Marconi e Lakatos (2007), o questionário é um dos instrumentos essenciais para investigação social cujo sistema de coleta de dados consiste em obter informações.

Considerou-se que esta pesquisa pode abranger a maioria dos funcionários da terceirizada que atuam no HC, tendo em vista, é uma oportunidade para refletir sobre as ações que devem ser adotadas para o fortalecimento dos serviços de higiene e limpeza prestados no Hospital das Clínicas da FMRP – USP Campus pela equipe terceirizada, para incentivar o relacionamento interpessoal.

3.4 Medição

3.4.1 Qualidade

Os avaliadores seguiram o roteiro estabelecido pelo Cadterc (modelo de planilha para avaliação da qualidade nas Unidades) – volume 07 – Limpeza Hospitalar (disponível em www.cadterc.sp.gov.br), onde foram avaliados os parâmetros indicados nos Módulos A, B, C e D abaixo, descritos em detalhes no Anexo A.

Módulos	Descrição
Módulo A.1	Carro de limpeza
Módulo A.2	Produtos de limpeza
Módulo A.3	Técnicas de limpeza
Módulo B.1	Quantidade – Equipe Fixa
Módulo B.2	Apresentação – uniformização
Módulo B.3	Equipamento de Proteção individual
Módulo C.1	Cumprimento do cronograma e atividades

Módulo D.1	Acessórios Sanitários
Módulo D.2	Aparelhos Telefônicos
Módulo D.3	Bebedouro Geladeira
Módulo D.4	Áreas e Box de banho
Módulo D.5	Extintores – quadros em geral
Módulo D.6	Lavatórios
Módulo D.7	Móveis
Módulo D.8	Parede
Módulo D.9	Persianas telas e janelas
Módulo D.10	Pias – Cubas
Módulo D.11	Piso rodapé e escadas
Módulo D.12	Porta – batentes – maçanetas
Módulo D.13	Recipiente resíduos (lixeira)
Módulo D.14	Saídas ar condicionado ventilador TV
Módulo D.15	Tubulação aparente
Módulo D.16	Teto
Módulo D.17	Vidros

Quadro 1 - Parâmetros avaliados em cada módulo

Cada item dos módulos tem pontuação de 0 (zero) a 3 (três), de acordo com a qualidade do serviço (Tabela 1 – Cadterc item I).

Pontuação	Qualidade
3	MUITO BOM
2	BOM
1	REGULAR
0	PÉSSIMO

Tabela 1 – Pontuação de acordo com a qualidade
Fonte: Cadterc

A pontuação total do Módulo é ponderada de acordo com a importância do quesito, conforme Tabela 2.

Módulo	Pontos (Obtidos na Avaliação)	X (Veze o Peso)	Total Obtido
A		0,15	
B		0,15	
C		0,20	
D		0,50	

Tabela 2 – Total da pontuação dos módulos
Fonte: Cadterc

O total obtido em cada avaliação é transportado para a ficha de liberação da fatura, conforme abaixo, sendo que, nela é colocada a média das 08 (oito) avaliações realizadas.

VALORES TRANSPORTADOS DAS FICHAS DE AVALIAÇÕES	
Avaliação nº 1	
Avaliação nº 2	
Avaliação nº 3	
Avaliação nº 4	
Avaliação nº 5	
Avaliação nº 6	
Avaliação nº 7	
Avaliação nº 8	
Média das Avaliações	

Tabela 3 – Totalização das avaliações
Fonte: Processos HCFMRP

Atrelado à média apurada das avaliações soma-se a pontuação obtida no item Contingente Operacional, cuja apuração se dá através da média diária dos funcionários operacionais presentes no mês, que deverá ser dividido pelo contingente estipulado pela empresa terceirizada no contrato, e multiplicado por 100. Segue exemplo na Tabela 4.

CÁLCULO DO CONTINGENTE OPERACIONAL	
Contingente mínimo estipulado em contrato	44 funcionários = 100 pontos
Média de servidores dia, conforme escala	39 funcionários = 88 pontos

Tabela 4 – Exemplo de cálculo do contingente operacional
Fonte: Cadterc

As duas totalizações são transcritas para a tabela 5, conforme abaixo:

ITEM	PONTUAÇÃO MÁXIMA	DIVISOR	RESULTADO FINAL
Resultado das Avaliações		0,50	
Contingente de Operacionais		0,50	
VALOR FINAL PARA FATURA =			

Tabela 5 – Totalização da prestação dos serviços
Fonte: Cadterc

A pontuação máxima considerando o somatório das avaliações (Módulos A + B + C + D) e o contingente operacional equivale a 674 pontos.

Esta pontuação é utilizada para efeitos de autorização de pagamento e posterior liberação da fatura, conforme Tabela 6:

Critérios			Pontuação			
LIBERAÇÃO DE	100 %	DA FATURA	DE: 500	A	674	PONTOS
LIBERAÇÃO DE	95 %	DA FATURA	DE: 400	A	499	PONTOS
LIBERAÇÃO DE	90 %	DA FATURA	DE: 350	A	399	PONTOS
LIBERAÇÃO DE	80 %	DA FATURA	DE: 300	A	349	PONTOS
LIBERAÇÃO DE	75 %	DA FATURA	ABAIXO DE:		299	PONTOS

Tabela 6 – Pontuação para liberação da fatura
Fonte: Cadterc

Com base nos critérios citados na Tabela 6 foi elaborada uma classificação de qualidade (Tabela 7):

Qualidade dos Serviços Prestados	
De 500 a 674 pontos	Muito Bom
De 400 a 499 pontos	Bom
De 350 a 399 pontos	Adequado
De 300 a 349 pontos	Ruim
Abaixo de 299 pontos	Péssimo

Tabela 7 – Apuração da qualidade dos serviços prestados
Fonte: Elaborado pelo pesquisador

Os resultados destas avaliações periódicas encontram-se anexados ao Processo 347/2010 (Ambulatórios) folhas 122 a 131, e Processo 349/2010 (Enfermarias) folhas 334 a 343.

3.4.2 Satisfação

Para avaliar o grau de satisfação com relação às rotinas de limpeza realizadas pelos funcionários da empresa terceirizada, foram aplicados questionários aos diretores dos 30 serviços da Divisão de Enfermagem do HCFMRP-USP.

O critério de inclusão de cada diretor foi o de possuir no mínimo 03 meses no cargo de direção de serviço ou coordenação na Divisão de Enfermagem do Hospital das Clínicas, e todos os diretores que atendiam aos critérios de inclusão foram convidados a participar.

Os questionários foram aplicados no período de 09 a 17 de outubro de 2014, conforme Apêndice A e perante Termo de Consentimento livre e esclarecido conforme Apêndice B.

podem interferir na qualidade do serviço, assim como no absenteísmo e no *turnover*. Neste trabalho foram consideradas as características a seguir:

- Origem (cidade que nasceu);
- Idade;
- Sexo;
- Nível de escolaridade;
- Estado civil;
- Tipo de residência familiar;
- Número de cômodos na residência;
- Composição familiar;
- Quantidade de filhos;
- Quem cuida dos filhos durante a ausência;
- Pessoas empregadas na família;
- Responsável pelo sustento da família;
- Renda mensal média da família;
- A maior necessidade da família hoje;
- Uso do cigarro entre os familiares;
- Rotina de alimentação;
- Número de refeições diárias;
- Alimentação durante o tempo em que permanece no local de trabalho;
- Exerce outra atividade além da limpeza;
- Quantidade de horas que permanece dormindo;
- Experiência no exercício do cargo na área de higiene e limpeza hospitalar;
- Expectativas/esperança a respeito do trabalho realizado.

Os questionários foram aplicados no período de 01 a 26 de setembro de 2014 conforme Apêndice C e perante Termo de Consentimento livre e esclarecido conforme Apêndice D.

Os dados foram tabulados e apresentados no item 4.4 Perfil socioeconômico dos trabalhadores da equipe terceirizada de higiene e limpeza.

3.4.4 Aspectos Éticos

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP (conforme Anexo B) e posteriormente obteve autorização para as aplicações dos questionários.

3.5 Análise dos Resultados

3.5.1 Pesquisa de qualidade do serviço

Na pesquisa de qualidade do serviço foram analisados os valores de pontuação recebidos pela avaliação dos serviços no Processo 347/2010 referente ao Ambulatório e 349/2010 referente às Enfermarias durante o período de estudo, utilizando-se os critérios do Cadterc (conforme apresentado nas tabelas 9 e 10).

3.5.2 Pesquisa de satisfação

Para comparar os resultados encontrados nas avaliações realizadas no critério do Cadterc, foi elaborado o questionário (Apêndice A) para medir o grau de satisfação dos diretores de enfermagem, composto por 30 diretores da Divisão de Enfermagem. Estes foram convidados a participar da pesquisa e 23 (76%) responderam ao questionário.

Os funcionários que não aceitaram participar alegavam não ter interesse na pesquisa.

Do total de respondentes (23) todos trabalham na Instituição há mais de 04 anos, e todos tinham conhecimento da terceirização deste serviço.

3.5.3 Avaliação socioeconômica

Segundo os critérios de inclusão estabelecidos, a população de estudo foi composta por 96 funcionários terceirizados do Serviço de Higiene e Limpeza. Estes foram convidados a participar da pesquisa e 69 (71%) responderam ao questionário.

Os funcionários que não aceitaram participar alegavam que tinham muitas rotinas e não tinham tempo para responder ao questionário, pois isto prejudicaria suas atividades.

3.5.4 Índices de absenteísmo e *turnover*

Foram apurados os índices de absenteísmo e *turnover* e representados graficamente. Primeiramente, foram levantados os índices médios de absenteísmo do SHL terceirizado, nos anos de 2012, 2013 e 2014 referentes às enfermarias e ambulatório (Conforme apresentado no Gráfico 6 - Absenteísmo médio dos funcionários terceirizados do SHL do HCFMRP – enfermarias e ambulatório de 2012

a 2014), onde foi possível identificar a ocorrência de oscilações do IA ao longo dos anos.

Posteriormente foram levantados e tabulados os índices médios de *turnover* - IT das Enfermarias e Ambulatório e representados graficamente (conforme apresentado no Gráfico 7 - *Turnover* médio dos funcionários terceirizados do SHL das enfermarias e ambulatório de 2012 à 2014).

Conforme mencionado anteriormente, o índice de absenteísmo (IA) foi calculado com base na fórmula proposta por Chiavenato (2004).

Os dados foram tabulados em planilhas do *Google Drive* e a análise realizada mediante tabelas descritivas e gráficos.

3.6 Etapas da Pesquisa

A pesquisa foi realizada de acordo com as seguintes etapas:

Revisão bibliográfica – por ser um estudo com base teórica, foram realizadas buscas na literatura para verificar possíveis dados complementares;

Pesquisa documental – por utilizar fontes secundárias de pesquisa pertencentes ao HCFMRP-USP Campus, com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP;

Elaboração do questionário – de acordo com as definições e variáveis obtidas na literatura, sendo dois questionários estruturados fechados;

Coleta de dados primários – primeira etapa – realizado pelo autor junto aos Diretores do Ambulatório e das Enfermarias para obter as variáveis utilizadas na pesquisa de qualidade do serviço.

Coleta de dados primários – segunda etapa – realizado pelo autor junto aos diretores da Divisão de Enfermagem com a finalidade de medir o grau de satisfação dos diretores de enfermagem e obter as variáveis utilizadas na pesquisa de satisfação.

Coleta de dados primários – terceira etapa – realizado pelo autor aos 96 funcionários terceirizados do Serviço de Higiene e Limpeza, para obter as variáveis utilizadas na pesquisa socioeconômica.

Tabulação dos dados coletados: levantamento dos dados coletados e sua interpretação, estruturados no item resultados e discussão em cinco etapas, sendo:

Qualidade dos serviços prestados de acordo com parâmetros estabelecidos no Cadterc;

Grau de Satisfação dos Diretores de Enfermagem;

Índice de Absenteísmo – IA e Índice de *Turnover* – IT no SHL terceirizado do HCRP-USP;

Perfil socioeconômico dos trabalhadores da equipe terceirizada de higiene e limpeza;

Discussão geral.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Qualidade dos serviços prestados de acordo com parâmetros estabelecidos no Cadterc

Nas Tabelas 9 e 10 encontram-se os valores de pontuação recebidos pela avaliação dos serviços no Processo 347/2010 referente ao Ambulatório, e 349/2010 referente às Enfermarias durante o período de estudo, utilizando-se os critérios do Cadterc.

A partir de Agosto de 2014 entrou em vigor um único contrato (2636/2014) em substituição aos anteriores (347/2010 e 349/2010). Portanto, os valores a partir de agosto de 2014 estão repetidos em ambas as tabelas.

Período	2012		2013		2014	
	Pontuação	Avaliação	Pontuação	Avaliação	Pontuação	Avaliação
Janeiro	530	Muito Bom	526	Muito Bom	538	Muito Bom
Fevereiro	512	Muito Bom	534	Muito Bom	544	Muito Bom
Março	504	Muito Bom	520	Muito Bom	528	Muito Bom
Abril	526	Muito Bom	508	Muito Bom	538	Muito Bom
Maio	534	Muito Bom	506	Muito Bom	506	Muito Bom
Junho	516	Muito Bom	522	Muito Bom	512	Muito Bom
Julho	472	Bom	500	Muito Bom	518	Muito Bom
Agosto	522	Muito Bom	476	Bom	508*	Muito Bom
Setembro	508	Muito Bom	524	Muito Bom	510	Muito Bom
Outubro	476	Bom	556	Muito Bom	512	Muito Bom
Novembro	502	Muito Bom	560	Muito Bom	552	Muito Bom
Dezembro	524	Muito Bom	530	Muito Bom	504	Muito Bom

Tabela 9 - Pontuação das avaliações do SHL no ambulatório do HCFMRP - USP

Como é possível observar nas tabelas 9 e 10, as avaliações realizadas pelo SHL, mostram em 03 anos (36 meses) uma pontuação que resulta predominantemente em Muito Bom ou Bom. Em apenas 03 avaliações foram obtidas as notas “Bom”, e na tabela 10 em apenas 02 casos.

Período	2012		2013		2014	
	Pontuação	Avaliação	Pontuação	Avaliação	Pontuação	Avaliação
Janeiro	534	Muito Bom	530	Muito Bom	502	Muito Bom
Fevereiro	540	Muito Bom	536	Muito Bom	508	Muito Bom
Março	526	Muito Bom	538	Muito Bom	512	Muito Bom
Abril	518	Muito Bom	542	Muito Bom	506	Muito Bom
Maiο	512	Muito Bom	528	Muito Bom	500	Muito Bom
Junho	516	Muito Bom	534	Muito Bom	520	Muito Bom
Julho	498	Bom	506	Muito Bom	502	Muito Bom
Agosto	506	Muito Bom	492	Bom	508*	Muito Bom
Setembro	500	Muito Bom	504	Muito Bom	510	Muito Bom
Outubro	502	Muito Bom	502	Muito Bom	512	Muito Bom
Novembro	528	Muito Bom	534	Muito Bom	552	Muito Bom
Dezembro	526	Muito Bom	506	Muito Bom	504	Muito Bom

Tabela 10 – Pontuação das avaliações do SHL nas enfermarias do HCFMRP-USP

Estes resultados indicam, segundo as avaliações realizadas com base nos critérios do Cadterc, que o serviço foi realizado de maneira esperada e atingindo um padrão desejado de qualidade.

