



**Universidade de
Aveiro**

2010

Secção Autónoma de Ciências Sociais,

Jurídicas e Políticas

**CLARA NATIVIDADE
DIAS DOS REIS E SÁ**

**AVALIAÇÃO DA MONITORIZAÇÃO DO SISTEMA
DE QUALIDADE DE UM SERVIÇO DE SAÚDE**



**Universidade de
Aveiro**

2010

Secção Autónoma de Ciências Sociais,

Jurídicas e Políticas

**CLARA NATIVIDADE
DIAS DOS REIS E SÁ**

**AVALIAÇÃO DA MONITORIZAÇÃO DO SISTEMA
DE QUALIDADE DE UM SERVIÇO DE SAÚDE**

Trabalho de projecto apresentado à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Administração e Gestão Pública, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Cláudia Sarrico, Professora Auxiliar com Agregação da Secção Autónoma de Ciências Sociais, Jurídicas e Políticas da Universidade de Aveiro.

O júri

Presidente

Professora Doutora Maria Luís Rocha Pinto

Professora Associada da Universidade de Aveiro

Professora Doutora Helena Maria Pereira Pinto Dourado e Alvelos

Professora Auxiliar da Universidade de Aveiro

Professora Doutora Cláudia Sofia Sarrico Ferreira da Silva

Professora Auxiliar com Agregação da Universidade de Aveiro

Agradecimentos

Profundo agradecimento à Professora Doutora Cláudia Sarrico, minha orientadora, pelo excelente acompanhamento, sugestões, partilha de saberes e optimismo demonstrados durante a realização deste projecto.

A todos os colegas do hospital pela compreensão, amizade e incentivo demonstrados ao longo de todo este processo. À minha colega Dr.^a Emília Sousa, que já passou por todo este percurso académico, pela amizade sem limites, pelas constantes sugestões, transmissão de força e coragem.

A todos os colaboradores do Centro Médico da Praça, em especial à Dr.^a Sónia Almeida e Eng. Sofia Diogo pela incansável disponibilidade, ajuda e incentivo. À Dr.^a Catarina Mendes, pela sua colaboração na logística inerente ao sistema informático.

Gostaria de agradecer de forma especial aos meus pais por acreditarem na minha capacidade e me incentivarem continuamente no meu crescimento profissional e pessoal e por estarem sempre presentes em todos os momentos da minha vida.

Gostaria de agradecer também ao meu marido e filhos, pela paciência demonstrada e pedir desculpa por alguns momentos de ausência durante estes dois anos de dedicação ao mestrado.

A todos,

MUITO OBRIGADO!

Palavras-chave

Monitorização da qualidade, sistema de qualidade, mudança do sistema organizacional e mapeamento de processos.

Resumo

O desenvolvimento contínuo da qualidade, apresenta-se como um conceito em constante evolução e essencialmente como um processo de mudança. A gestão deste processo de mudança, representa um grande desafio para todos, com particular relevância para os profissionais de saúde. É necessário implementar uma série de metodologias que se orientem por critérios de excelência. Os novos métodos ou medidas de avaliação da qualidade promovem a eficácia e a flexibilidade dos serviços como um todo, procurando o aperfeiçoamento contínuo no desempenho profissional. É cada vez mais notória a preocupação, em termos de qualidade, a nível dos serviços de saúde, através da definição de metas a atingir, tendo como objectivo final uma contínua melhoria da qualidade dos cuidados. Em conclusão, não haverá hoje em dia, nenhuma intervenção na área da saúde, que não teça considerações, questione ou manifeste preocupação sobre a qualidade.

Neste sentido e fazendo recurso à metodologia *Action Research*, propõe-se fazer uma avaliação da monitorização do sistema de qualidade como contributo para a mudança do sistema organizacional, de uma organização de saúde. Foi possível concluir, que as mudanças efectuadas no sistema de qualidade foram uma mais-valia para a organização e para a qualidade dos serviços. É de realçar, igualmente, os benefícios que são proporcionados aos colaboradores e aos *stakeholders*, não esquecendo a qualidade dos serviços prestados aos utentes que são a principal preocupação.

keywords

Quality monitoring, system quality, change in organizational systems and process mapping.