4.2 Grau de Satisfação dos Diretores de Enfermagem

Para os critérios de inclusão estabelecidos, a população de estudo foi composta por 30 diretores da Divisão de Enfermagem. Estes foram convidados a participar da pesquisa e 23 (76%) responderam ao questionário. Os funcionários que não aceitaram participar alegavam não ter interesse na pesquisa.

Do total de respondentes (23) todos trabalham na Instituição há mais de 04 anos, e todos tinham conhecimento da terceirização deste serviço.

Conforme apresenta o Gráfico 01, em relação à avaliação dos diretores da Divisão de Enfermagem, constata-se que 14 respondentes (61%) avaliam como ruim. Esse dado não ratifica as avaliações realizadas pelo SHL, onde todas as notas apresentarem Bom ou Muito Bom o que traduz uma discrepância entre a avaliação

feita pelo Hospital tendo como base o Cadterc, e quem efetivamente recebe o serviço, no caso em questão os profissionais de enfermagem, através da direção.

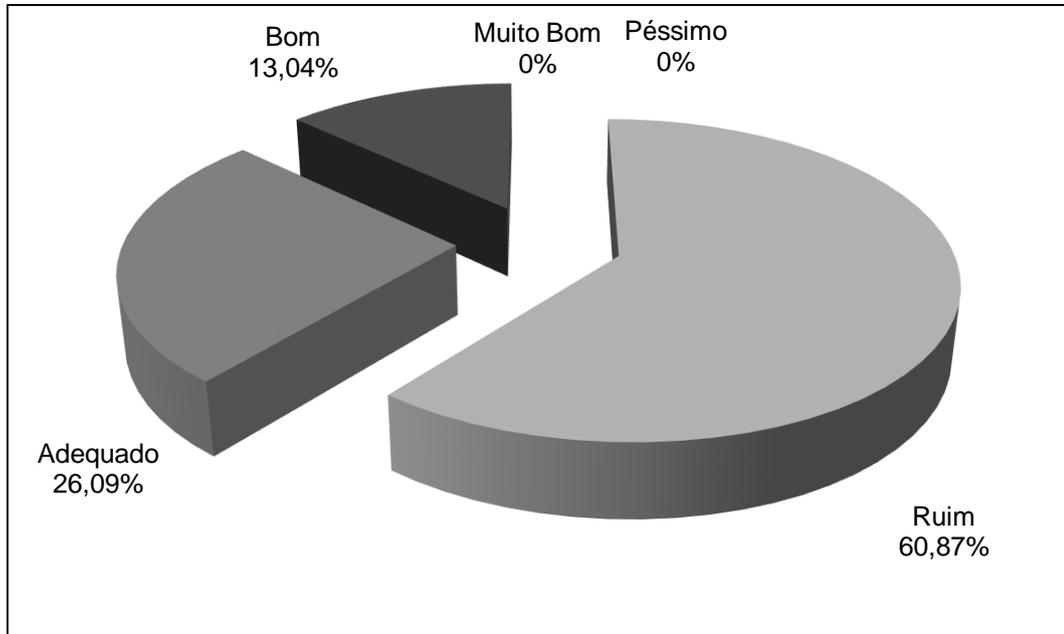


Gráfico 1 – Avaliação do SHL pelos diretores de enfermagem

Conforme tabela 11 podemos observar os aspectos relevantes referentes ao Serviço de Higiene e Limpeza que embasaram a resposta dos Diretores de Enfermagem respondentes conforme apurado no Gráfico 01.

Tipo	Respondentes	Tipo	Respondentes
Uso de EPI	11 (92%)	Falta de Uso de EPI	1 (8%)
Número de Rotinas ¹ Suficientes	1 (5%)	Número de Rotinas Insuficientes	17 (95%)
Rotinas Adequadas	4 (21%)	Rotinas Inadequadas	15 (79%)
Boa Execução das Rotinas	5 (28%)	Execução Ruim das Rotinas	13 (72%)
Técnicas Adequadas na Execução das Rotinas	6 (35%)	Técnicas Inadequadas na Execução das Rotinas	11 (65%)
Material Suficiente para Execução das Rotinas	6 (37%)	Material Insuficiente para Execução das Rotinas	10 (63%)
Comprometimento dos Funcionários Terceirizados	7 (47%)	Falta de comprometimento dos Funcionários Terceirizados	8 (53%)

Tabela 11 – Aspectos relevantes da avaliação da qualidade do SHL

¹ Entende-se por rotinas os procedimentos operacionais (PO's) realizados pelo SHL, e padronizados para o HCFMRP-USP de acordo com a área atendida e período realizado (Anexo1).

¹ Entende-se por rotinas os procedimentos operacionais (PO's) realizados pelo SHL, e padronizados para o HCFMRP-USP de acordo com a área atendida e período realizado (Anexo1).

Com exceção do uso do EPI, que se trata de item obrigatório para realização das rotinas, todos os outros aspectos tiveram avaliação negativa, ou seja, foram apontados como indicadores da falta de qualidade percebida pelos diretores. Realizando uma avaliação mais detalhada dos aspectos avaliados, percebemos que 95% dos respondentes apontaram o número de rotinas como insuficiente. Esse aspecto permite traçar um paralelo entre o contratado pelo Hospital, e o realizado pela terceirizada.

A contratação é obrigatoriamente realizada por metros quadrados e o grau de complexidade da rotina, o que nem sempre é atendido pela terceirizada, pois dependendo a complexidade e rotatividade do atendimento de determinadas unidades, pode gerar uma necessidade maior no número de rotinas. O que foi observado no HCFMRP-USP é que a complexidade dos atendimentos, as características do Hospital por se tratar de um hospital escola, o fluxo alto de usuários diariamente entre outros fatores, contribui para a avaliação feita pelos diretores ser negativa.

O know how da empresa não é suficiente para atender o Hospital. As características do HCFMRP são completamente diferentes dos demais clientes da empresa, pelos fatores apresentados. Outro fator que gera problema para a empresa é o valor praticado pelo Cadterc, que prevê de maneira genérica o que é um hospital. Mesmo após conhecer as características do HCFMRP, a empresa enfrenta dificuldades para manter a saúde financeira e prestar um serviço de qualidade.

O segundo fator de maior relevância apontado com 79% foi de rotinas inadequadas. Esse fator está diretamente ligado aos outros dois apontados, execução ruim das rotinas com 72%, e técnicas inadequadas com 65%. Isso mostra que os recursos utilizados pela empresa estão sendo utilizados de maneira inadequada. Isso pode ter como fatores responsáveis a falta de treinamento adequado, dificuldade de contratação da mão de obra, dificuldade de assimilação dos procedimentos por parte dos funcionários devido ao baixo nível de escolaridade conforme pode ser observado neste trabalho na tabela 14.

O que pode ser observado foi a dificuldade da empresa em desenvolver políticas de RH, que possibilitassem a manutenção e desenvolvimento das pessoas e conseqüentemente a melhoria na realização das atividades.

O último fator apontado, com 53% é a falta de comprometimento dos funcionários da empresa terceirizada. Esse fator está diretamente ligado ao absenteísmo e *turnover*.

Conforme apresenta o Gráfico 02, constata-se que 19 respondentes (82%) avaliam que o relacionamento interpessoal entre os funcionários do Serviço de Higiene e Limpeza é bom ou adequado.

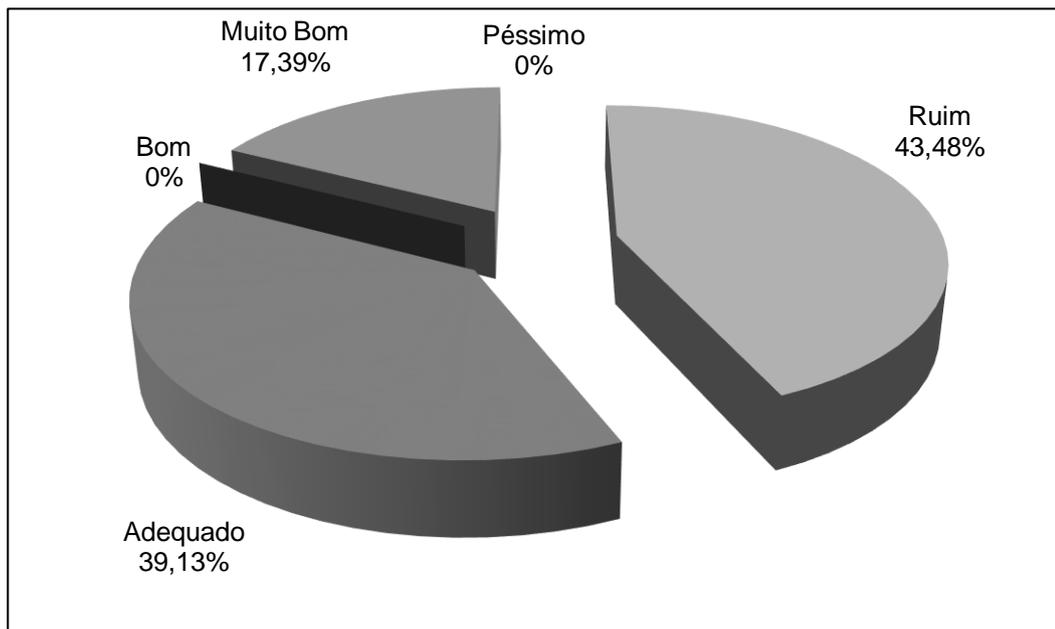


Gráfico 2 - Relacionamento interpessoal entre os funcionários do SHL

É importante destacar que esse resultado chama atenção, pois o dia a dia observado no Hospital, em relação à percepção dos diretores sobre o relacionamento entre os funcionários, é de conflito, constantes discussões e em algumas ocasiões chegando ao desrespeito.

Uma característica observada nos funcionários é a maneira de se comunicar, principalmente nas áreas comuns do Hospital, como jardins, corredores, portarias, muitas vezes realizadas em tom de voz elevado, com gritos constantes e gestos característicos.

Essa situação foi percebida, desde as primeiras contratações, e palestras ministradas pela empresa e pelo Hospital já abordaram esse tema, na tentativa de melhorar essa característica. O que pode ser observado, é que esse tipo de tratamento no relacionamento parece ser natural e aceito, normalmente, pelo grupo

de funcionários, ocorrendo dificuldade dos mesmos em assimilar uma solução onde não conseguem enxergar um problema.

Novamente, a manutenção dos funcionários na equipe pelo maior tempo possível, poderia trazer benefícios e acultramento.

Conforme apresenta o Gráfico 03, constata-se que 21 respondentes (92%) avaliam que o relacionamento interpessoal entre os funcionários do Serviço de Higiene e Limpeza e os demais profissionais da Seção é bom ou adequado.

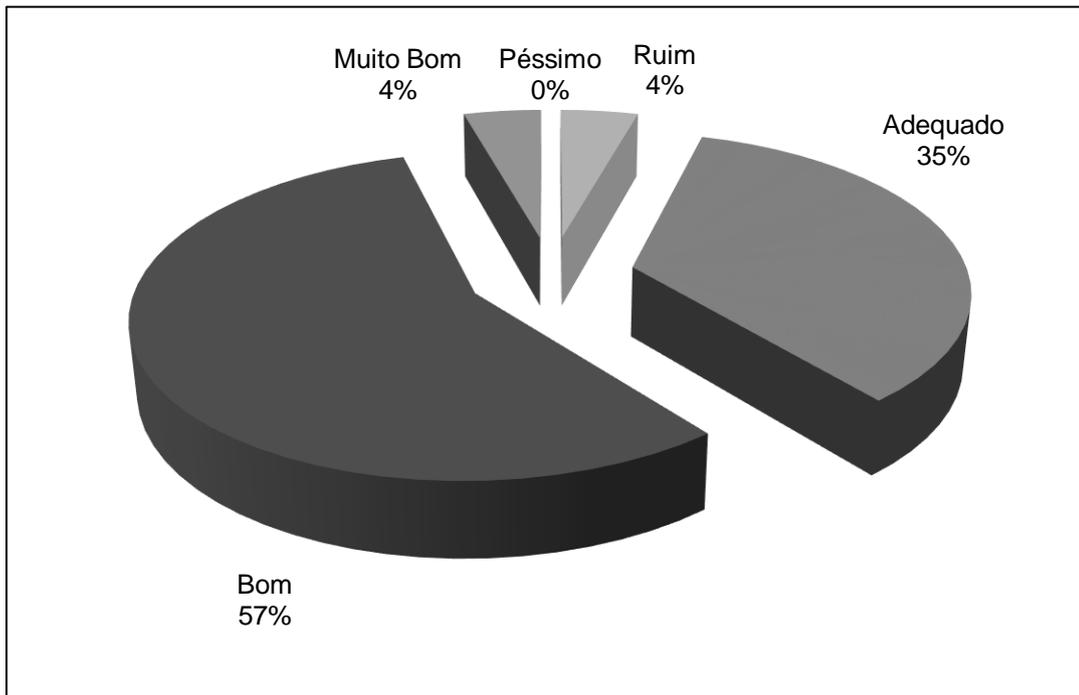


Gráfico 3 – Avaliação pelos diretores de enfermagem do HCFMRP – USP sobre o relacionamento interpessoal entre os funcionários do SHL e os demais profissionais da área.

Esse aspecto é importante, pois mostra que existe uma relação de respeito e cordialidade entre os funcionários da higiene e limpeza e os outros profissionais. Isso é um fator positivo para propostas que poderão ser feitas para melhorar o serviço.

Entretanto, conforme apresentado no Gráfico 04, constatou-se que 10 respondentes (43%) avaliaram que a postura dos funcionários do Serviço de Higiene e Limpeza é ruim. Neste questionamento é importante ressaltar o que foi apontado na discussão do Gráfico 2, pois o tratamento habitual dos funcionários muitas vezes é avaliado como inadequado em vários aspectos, como narrado. Isso gera um conflito na avaliação feita no Gráfico 3, pois muitos fatores apontados como postura

inadequada, refletem diretamente no relacionamento dos funcionários e dos demais profissionais.

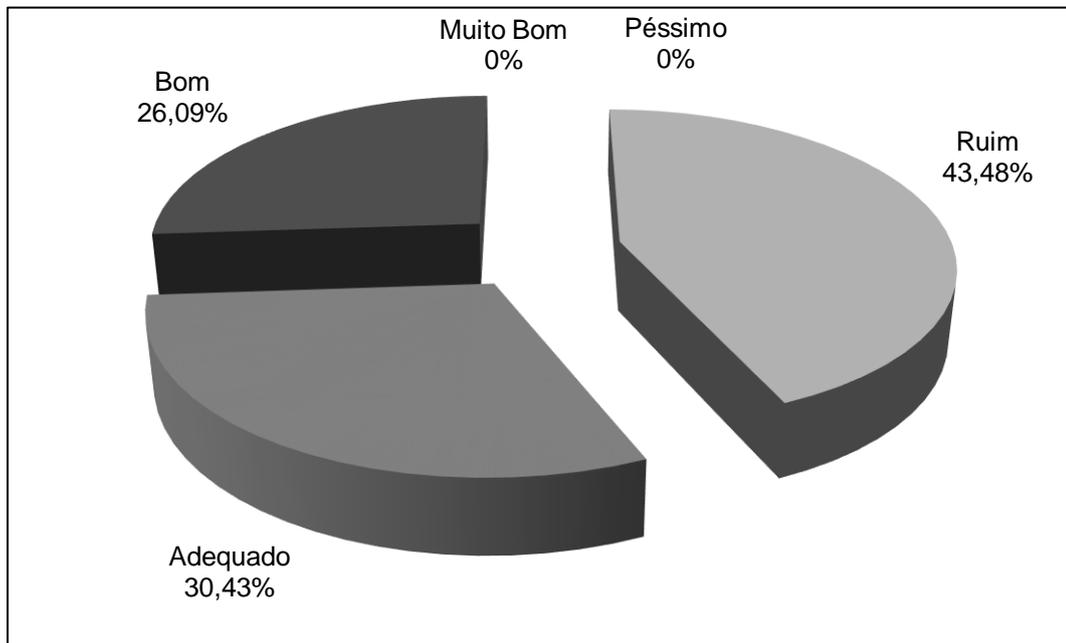


Gráfico 4 - Avaliação pelos diretores de enfermagem do HCFMRP – USP da postura profissional dos funcionários do SHL

Conforme apresentado no Gráfico 5, constatou-se que 12 respondentes (52%) indicaram o número de funcionários do Serviço de Higiene e Limpeza nas respectivas áreas não é suficiente.

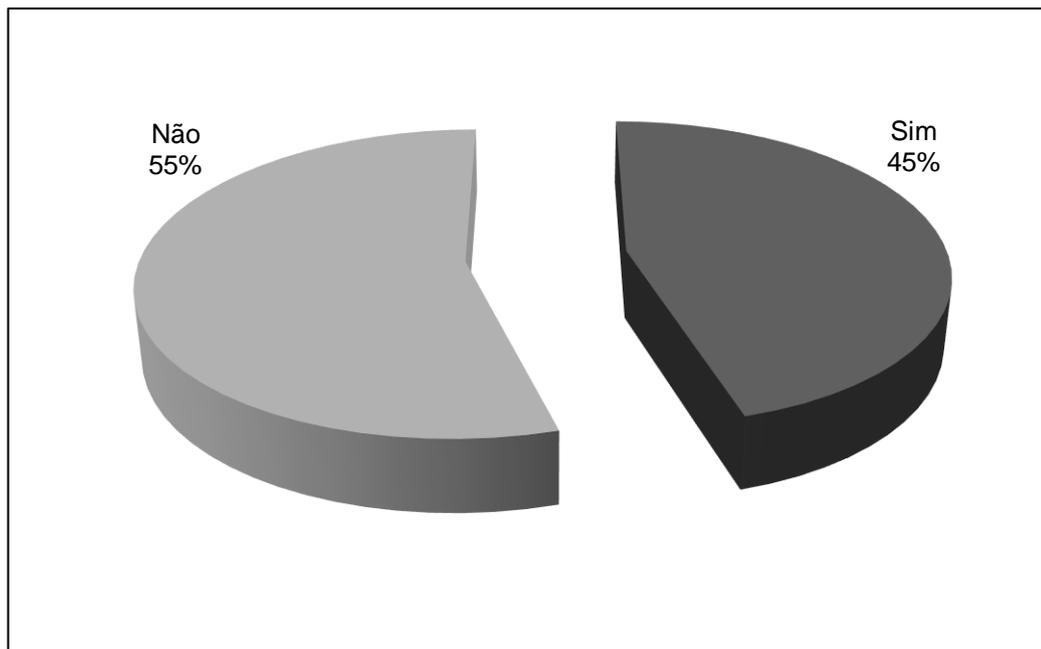


Gráfico 5 – Avaliação pelos diretores de enfermagem do HCFMRP-USP acerca da quantidade adequada ou não de funcionários do SHL nas áreas.

Tendo em vista que o número de funcionários previsto para realização das atividades é um dos itens avaliados pelo SHL e previsto no CADTERC, esta avaliação não está de acordo com a percepção dos Diretores da Enfermagem, pois 52% dos respondentes (12) acreditam que a quantidade de funcionários não é adequada para realização das atividades nas áreas.

Com base nos resultados apurados, os dados históricos (2012-14) demonstraram que as avaliações realizadas pelo SHL no período de três anos (36 meses) atingiram a pontuação necessária para ser avaliado como “muito bom” ou “bom”. Esses resultados nas avaliações do serviço, analisados isoladamente, demonstram que os serviços prestados no Ambulatório e na Enfermaria atingiram o padrão desejado de qualidade preconizado no Cadterc.

Por outro lado, na população de estudo composta por diretores da Divisão de Enfermagem que atuam no Hospital há mais de quatro anos e com conhecimento da terceirização deste serviço, o Serviço de Higiene e Limpeza é ruim para 61% dos diretores de enfermagem, ou seja, há divergência entre os parâmetros indicados nos Módulos A, B, C e D do Cadterc (modelo de planilha para avaliação da qualidade nas Unidades), volume 07, Limpeza Hospitalar, nas avaliações realizadas pelo SHL, pois os dados históricos dos últimos três anos classificaram o serviço realizado pelo SHL ‘Bom’ ou ‘Muito Bom’.

Observar os fatores que influenciam direta e indiretamente no ambiente da organização pública e compará-lo com a empresa privada é essencial para os gestores, já que ser flexível e tomar decisões rápidas para adequar-se ao ambiente externo é um fator crítico de sucesso.

Para tanto, as organizações privadas estabelecem sistemas de gestão apropriados aos objetivos corporativos, com a finalidade de proporcionar eficiência e eficácia na tomada de decisões e, principalmente, na efetividade de seus produtos e serviços prestados.

Para Doig et al. (2001), não se deve esquecer que a terceirização não se trata de uma ação com um fim em si mesmo, mas sim de uma ação estratégica cujo propósito é de melhorar o desempenho final da organização.

Nesse cenário, é primordial ao gestor hospitalar reconhecer os fatores incutidos na gestão de uma empresa prestadora de serviços terceirizados, onde estão empresários posicionados em um ambiente dinâmico, em que a única certeza é ter que se adaptar para superar as mudanças constantes nos cenários

econômicos, sociais e políticos. Já que, no contexto das organizações públicas é diferente, pois os paradigmas se manifestam entre a dinâmica burocracia arraigada com a necessidade de se transformar e inovar (PIRES; MACÊDO, 2006).

O quadro fixo de funcionários de um hospital é composto principalmente por profissionais da área de saúde. Entre eles estão os médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, psicólogos, farmacêuticos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, além de outras categorias de profissionais que dão suporte técnico às atividades daqueles, como engenheiros, administradores, contadores, assistentes sociais, advogados, mecânicos de manutenção de máquinas e de equipamentos, eletricitistas, bombeiros-hidráulicos, além de outros. Acrescidos a estes, estão os trabalhadores terceirizados, compostos basicamente pelos porteiros, vigias e pelo pessoal da limpeza.

Quando 43,48% da amostragem classificam o relacionamento interpessoal entre os funcionários do SHL 'ruim' e a postura profissional dos funcionários do SHL, também 'ruim', demonstra não a insatisfação dos Diretores, mas as diferenças encontradas no ambiente organizacional de uma instituição pública e de outra privada.

O ambiente das organizações representa o conjunto de pessoas que realizam contatos e trocas simbólicas, de forma que consigam interpretar o contexto com que lidam. A interação simbólica entre as pessoas sofre influências diretas e indiretas, seja pelas políticas organizacionais, seja pelos usos e costumes dos membros de um grupo, o que acarretará na mudança do ser humano enquanto está exposto às influências que as pessoas podem ocasionar devido às relações de troca.

A cultura organizacional produz comportamentos funcionais que podem contribuir ou não para o atingimento das metas organizacionais. Pois, da mesma forma que é uma fonte de comportamentos positivos, pode desencadear comportamentos desajustados, com consequências adversas ao sucesso da organização.

A diferença entre a gestão pública e a privada (terceirizada) é a maneira de conduzir as pessoas. Nas empresas públicas o método de seleção aplicado, geralmente é o concurso público, onde o funcionário terá um plano de carreira atrelado aos cargos de confiança que sofrem alterações a cada gestão, onde os treinamentos são constantes, enquanto que na gestão privada, a contratação de pessoas utiliza o processo de seleção por meio da decisão dos responsáveis pela

contratação e, ao longo do tempo de trabalho, os dirigentes decidem pela permanência do funcionário tendo como base a competitividade entre as pessoas.

Quando se compara empregados efetivos com empregados terceirizados, as vantagens diferenciadas usufruídas por empregados efetivos se manifesta na diversidade de tratamento, de condições de trabalho e de aceitação social, dentre outras.

A diversidade implica em desigualdade econômica e social. Neste cenário ressaltam as desigualdades entre os dois grupos de trabalhadores, que estão claramente visíveis na disparidade salarial, e na inexistência de um plano de carreira; além de outros, que estão implícitos, como algumas regalias internas que o terceirizado não tem, como o direito de marcar o período de férias e a obrigatoriedade do uso de uniformes ou crachás (SILVA; LORETO, 2013, p. 6).

Além disso, a característica principal que distingue entre os tipos de gestão adotados para as pessoas é latente, a empresa privada considera a eficiência, produtividade, resultado, lucro, enquanto que nas empresas públicas, o foco da gestão de pessoas está na eficiência dos serviços prestados à população (TAIT; PACHECO, 2010).

Ao deparar-se com os resultados apontados pelos diretores do serviço da Divisão de Enfermagem do HCFMRP-USP quanto ao grau de satisfação em relação às rotinas de limpeza realizadas pelos funcionários da empresa terceirizada pode-se observar que na avaliação realizada pelo Hospital, com base no Cadterc, tanto enfermarias quanto ambulatórios foram bem avaliados, já no questionário aplicado aos Diretores consideraram a eficiência dos serviços prestados pelos funcionários das empresas privadas ruim comparando-os com os serviços prestados pelos funcionários do Hospital.

4.3 Índice de Absenteísmo – IA e Índice de *Turnover* – IT no SHL terceirizado do HCRP-USP

Conforme apresenta o Gráfico 6, constatam-se os índices médios de absenteísmo do SHL terceirizado, nos anos de 2012, 2013 e 2014 referente à enfermarias e ambulatório.

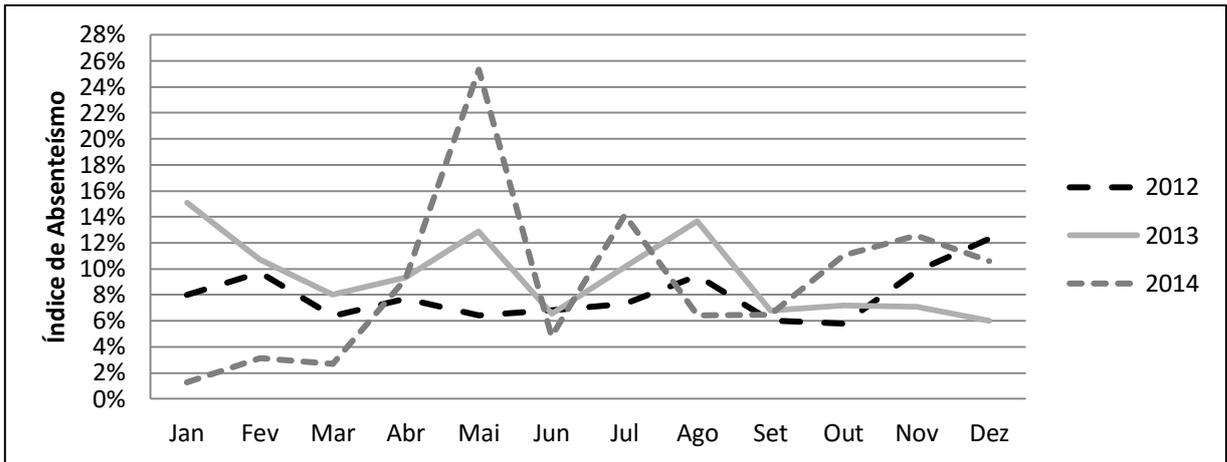


Gráfico 6 – Absenteísmo médio dos funcionários terceirizados do SHL do HCFMRP – enfermarias e ambulatório (de 2012 à 2014)

Fonte: Processos HCFMRP

É possível observar que ocorreram oscilações do IA ao longo dos anos.

No ano de 2012, observa-se que os índices ficaram entre 5,79 % e 8,01%, com média mensal de 7,98%, o que pode ser considerado alto pelos padrões do setor.

Esse índice foi avaliado pelo HCFMRP-USP na época da prestação dos serviços como aceitável, tendo sido considerado pelo Hospital as eventuais dificuldades da empresa em desenvolver políticas de recursos humanos eficientes. Um exemplo que chamou atenção à época, foi a dificuldade dos funcionários do SHL em entender a complexidade das rotinas. Isto poderia ser atribuído ao baixo nível de escolaridade dos funcionários conforme apresentado mais adiante.

Outra possibilidade seria o fato de que havia a cobrança excessiva da chefia para a realização dessas rotinas dentro dos prazos estipulados, o que poderia gerar descontentamento e incentivo ao absenteísmo. Também, segundo a chefia do SHL do Hospital este maior índice de absenteísmo poderia ser atribuído ao período de festas de final de ano referentes à Natal, férias escolares e feriados.

Em 2013, houve um aumento do índice médio de absenteísmo para 9,46%, com um máximo de 15,46 % em janeiro, atribuídos, também ao período pós-festas, em que muitos funcionários buscam realocações em outros serviços. Como pode ser analisado no gráfico 6, o índice foi o segundo maior observado em todo período estudado.

O aumento de 1,48% em relação ao ano anterior (2012), pode significar a falta de capacidade administrativa da empresa terceirizada em solucionar problemas

de gestão de pessoas. Talvez as políticas de recursos humanos adotadas pela empresa não tenham mostrado nenhum efeito positivo, tendo ao invés de diminuir, aumentado o índice.

Novamente a decisão do HCRP foi de manter a empresa terceirizada contratada para a limpeza hospitalar, tendo como principais motivadores a falta de outras empresas capacitadas para prestação dos serviços, expectativa de melhora em função do conhecimento das atividades por parte da terceirizada, principalmente as atividades específicas do Hospital e o compromisso da empresa em melhorar o treinamento e acompanhamento dos funcionários.

Mas, no ano de 2014 o índice médio foi de 8,98%, o que demonstra uma discreta melhora em relação ao ano de 2013, não significativa, mas o desempenho ainda foi inferior às metas esperadas pelo Hospital e pelos segmentos de higiene e limpeza em outras instituições (entre 3 e 5%).

Nota-se que no mês de maio de 2014, o índice aumentou para 25,32% sendo este o maior observado em todo o período estudado. A justificativa apresentada pela empresa terceirizada foi uma reestruturação nas atividades e escalas dos servidores tendo em vista a previsão da junção dos contratos para o mês de agosto do mesmo ano. Para minimizar os impactos dessa junção a empresa adotou medidas para tentar minimizar possíveis problemas.

A junção dos contratos para limpeza de ambulatório e enfermarias ocorrida no mês de agosto de 2014, ao contrário de nossas expectativas, não repercutiu sobre o índice de absenteísmo. Tendo em vista que esta junção demandou remanejamento de escalas, com mescla entre os dois grupos de funcionários, houve manifestações de desagrado por parte destes, pois as atividades dos ambulatórios eram desempenhadas de segunda a sexta, e as atividades das enfermarias eram realizadas de segunda a domingo. Isto, entretanto, não se traduziu em aumento do índice de absenteísmo, pois como apontado anteriormente a empresa iniciou as adequações em maio do mesmo ano.