Abstract

The continuous development of quality, presented as a concept in constant evolution and essentially as a process of change. The management of this process of change, represents a great challenge for everyone, with particular relevance for health professionals. We must implement a series of methodologies that are guided by standards of excellence. The new methods and measures of quality evaluation promote efficiency and flexibility of services as a whole, seeking continuous improvement in work performance. It is increasingly apparent concern in terms of quality, level of health services, by setting targets, aiming to end a continuous improvement in quality of care. In conclusion, there is no today, no intervention in health, considerations that do not weave, question or express concern about quality. In this sense and making use of the methodology Action Research, it is proposed to evaluate the monitoring of the quality system as a contribution to changing the organizational system, inside a health organization. It can be concluded that the changes made in the quality system have been an asset to the organization and the quality of services. It is noteworthy, also that, the benefits are provided to employees and their stakeholders, not forgetting the quality of services provided to the users that with clearness are the organization's main concern.

“A qualidade começa nas pessoas, não nas coisas.

*Quem quiser melhorar a qualidade,
terá de proceder primeiro a uma profunda
alteração na atitude de todos os colaboradores”.*

Philip B. Crosby (1926)

Índice

1. Introdução	1
2. Contextualização	4
2.1. Prestação de serviços a entidades públicas	4
2.2. Caracterização da organização.....	5
2.3. Objectivos do estudo.....	6
3. Enquadramento teórico	8
3.1. Gestão da qualidade	8
3.1.1. Definição	8
3.1.2. Dimensões da qualidade em saúde	10
3.1.3. Breve história da gestão da qualidade	11
3.1.4. Qualidade nos serviços.....	12
3.1.5. Perspectivas sobre a qualidade na saúde	12
3.1.6. Evolução da qualidade na saúde em Portugal	13
3.1.7. Plano de melhoria da qualidade	16
3.1.8. Princípios de melhoria da qualidade	17
3.1.9. Gestão da qualidade total	19
3.1.10. O modelo ISO 9000.....	20
3.1.11. Indicadores de qualidade	23
3.1.12. Acompanhamento e monitorização	23
3.1.13. Desenvolvimento contínuo da qualidade	25
3.2. Gestão de processos	26
3.3. Mapeamento de processos	27

3.4. Gestão estratégica	28
3.5. Gestão da mudança	30
3.6. Gestão de recursos humanos	32
4. Metodologia	34
4.1. População em estudo	37
4.2. Tipo de estudo.....	37
4.3. Método de investigação - <i>Action Research</i>	38
4.4. Recolha da informação	42
4.4.1. Pré - teste	44
4.4.2. Questionário	45
4.5. Tratamento da informação	48
4.5.1. Análise de conteúdo	48
5. Resultados	52
5.1. Questionário.....	52
5.2. Lista de verificação das tarefas	57
6. Discussão dos resultados	59
7. Conclusão	62
8. Referências bibliográficas	65
9. Anexos	72

Índice de esquemas

Esquema 1- Esquema representativo da recolha de dados.....	44
--	----

Índice de tabelas

Tabela 1 - Execução das tarefas.....	57
Tabela 2 - Critérios de avaliação adoptados.....	59

Índice de Anexos

Anexo 1 - Acta de reunião para definição e atribuição de tarefas.....	73
Anexo 2 - Lista de distribuição de tarefas.....	74
Anexo 3 - Pré-teste.....	81
Anexo 4 - Acta de reunião sobre o pré-teste.....	84
Anexo 5 - Autorização.....	85
Anexo 6 - Questionário.....	86
Anexo 7 - Acta de reunião da apresentação dos resultados do questionário.....	90

Abreviaturas

ADMG - Sistema de assistência na doença aos funcionários ao serviço da Guarda Nacional Republicana

ADMPS - Sistema de assistência na doença aos funcionários ao serviço da Polícia de Segurança Pública

ADSE - Direcção Geral de Protecção Social aos Funcionários e Agentes de Administração Pública

ASQC - American Society for Quality Control

CCQs - Círculos de Controlos de Qualidade

CWQC - Company Wide Quality Control

DGS - Direcção-Geral da Saúde

DGAP - Direcção-Geral da Administração Pública

EFQM - European Foundation for Quality Management

GQT - Garantia da Qualidade Total

GQ - Garantia da Qualidade

IQF - Instituto para a Qualidade na Formação

IQS - Instituto da Qualidade em Saúde

ISSO - Organização Internacional de Normalização

JUSE - Japan Union of Scientist and Engineers

OMS - Organização Mundial de Saúde

PDCA - Plan-do-check-act

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPQS - Sistema Português da Qualidade na Saúde