No mês de julho de 2014 foi aferido o terceiro maior índice de absenteísmo do estudo, 14,14%, atribuído pelo SHL e pela empresa terceirizada às férias escolares. Esta argumentação não parece razoável uma vez que este fenômeno não se repete nos anos anteriores.

No Gráfico 7 estão apresentados os índices médios de *turnover* - IT das Enfermarias e Ambulatório.

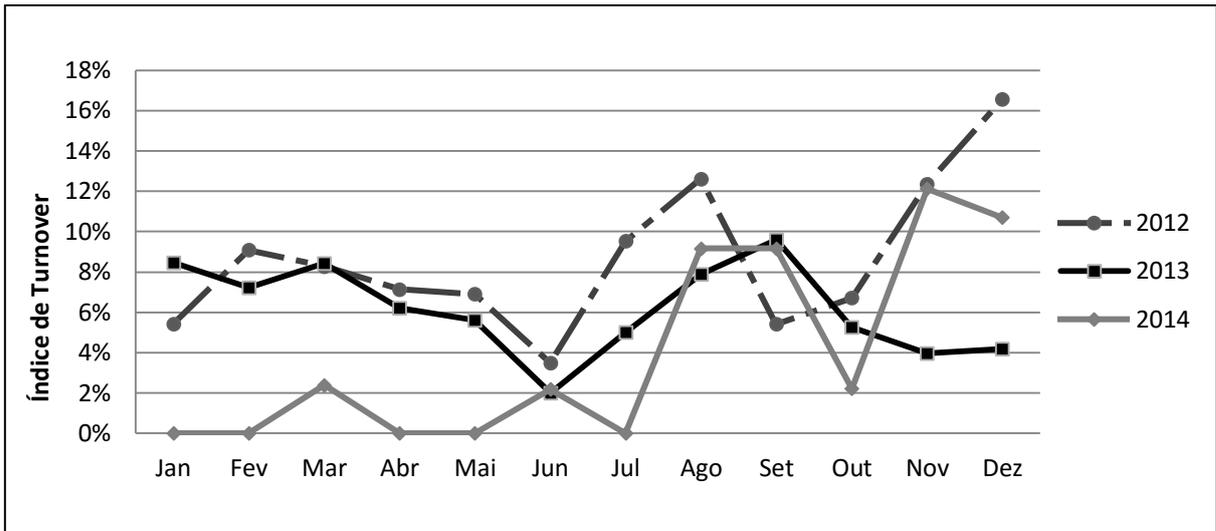


Gráfico 7 - Turnover médio dos funcionários terceirizados do SHL das enfermarias e ambulatório (de 2012 à 2014).

Fonte: Processos HCFMRP

No período de 2012 foi obtido um índice de 8,63%, considerado muito alto. Neste ano foram encontrados picos na apuração do índice entre os meses de agosto (12,62%), novembro (12,36%) e dezembro (16,57%). Dentre todos os períodos analisados, esses índices representam os maiores apurados para o *Turnover Médio* das Enfermarias e Ambulatório.

No mês de dezembro, o maior índice do estudo, a empresa terceirizada atribuiu esse aumento às férias escolares e festas de final de ano, enquanto que nos outros meses, a justificativa para o índice avaliado foi atribuída às várias mudanças de gestão ocorridas nesse período.

No ano de 2013 houve uma redução na média de 2,48% em relação ao ano anterior. Para o ano de 2013, o maior índice encontrado foi no mês de setembro, 9,59%, não se observando grandes oscilações entre os meses.

Já no ano de 2014 houve uma redução de 2,016% em relação ao ano de 2013, e uma redução de 4,64% em relação ao ano de 2012. Esses dados sugerem uma melhora na gestão da empresa terceirizada em relação à gestão de pessoas, porém ainda sem reflexos na prestação dos serviços. A empresa atribuiu essa melhora às trocas de pessoas em cargos de chefia da empresa e um acompanhamento mais próximo da realização das atividades.

Ao inserir no ambiente hospitalar funcionários públicos e privados, um dos primeiros processos que a Direção do Hospital deveria observar é a necessidade de

interação, definir quem irá coordenar o trabalho e como prover as pessoas das quais o Hospital necessita no momento.

Dentre as dificuldades encontradas pelo empregado terceirizado no processo de inclusão na nova empresa está o relacionamento com a comunidade de trabalhadores próprios, muitas vezes mal informados e mal preparados para acompanhar o processo de terceirização de atividades. A conjugação destes dois fatores tem potencial para criar um clima negativo interno sobre o trabalhador terceirizado no seu novo habitat (LEITE, 1994 apud SILVA; LORETO, 2013, p. 6).

A terceirização tende a levar a uma fragilização nas relações de trabalho, a condições de empregos múltiplos e, por vezes, em condições adversas (trabalhos sem formalização contratual e sem benefícios), além do recebimento de salários abaixo do praticado no mercado, com reflexos sobre atuação e satisfação com o trabalho (SARSUR et al., 2002, p. 4),

As equipes terceirizadas relacionam-se com as equipes efetivas, descobrem a defasagem na remuneração maior e outros benefícios que os funcionários efetivos possuem, tais como: plano de saúde, sindicato, plano de carreira, entre outros. A identificação dessas diferenças ao longo do tempo de trabalho desperta a insatisfação com o trabalho, já que não recebe a assistência necessária a sobrevivência, influenciando esses profissionais a buscarem por outros empregos no mercado de trabalho, pois ter um emprego com carteira assinada não é suficiente.

O processo que mantém o colaborador dentro da terceirizada é de suma importância, pois uma das características desse setor, é a alta rotatividade de pessoal, ocorre em média, com 50% do quadro de pessoal todo ano nas empresas de terceirização, acarretando em novos custos de seleção, contratação, treinamento (GUILHERMINO, ARAÚJO, 2012, p. 27)

“Pressupõe-se que a precariedade enfrentada no serviço terceirizado decorre da desigualdade de condições de trabalho entre as prestadoras de serviço terceirizado (contratada) e as do quadro funcional (efetivas)” (SILVA; LORETO, 2013, p. 6).

4.4 Perfil socioeconômico dos trabalhadores da equipe terceirizada de higiene e limpeza

Segundo os critérios de inclusão estabelecidos, a população de estudo foi composta por 96 funcionários terceirizados do Serviço de Higiene e Limpeza. Estes foram convidados a participar da pesquisa e 69 (71%) responderam ao questionário.

Os funcionários que não aceitaram participar alegavam que tinham muitas rotinas e não tinham tempo para responder ao questionário, pois isto prejudicaria suas atividades.

Importante ressaltar também que, no contato feito pela pessoa responsável pela aplicação dos questionários (diretora do SHL), no momento em que estes eram informados sobre os objetivos e a autoria da pesquisa foi possível perceber que muitos apresentaram certo receio, pois avaliavam a pesquisa como possível forma de avaliação de sua atuação profissional pela administração da Instituição. Percebeu-se também receio de algum tipo de punição, de ser identificado e vergonha em expor suas respectivas condições sociais.

A maior parte dos entrevistados que concordou em responder solicitou a leitura do questionário e acompanhamento das respostas por parte do entrevistador, muitas vezes por dificuldade de leitura ou compreensão das questões.

Foi preciso identificar o perfil sócio-econômico dos funcionários da terceirizada pois podem interferir na qualidade do serviço, assim como no absenteísmo e no *turnover*. O perfil foi estabelecido por meio de um questionário estruturado fechado com vinte e duas questões. Os questionários foram aplicados no período de 01 a 26 de setembro de 2014. Após a aplicação do questionário, optou-se por não utilizar alguns dados coletados, pois não agregaria valor a pesquisa. Os dados coletados e não utilizados na pesquisa poderão ser utilizados em trabalhos futuros.

O pesquisador decidiu por não utilizar os resultados apurados nas seguintes questões: 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 e 22.

As questões 3 e 4 são questões relativas à residência, tal como: tipo de moradia e quantidade de cômodos, e não foram utilizadas pois não contribuíram em nenhum aspecto com o objeto de estudo.

As questões de 5 a 9 são relativas à composição familiar, quantidade de filhos, cuidadores dos filhos, quantidade de familiares empregados e responsáveis pela família. Essas perguntas seriam utilizadas para tentar cruzar com as informações relacionadas com o comprometimento dos funcionários, o que poderia ser um indicador de influência nos índices de absenteísmo e *turnover*. Esse material não foi utilizado, pois não foi encontrado evidências na literatura que comprovassem essa relação, devendo também ser objeto de pesquisas futuras.

Nas questões de 11 a 19 o pesquisador pretendia encontrar uma relação à maior necessidade da família, mas, os respondentes não conseguiram priorizar suas necessidades, encarando todos os itens como essenciais. Dessa forma, os resultados apurados não serão utilizados, por não permitir uma análise precisa das respostas.

As questões foram elaboradas com a finalidade de abordar os fatores relacionados com a saúde e a alimentação dos funcionários e buscar por uma relação com as possíveis causas do *turnover* e absenteísmo, mas, durante o período de estudo, ocorreram mudanças na alimentação fornecida pelo Hospital, comprometendo os resultados.

Ao final, as seguintes variáveis foram utilizadas para caracterizar o perfil dos profissionais do Serviço de Higiene e Limpeza: origem, idade, sexo, nível de escolaridade, estado civil, renda familiar e experiência profissional. O questionário utilizou apenas as questões introdutórias (origem, idade, sexo) 1, 2, 10, 20 e 21, conforme apresentado a seguir:

01. Qual é o seu nível de escolaridade?

02. Qual é o seu estado civil?

10. Qual é a renda mensal média de sua família hoje?

20. Você já trabalhou em higiene e limpeza hospitalar?

21. Você tem experiência no trabalho que vai realizar (já trabalhou em serviço de higiene e limpeza)?

Em relação ao sexo, constata-se que 64 respondentes (93%) eram mulheres.

Conforme apresenta a Tabela 12, em relação a cidade de origem, constata-se que a maioria dos respondentes 35 (51%), nasceu na cidade de Ribeirão Preto.

Região	Quantidade
Ribeirão Preto	35 (51%)
Demais cidades de SP	16 (23%)
Minas Gerais	6 (9%)
Região Nordeste	9 (13%)
Região Sul	2 (3%)
Região Centro Oeste	1 (1%)

Tabela 12 – Região de origem dos funcionários do SHL

Conforme é possível observar, a grande maioria 74% é originário de Ribeirão Preto ou de outras cidades do Estado de São Paulo, e somente 9 respondentes (13%) são de outras regiões do país.

Esse resultado difere do que era difundido entre outros funcionários do Hospital que sempre tiveram a percepção de que a maioria dos funcionários do SHL seria de emigrantes, que teriam sua origem na região nordeste. De fato, entre os terceirizados provenientes de outras regiões predominam os nordestinos.

Conforme apresenta a Tabela 13, em relação à idade, constata-se 25 respondentes (36%) tem entre 41 a 50 anos. 19 (28%) têm entre 31 e 40 anos. Nenhum dos respondentes possui mais de 61 anos.

Idade	Quantidade
De 18 a 20 anos	3 (4%)
De 21 a 30 anos	18 (26%)
De 31 a 40 anos	19 (28%)
De 41 a 50 anos	25 (36%)
De 51 a 60 anos	4 (6%)
61 anos ou mais	0 (0%)

Tabela 13 - Idade dos funcionários do SHL

Conforme apresentado na Tabela 13, 42 % dos respondentes (29) têm idade entre 41 e 60 anos, o que demonstra uma idade avançada para a realização das atividades que exigem esforço físico e rotinas pesadas. A limitação da capacidade física pode ser um dos fatores do grande absenteísmo e *turnover*.

Em relação à alfabetização, constata-se que 64 respondentes (93%) são alfabetizados. Apenas 04 respondentes (6%) são analfabetos. Um paradigma na terceirização é a relação de qualidade no serviço prestado com o nível de escolaridade dos funcionários. Conforme identificado na coleta, 36 respondentes (52%) têm apenas o primeiro grau incompleto e 16% o segundo grau completo, enquanto que nenhum dos respondentes possui Curso Técnico ou Formação Superior (tabela 14).

Nível de Escolaridade	Quantidade
Primeiro Grau Incompleto	36 (52%)
Primeiro Grau Completo	7 (10%)
Segundo Grau Incompleto	12 (17%)
Segundo Grau Completo	11 (16%)

Tabela 14 - Nível de escolaridade dos funcionários do SHL

Segundo Silva e Loreto (2013, p. 13), “o motivo que pesa na escolha por este tipo de trabalho é a falta de oportunidade em outro serviço devido à baixa escolaridade”. Este resultado pode ser atribuído à dificuldade de assimilação por

parte dos funcionários às rotinas complexas, trabalhos que demandam atenção e conhecimento técnico, entre outros fatores.

Conforme apresentado a Tabela 15, em relação ao estado civil, constatou-se que 31 respondentes (45%) são solteiros, 30 respondentes (44%) são casados ou possuem união estável.

Estado Civil	Respondentes
Solteiro(a)	31 (45%)
Casado(a)	17 (25%)
União Estável/Amigado(a)/Amasiado	13 (19%)
Separado	6 (8%)
Divorciado	2 (3%)
Viúvo(a)	0 (0%)

Tabela 15 - Estado civil dos funcionários do SHL

Conforme Brito e Marra (2010, 14) os significados do trabalho para os terceirizados que possuem família é de que estes “canalizam sua motivação para o lado financeiro, em função da ruptura com a identidade que lhes é atribuída e pelo não-reconhecimento social”. A remuneração recebida pelo trabalho garantirá o sustento da família e sua qualidade de vida.

O Gráfico 8 apresenta a renda mensal das famílias dos respondentes.

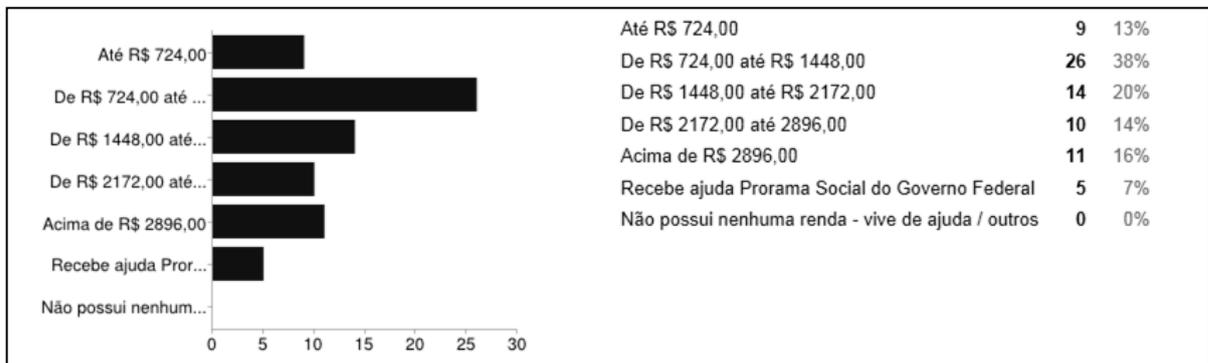


Gráfico 8 - Renda média das famílias dos funcionários do SHL

Constatou-se que 26 delas (38%) auferem entre R\$ 724,00 e R\$ 1.448,00.