TQM - Gestão da Qualidade Total

WCPT - World Confederation for Physical Therapy

1. Introdução

Todos temos consciência de que vivemos uma nova era, a da informação, a do conhecimento e a da globalização. Uma economia cada vez mais global, implica maiores desafios e exigências para as organizações, assim como, constantes mudanças que ocorrem de forma mais rápida.

As organizações necessitam de se ajustar a esta nova realidade, de forma a manterem a sua competitividade e prestarem melhores serviços de qualidade. Estas são constituídas por pessoas, cujo conhecimento é o recurso mais valioso, visto ser o ser humano que transforma os dados em informação e a informação em conhecimento. É a partir do conhecimento que as pessoas e as organizações avaliam novas situações, aprendem e geram a mudança.

A realização deste trabalho surge no âmbito do Mestrado em Gestão e Administração Pública e tem como objectivos: abordar conceitos teóricos sobre qualidade na saúde, elaborar um plano de melhoria e de mudança na monitorização da qualidade e realizar uma análise crítica e prática a este problema numa organização de saúde.

Com este projecto, pretende-se avaliar a monitorização do sistema de qualidade como contributo para a mudança do sistema organizacional de uma organização de saúde, ou seja, definir mecanismos para a melhoria da qualidade da organização, promover a comunicação inter serviços com uma abordagem consistente à resolução de problemas e a integração organizacional.

Neste contexto, as alterações que se pretendem implementar vão no sentido de tratar e transmitir a informação em tempo oportuno, de modo a minimizar o erro na tomada de decisão, tendo como principal preocupação, melhorar continuamente os cuidados de saúde prestados aos utentes/clientes.

Com esta nova forma de avaliação da monitorização do sistema de qualidade, propõe-se, garantir uma maior eficácia da actividade laboratorial e organizacional, traduzida em maior comodidade, rapidez, segurança e qualidade; reduzir os custos e incrementar os benefícios notórios para a organização e utente; reduzir trabalho administrativo; reorganizar os

processos; alterar o fluxo de trabalho e informação; a capacidade de realização dos objectivos fixados e promover a satisfação de todos os profissionais envolvidos.

Posto isto, o objectivo que se pretende e ambiciona atingir é uma profunda reestruturação da avaliação das medições de qualidade (índices), monitorização do sistema e consequente divulgação a todos os intervenientes da organização, dos objectivos que se pretendem atingir anualmente. Adicionalmente, pretende-se fazer a implementação de um conjunto de medidas de melhoria no estado da organização, necessárias para o desenvolvimento estratégico, no sentido de aperfeiçoar o sistema existente ou inovar através da introdução de novas soluções.

Os processos são harmonizados e comunicados aos colaboradores através de procedimentos optimizados, proporcionando um elevado nível de transparência e comparabilidade entre os diferentes projectos e processos. Com esta abordagem pretende-se aproveitar as sinergias entre as unidades organizacionais ou seja entre os diversos sectores de actividade. É importante referir que, a harmonização dos processos e a aprendizagem mútua constituem a base para a melhoria contínua.

Em termos genéricos, este trabalho está estruturado essencialmente em três grandes partes. A primeira parte, é constituída por uma breve contextualização, focando a prestação de serviços a entidades públicas, a caracterização da empresa e os objectivos do estudo.

Na segunda parte, é desenvolvido o enquadramento teórico em que é abordada a gestão da qualidade, a gestão de processos, mapeamento de processos, gestão estratégica, gestão da mudança e para finalizar a gestão de recursos humanos.

Na terceira parte, é explanada a metodologia utilizada na realização do projecto. Posteriormente, é efectuada a análise e tratamento de dados e por último, apresentam-se os resultados e a sua análise crítica.

A pesquisa bibliográfica, o questionário realizado e o saber experimental foram as bases para a construção deste projecto de mestrado.