Outro fato a destacar é que 93% do quadro de funcionários terceirizados do Serviço de Higiene e Limpeza são mulheres, sendo 45% solteiras e destas 87% com experiência no trabalho doméstico, sem qualquer experiência em serviço de higiene e limpeza hospitalar e dos 12 respondentes que tem experiência (100%), 9

respondentes (75%) possuem experiência de até 02 anos. Apenas 9 respondentes (13%) não tem experiência prévia na área de limpeza.

Conforme apresentado no Gráfico 9, em relação ao local da experiência no trabalho de serviço de higiene e limpeza, constata-se que 29 respondentes (42%) possuem experiência em casa de família.

A maioria delas (78%) considera a limpeza uma tarefa fácil de realizar, devido à semelhança com as tarefas domésticas. É possível que a experiência no trabalho doméstico ou em outra atividade que exigem menor nível de escolaridade, como na atividade rural, por exemplo, talvez as tenha levado a acreditar que não há necessidade de estudar e aprender sobre o serviço para executá-lo (SILVA; LORETO, 2013).

Ao contrário desta concepção, a limpeza hospitalar não é uma atividade doméstica, pois contempla aspectos mais abrangentes e significativos no contexto de saúde. Um bom serviço de higiene e limpeza constitui um dos componentes fundamentais de avaliação de qualidade hospitalar (FELIX, 2008).

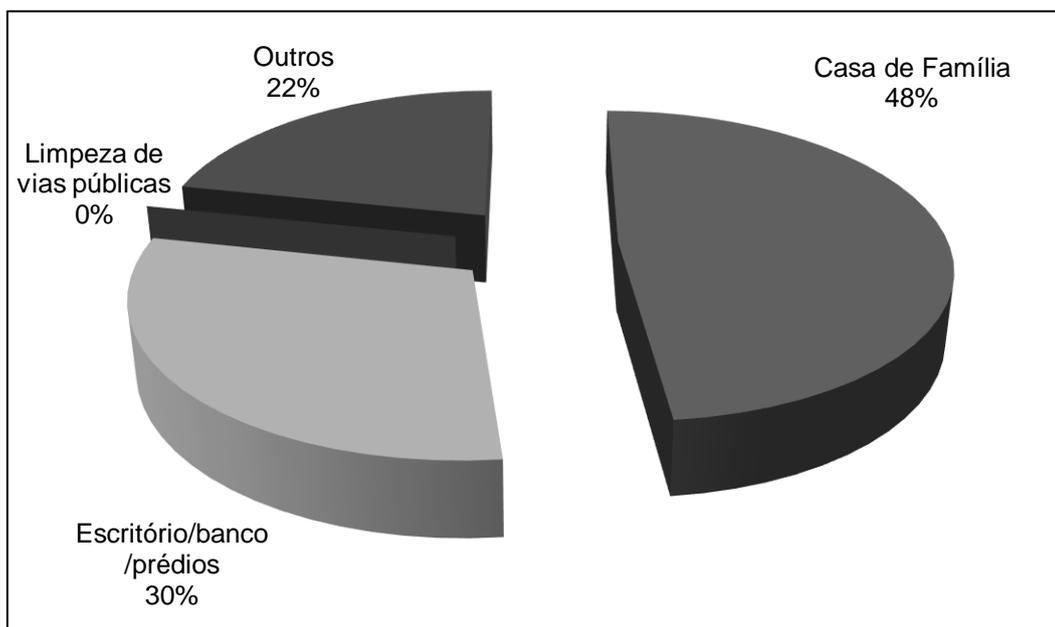


Gráfico 9 – Experiência prévia em higiene e limpeza dos funcionários do SHL

A falta de experiência anterior em serviço de higiene e limpeza hospitalar ou até mesmo a experiência em higiene em casas de família, escritórios etc. pode ser apontada como uma das principais causas da baixa qualidade, pois os funcionários possuem a percepção de que a prática da limpeza é igual em todos os segmentos.

4.5 Discussão geral

Ao se deparar com uma realidade que exige a aplicação de técnicas corretas, uma série de cuidados e um conhecimento sobre aspectos de contaminação, saúde e proteção necessários ao desenvolvimento das práticas de higiene, muitos deles se sentem frustrados e pressionados pela realidade, o que pode acarretar elevação nos índices de absenteísmo e *turnover*.

Na verdade, o setor de limpeza é caracterizado pelas atividades de suporte a toda estrutura operacional hospitalar. “Os trabalhos de limpeza são necessários para o sucesso dos procedimentos médicos realizados, estando diretamente ligados à saúde dos pacientes” (FELIX, 2008, p. 12).

As Enfermarias e Ambulatórios com “sistemas de limpeza e desinfecção inadequados são locais potencialmente facilitadores à sobrevivência de microrganismos, o que aumenta a probabilidade de ocorrências de infecção hospitalar” (MARTINS et al., 2013, p. 68)

Segundo Felix (2008), dentre às sugestões para melhorar o ambiente laboral está a aplicação de cursos de capacitação e aumento no nível de escolaridade, considerando que, ao se capacitarem e qualificarem receberão um acréscimo percentual no salário, em função do plano de carreira. Mas, é um desafio estabelecer treinamentos para pessoas com faixa etária entre 41 e 60 anos, em sua maioria mulheres, que constituíram famílias. Por mais que existam programas de treinamento e capacitação atrelados à motivação, o fator crítico de sucesso no processo de qualidade hospitalar está na contratação de funcionários, no treinamento e “na motivação entre outras atividades da gestão de pessoas” (FELIX, 2008, p. 34).

Conforme Giosa (1997) é justamente nesse quesito que se encontram as desvantagens da terceirização, ou seja, na limitação do mercado em identificar uma empresa capaz de estabelecer uma parceria ideal (empresa terceirizada) e os custos com demissões (empresa contratante).

Para Felix (2008), os custos, a alta rotatividade de pessoal e a dificuldade de controlar a qualidade do prestador de serviços estão entre os principais entraves para as empresas dispostas a terceirizar suas atividades. Segundo Brito e Marra (2010), o trabalho terceirizado distingue os empregados da contratante e da terceira, por meio da diferença salarial, qualificação inferior, uniformização e,

consequentemente, dificulta as relações interpessoais entre os empregados da contratante e da empresa terceirizada.

Para Corcetti e Behr (2009), esse fato confirma que a flexibilização das relações de trabalho pode levar à precarização das condições de trabalho, pois como já mencionado anteriormente, na escala de necessidades motivacionais, os empregados terceirizados identificam que não usufruem dos mesmos direitos trabalhistas que os empregados efetivos do Hospital e, esse fato, serve como um estímulo motivacional ao absenteísmo e a rotatividade.

Some-se a isso, o despreparo para a execução das tarefas que, por mais elementares que possam parecer, em alguns cenários adquirem uma conotação de importância capital. É o caso da limpeza hospitalar.

A rotatividade de pessoal é uma dificuldade importante enfrentada pela prestadora de serviços, pois nos hospitais é preciso exigir dos terceiros um padrão de atendimento funcional com mínimo de qualidade e, às vezes, os processos de seleção, contratação e treinamento para repor os funcionários demissionários não conseguem substituição à altura daqueles que, por menor que seja a sua experiência, ainda serão substituídos por novos servidores em piores condições de treinamento (FELIX, 2008, p.85).

As normas da limpeza hospitalar são amplas e severas e os quesitos apontados como necessários no Cadterc não são suficientes no que diz respeito ao grau de exigência para limpeza hospitalar. Na verdade este caderno técnico está mais preocupado com a questão da gestão quantitativa do que a qualitativa. Com o recrutamento de mão de obra desqualificada e precária pelas terceirizadas, torna-se um desafio à empresa contratante cumprir o quesitos necessários às boas práticas da limpeza hospitalar.

Todavia, ao analisar os resultados apresentados na pesquisa, verifica-se a necessidade de reavaliar os custos e benefícios com a terceirização do Serviço de Higiene e Limpeza do Hospital, pois, a análise mais detalhada do processo mostra a insatisfação dos usuários (no caso os Diretores de Enfermagem) e resultados ruins em relação ao absenteísmo e *turnover*. Não dispomos, entretanto, de dados abalizados e confiáveis para fazer comparação entre os serviços hoje prestados pela terceirizadas com aqueles realizados por servidores do próprio Hospital. Apenas relatos de “observadores históricos” atestam a piora da qualidade e numa avaliação geral, a decisão pela terceirização teria sido desfavorável. Entretanto, é importante

ressaltar que esta observação seria apenas para incrementar discussões futuras, tendo em vista que a legislação não permite outra forma de contratação pelo Estado para este tipo de atividade.

“A terceirização, além de apresentar impactos mais visíveis como alta rotatividade de empregados terceirizados, traz para o colaborador, reflexos na identidade” (GUILHERMINO; ARAÚJO, 2012, p. 34).

A discriminação nos trabalhadores efetivos, que se identificam com a empresa diferencia-se e são diferenciados pelos gestores e clientes em relação aos terceirizados. Tudo começa com a diferença na cor dos uniformes, no uso dos espaços, tais como: restaurantes, transporte, festas e outros. Essa diferença estabelece uma divisão entre trabalhadores efetivos e terceirizados, como se existissem trabalhadores de primeira e segunda categoria (BRITO; MARRA; CARRIERI, 2012, p. 81).

Ao longo da experiência com a terceirização na limpeza hospitalar, constatou-se uma tentativa de equiparação por parte do Hospital aos funcionários terceirizados no tocante à liberação de acesso ao refeitório, vestiários entre outros. Mas, na prática, observa-se no ambiente interno do Hospital, nas relações entre terceirizados e servidores há uma segregação pela maioria dos servidores do contratante.

Atuar efetivamente sobre os indicadores de rotatividade depende das ações políticas que deveriam compreender, ao impor o Caderno de Terceirização para contratação do serviço de Higiene e Limpeza elaborado sobre os Estudos Técnicos de Serviços Terceirizados do Governo do Estado de São Paulo, a sistemática do processo de construção e de reorganização do sistema de saúde, e do papel a ser ocupado pelos gestores de pessoas nos espaços de saúde pública, para efetivar o modelo assistencial assim como a prática gerencial.

Dessa maneira, a gestão de pessoas passaria a considerar o trabalhador não apenas um instrumento de produção de serviços, mas, um agente na promoção da autonomia, ainda que relativa, no direcionamento de políticas que possam contribuir com melhorias na prestação de serviços de saúde.

Se não observado esses problemas, será difícil manter pessoas experientes nos cargos terceirizados e, conseqüentemente, os acidentes, doenças ocupacionais, dores lombares, estresse, irritabilidade, desânimo, desinteresse ou o abandono da profissão, entre outros, serão praxe nos serviços terceirizados de higiene e limpeza no Hospital das Clínicas da FMRP – USP Campus.

Pois, como pode ser analisado, o absenteísmo não está relacionado apenas com o funcionário e seu ambiente de trabalho, mas no clima da organização e na

falha da supervisão, onde a repetitividade das tarefas levam ao desgaste do funcionário que não encontra motivação e estímulo para o trabalho, somado as condições desfavoráveis do ambiente familiar e do seu trabalho, da precária integração entre os empregados da terceirizada com os funcionários do hospital que, influenciará negativamente no conceito que o terceirizado terá da direção.

A visão do sistema permite a identificação das ameaças do serviço terceirizado de higiene e limpeza no Hospital das Clínicas da FMRP – USP Campus hospital ao apresentar um resultado negativo para os Diretores, já que o problema vai se estender à assistência ao cliente internado, já que o atendimento não pode ser adiado, sob a pena de prejudicar sua recuperação.

Na ausência de um elemento da equipe de limpeza, há sobrecarga de trabalho aos demais, fato que impacta na redução da produtividade, aumenta o custo operacional, permite a substituição de trabalhadores sem experiência, caindo sensivelmente a qualidade do serviço prestado.

A terceirização dos serviços de higiene e limpeza no Hospital das Clínicas da FMRP – USP Campus, tem apresentado resultados positivos no critério estabelecido pelo Caderno de Terceirização desenvolvido com base nos Estudos Técnicos de Serviços Terceirizados do Governo do Estado de São Paulo, mas, não suficiente no crivo dos Diretores de Enfermagem. Para os Diretores seria preciso que a empresa de higiene e limpeza fosse especializada, para que o hospital possa focar na sua atividade fim.

Nem sempre as pessoas sabem exatamente o que fazer no seu trabalho. Os funcionários do Hospital responsáveis pela contratação da mão de obra que será utilizada não podem limitar-se ao previsto no Cadterc, é preciso estabelecer uma análise mais ampla do conhecimento da terceirizada na oferta do serviço, dos funcionários envolvidos antes de seu acesso ao Hospital.

Nos últimos anos com a conscientização de que o sucesso está relacionado com a qualificação dos empregados, passou-se a atribuir maior relevância à gestão estratégica das empresas, principalmente no que diz respeito ao desenvolvimento de competências humanas ou profissionais. O treinamento do terceirizado passou a ser assunto de interesse dos Hospitais. O treinamento não deve ser visto apenas como expectativa de melhoria, e sim como fator de sobrevivência. Isto se aplica não apenas na unidade de saúde pública, mas em todos os ramos de negócios.

Com base nos resultados entendemos que seja necessária uma reavaliação dos critérios do Cadterc, de forma a não focalizar com tamanha ênfase baseados em critérios somente para efeitos de pagamento. Da maneira como vem sendo avaliada a pontuação do serviço terceirizado nem sempre estão contempladas as necessidades do contratante, pois motivados por um mercado despreparado para esse tipo de serviço, o Hospital não exerce de maneira adequada toda a supervisão e intervenção necessária. Pelo fato de ser uma orientação genérica para avaliação de serviços prestados em escolas, escritórios, prisões e outras instituições não hospitalares é imperativo que para a área da saúde sejam feitos aprimoramentos nas diretrizes de avaliação.

Aparentemente no caso do HCRP o contrato pode ser favorável à terceirizada pois, mesmo executando apenas 75% das tarefas avaliada pelos critérios do Cadterc (abaixo de 299 pontos) ela receberá pelo serviço em sua totalidade mesmo entregando um serviço incompleto ou de má qualidade.

Por outro lado, ao se analisar as demandas do Hospital em termos de limpeza, que são de alto grau de exigência, os valores praticados pelo Cadterc para este tipo de serviços não são compatíveis com o grau de complexidade do mesmo, o que pode colocar em risco a gestão da empresa.

Os critérios de avaliação e medição do serviço prestado devem ser repensados e, considerar o processo de aprendizagem desde o convívio familiar, escolaridade e classes sociais, com os quais os trabalhadores da terceirizada venham a conviver.

O desafio é atuar junto às pessoas que deixaram a escola a tempo e, após isso, aprenderam um ofício para permanecerem vivos. Nesse contexto, o Governo do Estado de São Paulo, e o Cadterc devem utilizar das pedagogias (andragogia) para lidar com os funcionários na fase adulta.

Ao chegar ao Hospital, o terceirizado está numa fase em que é capaz de fazer escolhas, de assumir responsabilidades, comprometer-se, tomar decisões, correr riscos. Ao longo do tempo, recebendo o treinamento adequado pela terceirizada, pode contribuir com a diminuição dos erros, além de preservar sua vida e a dos outros.

Os funcionários terceirizados deveriam se apresentar treinados e capacitados para desempenhar as atividades. Como isso não ocorre, a contratante deveria desenvolver mecanismos de treinamento e preparação em conjunto com a empresa

terceirizada, de maneira a possibilitar o treinamento dos funcionários antes de efetivamente atuarem nas rotinas do Hospital.

O funcionário deveria ser contratado com antecedência, tendo como base a rotatividade, de maneira que o mesmo fosse preparado, e não conforme ocorre atualmente, quando o funcionário passa por um período curto de preparação e é obrigado a desenvolver suas atividades, pois quando os índices de absenteísmo e de *turnover* são altos, impossibilitam a real adequação do funcionário ao cargo.

O custo de preparação deve ser previsto no Cadterc, exigindo da empresa a contratação com antecedência para a efetiva preparação dos funcionários.

As empresas terceirizadas devem desenvolver treinamento para profissionalizar o negócio, visando a fidelização de seus funcionários e o despertar da necessidade do conhecimento para o desempenho das atividades exigidas.

Os servidores do Contratante também devem receber treinamento para saber lidar com o novo cenário da terceirização, onde a corresponsabilidade da gestão passa por todos os setores e unidades do Hospital.

Com a promoção da conscientização sobre os serviços terceirizados no hospital seria possível melhorar as relações internas e propiciar um desenvolvimento das atividades mais satisfatoriamente, com maior comprometimento, tendo em vista que os servidores do Hospital ficam por muito mais tempo ligados ao trabalho.

Foi observado que as chefias das terceirizadas nem sempre possuem a formação e o conhecimento necessário para desempenhar as atividades de supervisão. Dessa maneira, é um fator crítico de sucesso a contratação de pessoas mais qualificadas para desempenhar as atividades de chefia na limpeza hospitalar, não sendo menos importante também, do treinamento sistematizado com a finalidade de desenvolver mão de obra especializada.

5. CONCLUSÕES

O Governo do Estado de São Paulo determinou as metodologias capazes de permitir a adoção da terceirização como alternativa de melhoria do desempenho governamental, modernizou a gestão pública, com foco no controle dos gastos públicos por meio de ferramentas de gestão, tal como o Cadterc, criado para ser utilizado como um guia na contratação dos serviços terceirizados, que deveria reunir um conjunto de conhecimentos relativos às especificações que serão negociadas entre a contratante e a contratada, assim como, oferece a metodologia que será utilizada para controlar os serviços terceirizados para ambos.

Devido à necessidade de atender as esferas de qualidade estabelecidas no Cadterc, com baixo custo (e assim ter valor de venda acessível com obtenção de lucro) e satisfação do cliente, as empresas públicas buscam implantações de sistemas de qualidade de forma prática e rápida.

As avaliações realizadas pelo SHL nos serviços prestados pela terceirizada no período de três anos (36 meses) atingiram a pontuação necessária para ser avaliado como “muito bom” ou “bom” segundo os critérios estabelecidos no Cadterc.

Por outro lado, na avaliação dos diretores da Divisão de Enfermagem que atuam no Hospital há mais de quatro anos e com conhecimento da terceirização desta atividade, o serviço é ruim para 61% destes diretores. Há, portanto divergências nas avaliações realizadas pelo Hospital através do SHL e os referidos diretores. Na análise dos IA e IT, observa-se no período de estudo que em 2012 o IA médio foi de 7,98% (mínimo de 6,37% e pico de 12,32%; e em 2013 o IA médio foi de 9,46% (mínimo de 6,03% e pico de 15,10%) e em 2014 o IA médio foi de 8,98% (mínimo de 2,70% e pico de 25,32%).

Esses índices podem indicar uma inadequação na gestão, pois a média desejada deveria ficar entre 3% e 5% para ser considerada aceitável.

Já para o *turnover*, em 2012 o IT médio foi de 8,63% (o mínimo foi de 3,49% e pico de 16,57%); em 2013 o IT médio foi de 6,15% (mínimo de 3,96% e pico de 9,59%) e em 2014 o IT médio foi de 3,99% (mínimo de 0% e pico de 12,12%).

Esses índices podem indicar uma inadequação na gestão da empresa, pois a média desejada deveria ficar entre 3% e 5% para ser considerada aceitável, tendo sido atingida apenas em 2014, mas apresentando uma oscilação muito grande com pico de 12,12%.

Quanto ao perfil dos trabalhadores da empresa terceirizada foi possível observar que 74% deles são originários de Ribeirão Preto ou de outras cidades do Estado de São Paulo.

Em relação à idade, constata-se 29 respondentes (42%) tem mais de 40 anos o que demonstra uma idade avançada para a realização das atividades que exigem esforço físico e rotinas pesadas.

Constata-se que 64 respondentes (93%) são alfabetizados, sendo que 52% têm apenas o primeiro grau incompleto e 16% o segundo grau completo, enquanto que nenhum dos respondentes possui Curso Técnico ou Formação Superior.

Conforme apresentado, em relação ao estado civil, constata-se que 31 respondentes (45%) são solteiros, 17 respondentes (25%) são casados.

A renda mensal das famílias dos respondentes, constata-se que 26 delas (38%) auferem entre R\$ 724,00 e R\$ 1.448,00.

A terceirização de serviços em uma empresa pode se constituir em uma boa opção para que ela se adeque melhor à execução de suas atividades-fim. Entretanto, a escolha de boas empresas “parceiras” na prestação de serviços como terceirizadas ainda constitui-se um grande problema em nosso país. Em geral, elas não estão preparadas para o enfrentamento das dificuldades que se apresentam no dia a dia de sua gestão. Mão-de-obra de qualidade discutível, com baixo nível de escolaridade, tem sido o encontro mais comum em empresas desta natureza, particularmente na área de higiene e limpeza. São excessivamente elevados os índices de absenteísmo e o *turnover* e estes indicadores foram sobejamente apontados neste trabalho.

O perfil sociocultural destes empregados em geral está em acordo com as pesquisas apresentadas por Félix, 2008, Silva e Loreto (2013) e Martins et al. (2013) quando comparados com os empregados terceirizados em outros hospitais que contratam as terceirizadas, e identificaram que o nível salarial e as condições de trabalho dos terceirizados oferecido pelas empresas são inferiores.

Por estas disparidades encontradas no ambiente hospitalar, a convivência entre os servidores próprios da empresa contratante com empregados terceirizados torna-se um problema. Em serviços públicos, onde os movimentos sindicais se fazem de maneira mais aberta e transparente, o questionamento destas discrepâncias é mais exuberante. É observação corrente que, embora os servidores das empresas se entrem pouco com os terceirizados, os movimentos sindicais

internos apoiam reivindicações destes últimos, criando constrangimento para os gestores das instituições públicas que se veem, frequentemente, envolvidos em questões trabalhistas e salariais das terceirizadas.

Este assunto é delicado e polêmico e nos dias de hoje estamos vivenciando uma batalha política no Congresso Nacional para a aprovação de leis que regulamentam as relações de trabalho das empresas e empregados terceirizados.

Temos muito a avançar no Brasil nesta questão, pois há um fator preponderante que precisa de maior atenção de nossos governantes que é a educação pública. A raiz dos problemas encontrados ao longo desta pesquisa nos induz a apontar a baixa escolaridade e a má qualidade da mão-de-obra encontrada entre os empregados terceirizados como um dos fatores do insucesso do processo de terceirização. Some-se a isso o despreparo dos gestores das terceirizadas não só em compreender as dimensões da responsabilidade que assumem ao estabelecer um vínculo contratual da limpeza com uma instituição hospitalar, mas, também, no papel social que sua empresa desempenha ao empregar pessoas de baixo nível socioeconômico que devem ter os seus direitos trabalhistas respeitados.

Se, de um lado, a terceirização da limpeza hospitalar propõe vantagens em relação à qualidade no atendimento, facilidade de gestão e reposição rápida de pessoal, por outro, também há desvantagens, tais como: custo elevado e alta rotatividade da mão-de-obra.

Na realidade rotineira do Hospital observa-se que na prática os requisitos de qualidade são seguidos sem a devida conscientização pela terceirizada, que reconhece os requisitos como uma imposição da alta diretoria aos colaboradores operacionais.

A revisão do Cadterc deve ser considerada pelo Grupo de Assessoramento Técnico e Inovação (GATI), órgão vinculado à Secretaria de Gestão Pública, e deve-se aprimorar continuamente o modelo. Envolver cada vez mais a Corregedoria do Estado no acompanhamento, para que verifique as eventuais não conformidades. Devem-se ampliar as avaliações para itens mais específicos, para diminuir as falhas que se encontra demonstra atualmente. Fazer um paralelo entre resultado relatado e o realmente encontrado.

O foco do Cadtec é econômico, pois sua idealização foi justificada como gerenciamento dos negócios públicos com o objetivo de economizar os recursos e modificar os padrões de gestão encontrados na administração. Mas, a percepção

dos Diretores da Enfermagem sugere que o grau de satisfação em relação às rotinas de limpeza realizado pelos funcionários da empresa terceirizada é ruim.

Nem sempre as pessoas sabem exatamente o que fazer no seu trabalho. Os responsáveis pela contratação da mão de obra que será utilizada pelo hospital não pode limitar-se ao Cadtec, é preciso estabelecer uma análise mais ampla do conhecimento da terceirizada na oferta do serviço, dos funcionários envolvidos antes de seu acesso ao Hospital.

No caso de a terceirizada resolver atender a proposta de apenas para liberação da fatura, abaixo de 299 pontos a empresa receberá pelo serviço, mesmo que apenas 75%, mas entregará um serviço incompleto ou de má qualidade. Portanto, os intervalos de pontos para liberação da fatura deveriam iniciar de 350 a 399 pontos, com a liberação de 90%.

Portanto, futuras pesquisas podem explorar essa relação entre a liberação da fatura com a qualidade do serviço prestado, assim como, os processos decorrentes da decisão em atender apenas os 299 pontos para liberação da fatura, tais como: contratação de pessoas, treinamento, avaliação e execução das tarefas.

Quanto ao universo, amostra e local utilizados, limitado aos processos de terceirização do Serviço de Higiene e Limpeza (SHL) do HCFMRP - USP da cidade de Ribeirão Preto, a sugestão para pesquisas futuras é ampliar a pesquisa para os hospitais de outras cidades do estado de São Paulo e outros estados brasileiros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE C. Batista; MONTEIRO, M. Inês. Envelhecimento e capacidade para o trabalho dos trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, n. 2, vol. 41, p. 237-44, São Paulo, 2007.

AZEVEDO, J. Humberto [org.]. **Dicionário básico da pequena empresa**. Brasília: SEBRAE, 2000.

BOEGER, Marcelo Assad; **Gestão em hotelaria hospitalar**. 1. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, **Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies**/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Anvisa, 2010. Disponível em: < <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/4ec6a200474592fa9b32df3fbc4c6735/M anual+Limpeza+e+Desinfeccao+WEB.pdf?MOD=AJPERES> >. Acesso em: 07 abr. 2014.

BRITO, V. G. Pereira; MARRA, A. Ventola; CARRIERI, A. Pádua de. Práticas discursivas de trabalhadores terceirizados e construções sociais da identidade de exclusão. **Revista de Ciências da Administração**, vol. 14, n. 32, pp. 77-91. Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2012.

BRITO, V. G. Pereira; MARRA, A. Ventola. Trabalhadores Terceirizados e Construções Sociais da Identidade de Exclusão. In: ENCONTRO DE ESTUDOS ORGANIZACIONAIS DA ANPAD, VI, 2010, Florianópolis. Anais... Santa Catarina: ENEO, 2010. Disponível em: < http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnEO/eneo_2010/2010_ENEO110.pdf >. Acesso em: 01 abr. 2015.

CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Revista de Administração Pública**, v. 42, n. 2, p. 347-368, 2008. Disponível em: < <http://www.spell.org.br/documentos/ver/2289/satisfacao-no-trabalho-e-rotatividade-dos-medicos-do-programa-de-saude-da-familia> >. Acesso em: 01 abr. 2015.

CHIAVENATO, Idalberto. **Recursos humanos: o capital humano das organizações**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2004a.

CHIAVENATO, Idalberto. **Gestão de pessoas: e o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004b.

CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução à teoria geral da administração: uma visão abrangente da moderna administração das organizações**. 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

COBÊRO, Cláudia; GODOY, A. Regina. Diagnóstico das Causas do Absenteísmo em uma Indústria de Embalagens Plásticas. In: SIMPOSIO DE EXCELENCIA EM

GESTÃO E TECNOLOGIA, XI, 2014, Salvador. Anais... Rio de Janeiro: AEDB, 2014. Disponível em: < <http://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos14/33120343.pdf> >. Acesso em: 01 abr. 2015.

COOK, S. C; WRIGHTSMAN, S. L. **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. 2 ed. São Paulo: E.P.U, 2005.

CORCETTI, E.; BEHR, R. R. Trabalho terceirizado e qualidade de vida: o caso dos trabalhadores subcontratados do setor metalmeccânico da região da grande vitória (ES). In: ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 33, 2009, São Paulo. Anais... São Paulo: ANPAD. 2009. Disponível em: < <http://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos14/33120343.pdf> >. Acesso em: 01 abr. 2015.

DOIG, L. Stephen et al. Has outsourcing gone too far? **The Mckinsey Quarterly**. The Journal of Management & Organization. Autumn, 2001, p. 25-32. Disponível em: < <https://www.questia.com/library/journal/1G1-80118054/has-outsourcing-gone-too-far> >. Acesso em: 20 abr. 2015.

FARIAS, J. F. Castro de. **Ética, Política e Direito**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004.

FERREIRA, A. A. et al. **Gestão empresarial**: de Taylor aos nossos dias - evolução e tendências da moderna administração de empresas. São Paulo: Pioneira, 2002.

FRANCO, D. Henrique et al. **Tecnologias e ferramentas de gestão**. Campinas: Editora Alínea, 2011. Edição Especial.

FELIX, Dilane. Fatores Determinantes na Aquisição de Serviços Estratégicos por meio de Terceiros: higiene e limpeza em ambientes com risco de contaminação. (Dissertação). Mestrado em Administração. Faculdade de Ciências Empresariais da Universidade (FUMEC). Belo Horizonte, 31 jan. 2008. Disponível em: < http://www.fumec.br/anexos/cursos/mestrado/dissertacoes/completa/dilane_felix.pdf >. Acesso em: 20 abr. 2015.

GIOSA, L. A. **Terceirização**: uma abordagem estratégica. 5. ed. rev. e ampl. São Paulo: Pioneira, 1997.

GRÖNROOS, C. **Marketing**: gerenciamento e serviços. Rio de Janeiro: Campus, 1995.

GUILHERMINO, M. E. Sales; ARAÚJO, P. Jesus de. **A terceirização e seus impactos negativos no comportamento do trabalhador terceirizado**. Monografia (Graduação em Administração). 42f. Faculdade de Pindamonhangaba (FAP). Pindamonhangaba – SP, 2012.

HOFFMAN, K. D.; BATESON, J. E. G. **Princípios de marketing de serviços**: conceitos, estratégias e casos. 2. ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

LIMA, R. **O ABC da empresa de serviços**. São Paulo: Futura, 2006.

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**. 4 ed. Tradução: Nivaldo Montingelli Jr. e Alfredo Alves de Farias. Bookman, 2006.