É importante referir, que toda e qualquer intervenção na área da saúde é alvo de considerações e questões que manifestam preocupações com a qualidade na saúde, visando a melhoria dos cuidados.

Importa, que seja um movimento de ideias e projectos capazes de impulsionar e gerar a mudança necessária aos requisitos da nossa sociedade que se apresenta complexa e em constante evolução.

Se por um lado, o cidadão e a sociedade são a razão existente do sistema de saúde, por outro lado, os profissionais são o capital nobre. Sem eles, por mais sofisticados que sejam os meios tecnológicos e os avanços científicos, estes não funcionam sozinhos, são os profissionais de saúde que os operam, os gerem e os adaptam.

Neste contexto, é urgente que se assuma a responsabilidade do desenvolvimento contínuo da qualidade, para que possa fazer parte da nossa rotina diária.

Defende-se pois, um forte envolvimento colectivo na definição das políticas de qualidade, só possível alcançar se os profissionais se ajudarem mutuamente e criarem uma solidariedade interna que possibilite a projecção e o desenvolvimento contínuo da qualidade dos cuidados de saúde.

2. Contextualização

2.1. Prestação de serviços a entidades públicas

Em Portugal, a área da Saúde é indissociável da Administração Pública, independentemente do regime jurídico de gestão, cabendo ao Estado não só a formação e qualificação dos técnicos de saúde, como a celebração de acordos ou convenções, atribuição de subsídios e a contratualização de planos de desempenho para organismos públicos e privados. O Serviço Nacional de Saúde (SNS) integra organizações directas ou indirectamente envolvidas na prevenção e tratamento da doença e na reabilitação e apoio na reinserção familiar e social de doentes, todas elas subordinadas ao cumprimento de exigências legais para o seu funcionamento. Para além dos hospitais e em estreita colaboração com estes, existem inúmeros estabelecimentos e entidades de apoio à população para emergências, transporte, diagnóstico, cuidados continuados, cuidados domiciliários, etc.

O Ministério da Saúde estabeleceu estratégias de mudanças para obter maiores ganhos em saúde e definiu um conjunto de objectivos que visam uma mudança organizacional do SNS. Para atingir estas mudanças, as estratégias definidas passam por: obter mais ganhos em Saúde para todas as famílias em todos os ciclos da sua vida; capacitar o sistema de saúde para a inovação, desenvolvendo a gestão dos recursos humanos, a gestão da informação e do conhecimento; reorientar o sistema de saúde através de uma visão integrada dos vários níveis de cuidados e dos diversos sectores da saúde e para finalizar, a mudança centrada no cidadão fornecendo-lhe informação e condições que lhe facilitem a liberdade de escolha.

Os Decretos – Lei nº 185/2002, nº 86/2003 e o nº141/2006, têm por objectivos as parcerias público-privadas através da *“concessão da gestão de unidades prestadoras de cuidados a entidades privadas ou de natureza social ou pelo investimento conjunto entre estas entidades e o Estado, segundo princípios de eficiência, responsabilização, contratualização e de demonstração de benefícios para o serviço público de saúde”* (Dec. Lei 185/2002: 5852). As parcerias podem ser feitas através de contratos de gestão, prestação de serviços e/ou de colaboração. Estas têm como finalidade potenciar o aproveitamento pelo Estado da capacidade de gestão do sector privado, melhorar a qualidade dos serviços públicos prestados e gerar poupanças consideráveis na utilização de

recursos públicos. Neste sentido e dentro da Legislação estabelecida, a organização em estudo procurou estabelecer acordos em determinadas áreas, não só para a rentabilização da sua estrutura, como para suprir necessidades da população cujas especialidades ou meios auxiliares de diagnóstico, não existem ou eram deficitárias nas respostas às solicitações dos utentes. De realçar que, além das tecnologias apresentadas nesta estrutura outros factores importantes poderão beneficiar a sociedade através de uma resposta imediata nos meios complementares de diagnóstico, como em termos económicos, contribuir para uma maior qualidade de vida, evitando a degradação de situações clínicas que poderão agravar-se no tempo.