MARCONI, Marina A.; LAKATOS, Eva M. **Metodologia do trabalho científico**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARTINS, T. Júlia et al. Significado de cargas no trabalho sob a ótica de operacionais de limpeza. **Acta Paulista de Enfermagem**, ed. 26, vol. 1, p. 63-70. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n1/11.pdf> >. Acesso em: 20 abr. 2015.

PEREIRA, Luis Carlos Bresser, GRAU, NuriaCunill. **O público não-estatal na reforma do Estado – Coletânea**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 2001.

PIRES, J. C. Souza de; MACÊDO, K. Barbosa. Cultura organizacional em organizações públicas no Brasil. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, p: 81-105, Jan./Fev. 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rap/v40n1/v40n1a05.pdf> >. Acesso em: 01 abr. 2015.

QUEIROZ, Alberto Ramos Soares. **Manual de terceirização: onde podemos errar no desenvolvimento e na implantação dos projetos e quais são os caminhos do sucesso**. 4. ed. São Paulo: STS, 1992.

SÃO PAULO. Lei Complementar nº 1080, de 17 de Dezembro de 2008. Institui Plano Geral de Cargos, Vencimentos e Salários para os servidores das classes que especifica e dá providências correlatas. Brasília. DOE. 18 dez. 2008.

SÃO PAULO. **CadTerc: estudos técnicos de serviços terceirizados. Prestação de Serviços de Limpeza Hospitalar**. Ed. jan/15. Rev. 12, fev/15. Vol. 7. Disponível em: < http://www.cadterc.sp.gov.br/BEC_Servicos_UI/cadterc/UI_sVolumeltemRelaciona.a.spx?chave=&volume=7&tible=Limpeza%20Hospitalar >. Acesso em: 13 mar. 2015.

SARSUR, A. M. et al. Repensando as relações de trabalho: novos desafios frente aos múltiplos vínculos de trabalho. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 26, 2002, Salvador. Anais... Salvador: ANPAD, 2002. Disponível em: < http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnANPAD/enanpad_2002/GRT/2002_GRT1930.pdf >. Acesso em: 01 abr. 2015.

SILVA S. C. Josane; LORETO, D. S. Maria. Ambiente e condições do trabalho feminino terceirizado e funcional e suas interfaces com aspectos pessoais, familiares e sociais: uma análise comparativa. In: II CONINTER – Congresso Internacional Interdisciplinar em Sociais e Humanidades Belo Horizonte, 8-11 out. 2013. Disponível em: < www.2coninter.com.br/artigos/pdf/176.pdf >. Acesso em: 20 abr. 2015.

SILVA, D. M. P. Paulo da; MARZIALE, M. H. Paluci. Condições de trabalho versus absenteísmo-doença no trabalho de enfermagem. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, 2006, vol. 5, p. 166-172. Disponível em: <
<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/5187/3355> >. Acesso em: 20 abr. 2015.

SILVA, L. J; SILVA, L. R. Mudanças na vida e no corpo: vivências diante da gravidez na perspectiva afetiva dos pais. **Em Pauta: Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro. EEAN - Escola de Enfermagem Anna Nery, abr-jun, 2009.

TAIT, T. F. C.; PACHECO, R. C. S. Fundamentos para a modelagem de uma arquitetura de sistemas de informação para o setor público. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, V, 1999, Rio de Janeiro. Anais... Rio de Janeiro: Enegep/ICIE, 1999. Disponível em: <
http://www.din.uem.br/~tait/Tania_Tait_Tese.pdf >. Acesso em: 01 abr. 2015.

TARABOULSI, Fadi Antoine. **Administração de hotelaria hospitalar: serviços aos clientes, humanização do atendimento, departamentalização, gerenciamento, saúde e turismo**. São Paulo: Atlas, 2003.

VARELA, Eduardo. Turn Over e a parábola do batom no espelho. **RH Portal - Recrutamento e Seleção**, 15 ago. 2013. Disponível em: <
http://www.rhportal.com.br/artigos/rh.php?idc_cad=z7mc4eav2 >. Acesso em: 22 abr. 2015.

APÊNDICES

Apêndice A – Questionário de Avaliação das Rotinas Realizadas

Apêndice B – Termo de Consentimento Enfermagem

Apêndice C – Questionário Socioeconômico

Apêndice D – Termo de Consentimento Funcionário Terceirizada

APÊNDICE A – Questionário de avaliação das rotinas realizadas

Questionário sobre avaliação dos serviços prestados de Higiene e limpeza, aplicado aos profissionais da Divisão de Enfermagem

► Nome:

► Onde trabalha (andar ou unidade):

► Idade:

► Sexo:

01. Há quanto tempo você trabalha nesta Instituição?

- () Há menos de 01 ano
 () Entre 01 e 02 anos
 () Entre 02 e 03 anos
 () Entre 03 e 04 anos
 () Há mais de 04 anos

02. Como você avalia o Serviço de Higiene e Limpeza da sua área?

- () Péssimo
 () Ruim
 () Adequado
 () Bom
 () Excelente

03. Considerando sua resposta anterior, diga qual o aspecto mais relevante? (pode ser anotada mais de 01 alternativa).

- EPI () Utilizado () Não utilizado
 Rotinas() Suficientes () Insuficientes
 Rotinas() Adequadas () Inadequadas
 Execução () Bom () Ruim
 Técnicas() Adequadas () Inadequadas
 Material() Suficiente () Insuficiente
 Comprometimento () Sim () Não

04. Referente ao relacionamento interpessoal, entre os profissionais de limpeza, você considera:

- () Péssimo
 () Ruim
 () Adequado
 () Bom
 () Excelente

Caso queira se manifestar sobre a opção escolhida

05. Referente ao relacionamento entre os profissionais de limpeza, e os demais

profissionais da sua Seção/Área, você considera:

- () Péssimo
 () Ruim
 () Adequado
 () Bom
 () Excelente

Caso queira se manifestar sobre a opção escolhida

06. Referente à postura e ao comportamento dos funcionários da Higiene e Limpeza no local de trabalho, você considera:

- () Péssimo
 () Ruim
 () Adequado
 () Bom
 () Excelente

Caso queira se manifestar sobre a opção escolhida

07. Atualmente quantos funcionários do SHL trabalham em sua área?

_____ funcionários

08. Você considera o número adequado?

- () Sim
 () Não

Se não, qual o número de funcionários seria necessário? Por quê?

09. Você sabia que este serviço é terceirizado?

- () Sim
 () Não

10. Qual sua sugestão para melhorar a qualidade deste serviço?

PESQUISADORES

APÊNDICE B – Termo de consentimento enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
 FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
 Av. Bandeirantes, 3900 – 6º andar – Ribeirão Preto – SP. CEP 14049-900
 Fone: (016) 3633-0436 Fax (16) 3633.6695

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Avaliação de Práticas para Redução de Absenteísmo e *Turnover* em um Serviço Terceirizado

Pesquisador Responsável: Adriano Eustáquio Urbano de Lima

Orientador: Prof. Dr. Marcos Felipe Silva de Sá

O Senhor(a) está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, de uma pesquisa e será esclarecido(a) sobre as informações a seguir.

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar o impacto da prática de socialização ou integração nos funcionários de empresas terceirizadas.

O Sr.(a) participará de uma pesquisa sobre a qualidade dos serviços prestados pela empresa de Higiene e Limpeza Terceirizados por meio de seus profissionais. Serão aplicados questionários com perguntas que servirão para aferir a qualidade dos serviços prestados antes do início do projeto, e após os funcionários da empresa terceirizada terem passado pela prática de socialização. Os riscos envolvidos para sua participação são considerados mínimos por se tratarem de algum incômodo em relação às perguntas do questionamento e os benefícios serão nos proporcionar uma melhor compreensão das rotinas e qualidade do Serviço de Higiene e Limpeza, e propor melhorias.

O Sr.(a) terá todos os seus direitos assegurados de forma que sua autorização e participação **não são obrigatórias** e poderá tirar dúvidas ou deixar de participar desta pesquisa em qualquer momento, sem qualquer prejuízo para o desempenho de suas atividades neste hospital.

Garantimos que sua identidade não será divulgada e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para publicações científicas ou para apresentação em congressos. Pela sua autorização, o Sr(a) não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia que não terá nenhuma despesa relacionada ao estudo.

Se houver alguma dúvida, o Sr.(a) poderá me contatar pelo telefone 16 3602-2398 ou pelo celular (16) 99148-8200.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____ após ter recebido as devidas informações e ciente dos meus direitos, concordo em participar do estudo “Avaliação de Práticas para Redução de Absenteísmo e *Turnover* em um Serviço Terceirizado” como sujeito.

Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo pesquisador sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de _____.

Assinatura do funcionário: _____

Pesquisador responsável: _____

APÊNDICE C – Questionário socioeconômico

Questionário Socioeconômico aplicado aos profissionais de empresa terceirizada de Higiene e limpeza

► **Nome:**

► **Origem (cidade que nasceu):**

► **Idade:**

► **Sexo:**

01. Qual é o seu nível de escolaridade?

- Alfabetizado () Sim () Não
 Primeiro Grau () Incompleto () Completo
 Segundo Grau () Incompleto () Completo
 Curso Técnico () Incompleto () Completo
 Nível Superior () Incompleto () Completo

02. Qual é o seu estado civil?

- () Solteiro(a).
 () Casado(a)
 () Viúvo(a)
 () Separado(a) Judicialmente.
 () Separado(a) de Fato
 () Divorciado(a).
 () União Estável – Amigado(a) – Amasiado(a)

03. Qual é o tipo de residência de sua família?

- () Própria () Alvenaria () Madeira
 () Alugada () Alvenaria () Madeira
 () Emprestada () Alvenaria () Madeira

04. A sua residência têm quantos cômodos? Anotar a quantidade:

- () Quarto
 () Sala
 () Cozinha
 () Banheiro
 () Área de serviço
 ()
 Outros _____

05. Quantas pessoas compõem a sua família?

- () 1 pessoa
 () 2 pessoas
 () 3 pessoas
 () 4 pessoas
 () 5 pessoas
 () Acima de 5 pessoas – Total: _____ Pessoas

06. Quantos filhos você tem?

- () Não tem filhos
 () 1filho
 () 2filhos
 () 3filhos
 () 4filhos
 () Acima de 4filhos – Total: _____ Filhos

07. No caso de possuir filhos, quando trabalha quem cuida dos filhos?

- () Avó, avô
 () Tia ou outro parente próximo
 () Creche ou escola pública
 () Creche ou escola particular
 () Os filhos ficam sozinhos

08. Quantas pessoas hoje estão empregadas em sua família?

- () 1 pessoa
 () 2 pessoas
 () 3 pessoas
 () 4 pessoas
 () 5 pessoas
 () Acima da 5 pessoas
 () Nenhuma

09. Quem é o principal responsável pelo sustento da família?

- () O(a) próprio(a) entrevistado(a).
 () Esposo(a)
 () Pai
 () Mãe
 () Filho(a)
 () Irmão(a)
 () Outro(s)

10. Qual é a renda mensal média de sua família hoje?

- () Até R\$ 724,00.
 () De R\$ 724,00 até R\$ 1.448,00.
 () De R\$ 1.448,00 até R\$ 2.172,00.
 () De R\$ 2.172,00 até R\$ 2.896,00.
 () Acima de R\$ 2.896,00
 () Recebe ajuda Programa Social do Governo Federal
 () Não possui nenhuma renda – Vive de ajuda/outros

11. Qual a maior necessidade de sua família hoje?

Numerar as necessidades de acordo com a importância. 01 para o mais importante e 10 para o menos importante.

- Emprego – Trabalho
 Moradia - Casa
 Alimentos – Cesta Básica
 Remédios
 Tratamento Médico – Odontológico
 Escola – Material Escolar
 Vestuário – Roupas e Calçados
 Produtos de Limpeza Doméstica
 Produtos de Higiene Pessoal
 Outro(s)

12 -Você ou alguém fuma em sua família?

Sim () Não ()

Se sim, quem? _____

13. Você considera que se alimenta adequadamente todos os dias?

Sim () Não ()

14. Quantas refeições você faz por dia?

- 01 refeição
 02 refeições
 03 refeições
 04 refeições
 05 ou mais refeições

15. Quando está em seu local de trabalho, você se alimenta?

- Traz refeição pronta de casa
 Compra em restaurante próximo
 Compra em cantinas próximas
 Come quando recebe alimento de alguém
 Não Come

16. O lanche fornecido pelo Hospital é:

- Suficiente – quantidade adequada
 Insuficiente – quantidade pequena
 Caso queira fazer algum comentário sobre quantidade e qualidade da alimentação fornecida:

17. Você trabalha em outro emprego/local?

- Sim
 Não

Se sim, que atividade desempenha? Qual a jornada?

18. Você dorme bem na maioria das vezes?

Sim () Não ()

19. Quantas horas por dia você dorme?

- 04 horas
 05 horas
 06 horas
 07 horas
 08 horas ou mais

20. Você já trabalhou em higiene e limpeza hospitalar?

Sim () Não ()

Se sim, quanto tempo de experiência? _____

Se sim, em que local?

21. Você tem experiência no trabalho que vai realizar (já trabalhou em serviço de higiene e limpeza)?

Sim () Não ()

Se sim, quanto tempo de experiência? _____ anos

Se sim, em que local?

- Casa de Família
 Escritório/ Banco/ Prédios
 Limpeza de Vias Públicas
 Outros

22. Quais são as suas expectativas/esperança sobre o trabalho que você irá realizar?

PESQUISADORES:

APÊNDICE D – Termo de consentimento funcionário terceirizada

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
Av. Bandeirantes, 3900 – 6º andar – Ribeirão Preto – SP. CEP 14049-900
Fone: (016) 3633-0436 Fax (16) 3633.6695

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Avaliação de Práticas para Redução de Absenteísmo e *Turnover* em um Serviço Terceirizado

Pesquisador Responsável: Adriano Eustáquio Urbano de Lima

Orientador: Prof. Dr. Marcos Felipe Silva de Sá

O Senhor(a) está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, de uma pesquisa e será esclarecido(a) sobre as informações a seguir.

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar o impacto da prática de socialização ou integração nos funcionários de empresas terceirizadas.

O Sr.(a) participará de uma prática de socialização, com duração média de 16 horas (2 dias), com o objetivo de ajudá-lo na compreensão do ambiente de trabalho no qual será integrado e de suas práticas e valores. Ao ingressar nesta organização, serão realizados (respondidos) questionários sobre dados pessoais e profissionais pelo Sr(a) para que seja possível traçar um perfil dos funcionários terceirizados e para identificar qual seu nível de conhecimento sobre as práticas profissionais e sobre a área que irá atuar.

O Sr.(a) participará das palestras e a realização das atividades profissionais serão acompanhadas de maneira institucional e não individual. Em caso de desligamento do Senhor(a) da empresa que trabalha será solicitado que responda outro questionário, para avaliar as causas do desligamento. Os riscos envolvidos para sua participação são considerados mínimos por se tratarem de algum incômodo em relação às perguntas do questionamento, e os benefícios serão proporcionar uma melhor compreensão dos motivos que levam ao absenteísmo e *turnover* no trabalho, e propor melhorias.

O Sr.(a) terá todos os seus direitos assegurados de forma que sua autorização e participação **não são obrigatórias** e poderá tirar dúvidas ou deixar de participar desta pesquisa em qualquer momento, sem qualquer prejuízo para o desempenho de suas atividades neste hospital.