A organização em estudo, possui contratos e convenções com diversas entidades públicas, das quais se destacam: ADSE (em análises clínicas, electrocardiogramas e ecocardiogramas), Ministério da Justiça (em análises clínicas e electroencefalogramas), ADMPS (em ecocardiogramas), ADMG (em análises clínicas, electrocardiograma e electroencefalogramas), SNS (em endoscopias, colonoscopias, análises clínicas, pneumologia-provas respiratórias, electrocardiogramas, electrocardiogramas com prova de esforço, ecocardiogramas e electroencefalogramas) e finalmente realiza medicina de trabalho a entidades públicas nomeadamente câmaras.

2.2. Caracterização da organização

A organização que faz parte deste projecto foi fundada em 1985, orientada para a prestação de cuidados de Enfermagem, Laboratório de Análises Clínicas e Águas, Meios Auxiliares de Diagnóstico e um vasto conjunto de especialidades. Actualmente, com uma área de cerca de 1.300m², encontramos um espaço abrangente com tecnologias de ponta e uma oferta de um vasto leque de serviços médicos de qualidade, distribuídos por dezassete consultórios e outros espaços específicos para meios complementares de diagnóstico. Deste conjunto, destaca-se a Fisioterapia equipada com material actualizado e um Bloco Operatório, de Cirurgia de Ambulatório, com quarto de recobro, munido de sistema de anestesia geral, desfibrilador, etc. O Laboratório de Análise Clínicas com departamentos de Hematologia, Bioquímica, Imunologia, Biologia molecular e Microbiologia, equipado com as mais recentes técnicas analíticas e de automatização. Tudo isto em instalações que cumprem as mais exigentes normas europeias para estabelecimentos de saúde.

Com uma política de crescimento sustentado, de um rigor e qualidade cada vez mais exigente, onde a certificação inicial do Laboratório de Análises Clínicas, em 2001, culminou com a certificação de toda a Clínica pela NP EN ISO 9001:2000.

Ao longo de vinte anos, tem criado condições e valências quer a nível das Especialidades Médicas, quer em Meios Complementares de Diagnóstico, com profissionais qualificados com o objectivo de atingir maior rapidez, flexibilidade, segurança na resposta e satisfação das necessidades dos utentes que a nós recorrem, com uma qualidade que se procura seja cada vez melhor e se possível, de excelência.

2.3. Objectivos do estudo

O sucesso de qualquer organização para a qualidade só pode ser medido através da satisfação dos clientes, da qualificação e motivação dos colaboradores e do posicionamento em termos de custos.

Os níveis de qualidade excelentes, só serão possíveis se toda uma equipa que dela faz parte desenvolver um esforço permanente. São necessários colaboradores que se preocupem com a qualidade dos processos e dos produtos no seu trabalho do dia-a-dia; gestores que tenham sempre presente a sua responsabilidade pela qualidade e pessoas qualificadas, dentro da sua área profissional, capazes de dar o seu melhor e contribuírem para a mudança no sentido de garantirem cada vez mais a melhoria contínua para melhor servir os utentes.

A gestão da qualidade não é apenas uma disciplina para especialistas, mas sim, para todo o pessoal envolvido no sistema organizacional. Esta mesma responsabilidade inclui o estabelecimento da estratégia para a qualidade, bem como a planificação, organização, coordenação e monitorização sistemática da sua implementação.

Exercendo funções nesta organização de saúde e conhecendo por dentro o sistema em funcionamento, foram reconhecidas algumas limitações, nomeadamente numa monitorização do sistema de gestão da qualidade pouco eficaz, num processo moroso, baseado em suporte papel, resultando em ineficácia organizacional, uma vez que depende de vários procedimentos, que necessitam de tempo, recursos humanos, financeiros e materiais.

Nos últimos tempos, foram introduzidas novas ferramentas de trabalho (definição de tarefas, mapeamento de processos e informatização, etc) de forma a garantir uma maior comodidade, rapidez, segurança e qualidade; reduzir custos; reduzir trabalho

administrativo; reorganizar os processos; alterar o fluxo de trabalho e informação e finalmente, a capacidade de realizar os objectivos fixados promovendo assim a satisfação de todos os profissionais envolvidos. Com isto, não quer dizer que esta monitorização não estava a ser efectuada mas, não era realmente nas melhores condições possíveis e desejáveis. Ou seja, o que se pretende com este projecto, é que esta monitorização seja feita por uma equipa de trabalho coesa e motivada e não como se verificava por um número ínfimo de profissionais que não conseguiam monitorizar o sistema com a qualidade que se pretendia e seria de esperar.