Garantimos que sua identidade não será divulgada e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para publicações científicas ou para apresentação em congressos. Pela sua autorização o Sr(a) não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia que não terá nenhuma despesa relacionada ao estudo.

Se houver alguma dúvida, o Sr.(a) poderá me contatar pelo telefone 16 3602-2398 ou pelo celular (16) 99148-8200.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____ após ter recebido as devidas informações e ciente dos meus direitos, concordo em participar do estudo “Avaliação de Práticas para Redução de Absenteísmo e *Turnover* em um Serviço Terceirizado” como sujeito.

Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo pesquisador sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de _____.

Assinatura do funcionário: _____

Pesquisador responsável: _____

ANEXOS

ANEXO A - Procedimentos Operacionais do SHL

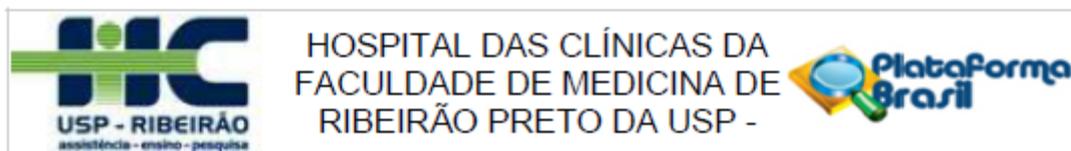
Nome do P.O	Número	Controle
Limpeza concorrente e úmida das unidades de internação no período da manhã.	PO DH2: 058	377
Limpeza da diálise – Manhã e tarde.	PO DH2: 013	328
Limpeza da enfermaria clínica, psicologia e psiquiatria do 3º andar.	PO DH2: 055	374
Limpeza da Medicina Nuclear.	PO DH2: 012	327
Limpeza da Unidade de Pesquisa Clínica – Subsolo II – Faepa.	PO DH2: 062	381
Limpeza da Unidade de Transplante Renal – Período da manhã.	PO DH2: 076	396
Limpeza das áreas administrativas	PO DH2: 030	345
Limpeza da Central de Material e Esterilização de Óxido de Etileno.	PO DH2: 065	384
Limpeza diária da Capela – período da manhã	PO DH2: 063	382
Limpeza diária do 4º andar – Cirep – Período da Manhã	PO DH2: 027	342
Limpeza diária do Ambulatório de Reabilitação Psico-Social – Período da manhã.	PO DH2: 060	379
Limpeza diária do CER no período vespertino	PO DH2: 080	401
Limpeza diária do Centro Cirúrgico – Período da manhã	PO DH2: 066	385
Limpeza diária do GECON – Grupo Executivo de Convênios – Período da manhã.	PO DH2: 388	068
Limpeza do 2º andar – Centro de Terapia Intensiva Adulto – CTI.	PO DH2: 057	376
Limpeza do 5º andar – Período da manhã.	PO DH2: 010	324
Limpeza do Arquivo Semi-Ativo.	PO DH2: 049	367
Limpeza do Centro Cirúrgico – Período Noturno.	PO DH2: 009	323
Limpeza do Laboratório de Hematologia.	PO DH2: 051	369
Limpeza do Laboratório de Patologia.	PO DH2: 056	375
Limpeza do Morgue.	PO DH2: 038	354
Limpeza do Serviço Especializado de Segurança da Medicina do Trabalho – Período da manhã. Ou Reco Tórax??	PO DH2: 072	392
Coleta de resíduos de serviços de saúde.	PO DH2: 082	7853
Coleta de resíduos recicláveis.	PO DH2: 083	7854
Limpeza diária do particular do 10º andar – Período Manhã.	PO DH2: 029	344
Limpeza concorrente e úmida das Unidades de Internação – Período da tarde.	PO DH2: 081	402
Limpeza da Recuperação de Centro Cirúrgico.	PO DH2: 042	359
Limpeza da sala da Ouvidoria.	PO DH2: 071	391
Limpeza da Terapia Ocupacional – Período Vespertino.	PO DH2: 018	333
Limpeza da Unidade de Transplante Renal Isolamento – UTR – Período da manhã.	PO DH2: 075	395
Limpeza da Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecto- Contagiosas.	PO DH2: 059	7106
Limpeza das ruas externas e praças.	PO DH2: 087	8248
Limpeza das salas do subsolo.	PO DH2: 026	341
Limpeza diária do 10º andar – Transplante de fígado – Período manhã.	PO DH2: 039	355
Limpeza diária do 8º andar – Período da Manhã	PO DH2: 048	366
Limpeza diária da Associação dos Servidores – Período da manhã.	PO DH2: 061	380
Limpeza da Central de Material e Esterilização.	PO DH2: 064	383

Limpeza diária da descontaminação (Central de Material e Esterilização – Descontaminação).	PO DH2: 047	365
Limpeza diária da Central Telefônica – PABX – Período da manhã.	PO DH2: 070	390
Limpeza diária da Divisão de Engenharia (Limpeza do Serviço de Higiene e Limpeza, Assistência Técnica, Centro Integrado de Qualidade, Eletricidade, Almoxarifado, Eletricidade Termo mecânica, Hidráulica e Engenharia de manutenção.	PO DH2: 045	363
Limpeza diária da necropsia – Período da manhã.	PO DH2: 069	389
Limpeza diária da neurocirurgia – 9º andar – Período Manhã.	PO DH2: 019	334
Limpeza diária da Sala de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) no período vespertino.	PO DH2: 008	322
Limpeza diária da Unidade de Terapia Imunológica – 4º andar – Período manhã.	PO DH2: 033	348
Limpeza diária das enfermarias – Período da Tarde.	PO DH2: 077	398
Limpeza da sala de agudos na Diálise – Período Noturno	PO DH2: 021	336
Limpeza das enfermarias da Clínica de Cirúrgica do 10º andar	PO DH2: 034	349
Limpeza diária do 11º andar – Período manhã	PO DH2: 043	360
Limpeza diária do 12º andar – Banco de olhos Período da manhã.	PO DH2: 014	329
Limpeza diária do 12º andar – Oftalmologia – Período manhã.	PO DH2: 017	332
Limpeza do 3º andar – Período da manhã.	PO DH2: 003	316
Limpeza diária do 4º andar – Período da manhã.	PO DH2: 007	321
Limpeza diária do 6º andar – Período da manhã.	PO DH2: 016	331
Limpeza diária do 7º andar – Período da manhã.	PO DH2: 036	352
Limpeza diária do 8º andar – Berçário – Período manhã.	PO DH2: 020	335
Limpeza diária do 3º andar – Período manhã.	PO DH2: 028	343
Limpeza diária do arquivo de Raio X – Período Vespertino.	PO DH2: 004	317
Limpeza do Banco de Sangue – Período da manhã.	PO DH2: 052	370
Limpeza do Centro de Convivência Infantil – Campus.	PO DH2: 005	318
Limpeza do Laboratório Central.	PO DH2: 037	353
Limpeza do Laboratório de Sorologia.	PO DH2: 023	338
Limpeza do laboratório do Centro Obstétrico.	PO DH2: 035	351
Limpeza diária do Particular – 8º andar.	PO DH2: 024	339
Limpeza diária do 11º andar – Particular – Período da manhã.	PO DH2: 032	347
Limpeza diária do Particular – 9º andar.	PO DH2: 025	340
Limpeza do Centro Médico Comunitário Social da Vila Lobato (CMCS).	PO DH2: 079	400
Limpeza do Serviço de Manutenção – Período da Manhã.	PO DH2: 074	394
Limpeza diária do Transplante de Medula Óssea – TMO – 5º andar – P. Manhã.	PO DH2: 044	361
Limpeza do vestiário do Centro Cirúrgico	PO DH2: 002	315
Limpeza diária da Diálise – Período da manhã	PO DH2: 067	387
Limpeza diária do isolamento protetor do 7º andar – Período da manhã.	PO DH2: 050	368
Limpeza diária do 12º andar – Período manhã	PO DH2: 011	326
Limpeza do ambulatório.	PO DH2: 088	8249
Limpeza do Centro de Engenharia Clínica e Bioequipamentos – CEC.	PO DH2: 022	337
Limpeza do Centro de Estudo e Aperfeiçoamento dos Servidores – CEAPS.	PO DH2: 006	319
Limpeza do Centro de Terapia Intensiva – CTI.	PO DH2: 053	371
Limpeza do Centro Integrado de Serviço de Apoio –CISA.	PO DH2: 040	356
Limpeza do Centro Obstétrico – Período manhã e tarde.	PO DH2: 078	399
Limpeza do Laboratório de Endocrinologia.	PO DH2: 054	372
Limpeza do Laboratório de Microbiologia	PO DH2: 041	357

Limpeza do Laboratório de Pediatria	PO DH2: 046	364
Limpeza do Serviço de Arquivo Médico - SAM	PO DH2: 015	330
Limpeza do Xerox, Espaço Digital, C. de voluntariados, Serviço de Instalações, Assessoria de Imprensa.	PO DH2: 031	346
Limpeza dos corredores de circulação do subsolo, 1º andar e 2º andar.	PO DH2: 086	8247
Limpeza dos elevadores.	PO DH2:085	8246
Limpeza úmida das Unidades de Internação no período da manhã.	PO DH2: 001	314

Tabela 17 - Procedimentos Operacionais SHL

ANEXO B - Parecer consubstanciado do comitê de ética em pesquisa (CEP)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação de Práticas para Redução de Absenteísmo e Turnover em um Serviço Terceirizado

Pesquisador: Adriano Eustáquio Urbano de Lima

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 27405514.9.0000.5440

Instituição Proponente: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 660.772

Data da Relatoria: 14/05/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa de mestrado do aluno Adriano Eustáquio Urbano de Lima, sob orientação do Prof. Dr. Marcos Felipe Silva de Sá, do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar o impacto da implantação de práticas de socialização na área de higiene e limpeza terceirizadas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Segundo os pesquisadores, os riscos são considerados mínimos por se tratarem de possíveis incômodos relacionados às perguntas dos questionários e quebra do sigilo entre os participantes.

Benefícios: Entender melhor as rotinas e qualidade do Serviço de Higiene e Limpeza, e propor melhorias para as práticas de gestão objetivando a redução do absenteísmo e turnover.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tendo como exemplo outras organizações particulares, e até mesmo públicas, o HCFMRP- USP vêm terceirizando suas atividades-meio, buscando as vantagens decorrentes dessa prática, para

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
Bairro: MONTE ALEGRE **CEP:** 14.048-900
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3602-2228 **Fax:** (16)3633-1144 **E-mail:** cep@hcrp.usp.br



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
FACULDADE DE MEDICINA DE
RIBEIRÃO PRETO DA USP -



Continuação do Parecer: 660.772

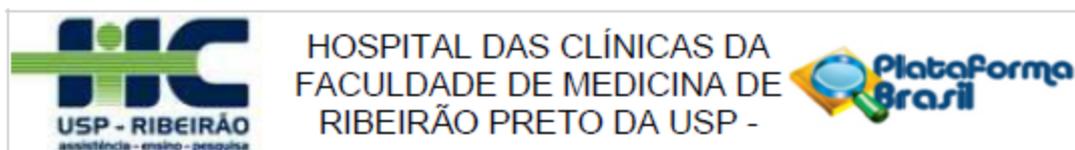
assim otimizar seus processos de gestão das atividades-fim. No Serviço de Higiene e Limpeza (SHL), a terceirização ocorreu em função da defasagem do número de servidores em relação à necessidade da produtividade do serviço. Sequencialmente, o setor a adotar esse processo foi a Central de Processamento de Roupas Hospitalar (CPRH) - lavanderia, onde além do déficit de recursos humanos, ocorriam quebras constantes no maquinário da unidade devido ao sucateamento dos equipamentos.

O SHL possuía um déficit médio de 240 funcionários nos quadros do Serviço. Esta situação levava à uma série de consequências funcionais quanto ao desempenho, a qualidade, eficiência e eficácia do serviço realizado. Agregados a este problema de ordem funcional, a questão da motivação pessoal, envolvimento nos processos, capacidade de sincronia para a realização das tarefas diárias ficavam também prejudicados. Assim, houve uma mudança na gestão administrativa em 2003, o que trouxe uma nova visão baseada em políticas de qualidade a serem implantadas na Instituição. As diretrizes contemplavam uma reestruturação completa na forma de gerenciamento e do desempenho técnico do setor. Para isto foram realizados estudos e análises diagnósticas quanto as necessidades e demandas do serviço, priorizando a implantação de medidas administrativas, estruturais e educacionais de acordo com a urgência e possibilidades. O resultado foi o levantamento de dois pontos para a nova administração, primeiro a evidente necessidade de mudança, e segundo a necessidade de tomada de decisão para buscar uma solução rápida que evitasse o agravamento do quadro existente.

Método:

Levantamento de informações a respeito das condições e percepções dos funcionários da empresa terceirizada de higiene e limpeza e das chefias da empresa e do Hospital das Clínicas que aceitarem participar da pesquisa mediante Termo de Consentimento, através de questionário e da observação das rotinas e dos processos nas áreas envolvidas, para traçar um quadro que possibilitará definir as causas do absenteísmo e turnover. Os questionários serão aplicados em dois momentos: na contratação e no momento do desligamento do funcionário da empresa (quando for o caso), possibilitando acompanhar a evolução dos índices de absenteísmo e turnover e da percepção dos funcionários em relação às atividades. O questionário de avaliação dos serviços prestados será aplicado em duas etapas: no início da pesquisa, antes da adoção da socialização e após o período de socialização. Os índices de absenteísmo e turnover obtidos após a implantação das práticas serão comparados com as informações já disponíveis na Instituição. Os

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900
UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br



Continuação do Parecer: 660.772

dados serão analisados por meio da análise de estatística.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos: a) Folha de rosto, assinado pelo pesquisador responsável e pelo Coordenador Técnico Científico da Unidade de Pesquisa Clínica HC-FMRP-USP Prof. Dr. José Alexandre de Souza Crippa; b) Concordância do Prof. Dr. Marcos Felipe Silva de Sá, superintendente do HCFMRP-USP, de Deocélia Bassotelli Jardim, chefe de Gabinete do HCFMRP-USP, da Elaine C Caetano, Coordenadora da Enfermagem da Empresa Guima – Conseco Construção, Serviços e Comércio LTDA e de Luci Romero G Rossi, Diretora da Divisão de enfermagem do HCFMRP-USP; c) Projeto de Pesquisa, com o orçamento detalhado, cronograma do estudo e referências bibliográficas pertinentes; d) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Recomendações:

Sem recomendações de alteração.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto e à luz da Resolução CNS 466/2012, o projeto de pesquisa versão 3 de 01/04/2014, assim como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-enfermagem Versão 3 – 13/05/2014, e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-empresa terceirizada Versão 3 – 13/05/2014 podem ser enquadrados na categoria APROVADO.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto Aprovado: Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP, relatórios parciais anuais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final ao término do trabalho. Qualquer modificação do projeto original deve ser apresentada a este CEP em nova versão, de forma objetiva e com justificativas, para nova apreciação.

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
 Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900
 UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
 Telefone: (16)3802-2228 Fax: (16)3833-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
FACULDADE DE MEDICINA DE
RIBEIRÃO PRETO DA USP -



Continuação do Parecer: 660.772

RIBEIRAO PRETO, 26 de Maio de 2014

Assinado por:
MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
(Coordenador)

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900
UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br