Pelo exposto, o objectivo que se pretende e se ambiciona atingir, é uma reestruturação da avaliação das medições de qualidade (índices), monitorização do sistema e consequente divulgação atempada a todos os intervenientes da organização, dos objectivos que se pretende atingir anualmente (como por exemplo avaliação de inquéritos, contagem de actos médicos por tipo, evolução do número de inscrições para análises, repetições de colheitas por mês requeridas pelo laboratório de análises clínicas e águas, satisfação dos utentes relativamente ao tempo de espera, prazo de entrega dos resultados de análises, evolução do número de sinistrados, número de novas empresas de Higiene e Segurança no Trabalho, etc.). Mais se salienta que, esta aposta de trabalho foi no sentido de colmatar um ponto fraco da organização e que sempre foi uma aposta futura de melhoria, de se conseguir monitorizar o sistema de qualidade com outra “qualidade” e eficácia.

3. Enquadramento teórico

3.1. Gestão da qualidade

3.1.1. Definição

A Qualidade pode e deve ser encarada sob diversas perspectivas, uma vez que é um processo complexo que influencia toda a gestão organizacional. O conceito de Qualidade, tal como hoje é entendido, resulta do contributo de vários especialistas da área. Deming, define a Qualidade como multidimensional, na medida em que, diz, “*ela não é uma simples característica de um produto ou serviço*” (Rocha, 2006: 113).

Qualidade está relacionada com procedimentos, quer enquanto capacidade de servir determinados fins, quer como excelência de uma organização. Tem ainda outros significados que são associados a eficiência, eficácia e produtividade. Esta implica actuar de forma excelente nas diversas fases do sistema: objectivos da organização, conformação com os standards, envolvimento dos consumidores e colaboradores, medição dos resultados e melhoria contínua (Rocha, 2006).

Santos & Teixeira (2007: 22) referem que: “*Qualidade é o conjunto das soluções para os diversos problemas ligados à gestão das organizações, forçosamente encontradas por quem nelas trabalha, no âmbito de um processo colectivo sob orientação de uma forte liderança*”.

Numa organização, a qualidade é responsabilidade de todos. Deve ser construída em todas as fases e processos que intervêm, directa ou indirectamente, no desenho, produção e/ou prestação do produto ou serviço. A Qualidade de um produto ou serviço não é determinada pela organização, mas definida e avaliada pelos consumidores, utilizadores ou clientes.

A qualidade na saúde é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “*um conjunto integrado de actividades planeadas, baseado na definição de metas explícitas e na avaliação do desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados, tendo como objectivos a melhoria continua da qualidade dos cuidados*”. A obtenção de cuidados de saúde excelentes encontra-se assim, claramente dependente de factores como a sistematização e formalização de metodologias que possibilitem a diminuição da variabilidade na prestação, o estabelecimento de objectivos, indicadores e metas que

possibilitam a avaliação do desempenho dos processos assim como a avaliação da eficácia e eficiência dos mesmos através dos resultados obtidos (Machado & Nunes, 2007:112).

Pires (2004:19-49), considera cinco fases na evolução histórica dos Sistemas de Gestão da Qualidade, a saber:

- ❖ Inspeção da Qualidade (1945-1949): actividade de medição, comparação e verificação, em que o objectivo era a conformidade do produto final;
- ❖ Controlo Estatístico da Qualidade (1949-1951): actividades que se centravam na monitorização, análise dos desvios, em que o parâmetro a avaliar eram o produto final;
- ❖ Sistema orientado para a Garantia da Qualidade (1951-1960): actividades planeadas, sistemáticas e integradas, em que o objectivo passou a ser o processo de produção;
- ❖ Controlo da Qualidade em toda a Organização (1960-1980): actividades coincidentes com as da garantia, mas enfatizando a integração na gestão global da organização, evidenciando as necessidades dos clientes;
- ❖ Gestão da Qualidade Total (TQM) (1980 - até ao presente): mudança na cultura da organização capaz de assegurar a satisfação dos clientes.

As preocupações com a qualidade sempre existiram e são em parte intrínsecas à natureza humana. Foi a partir dos anos 60, que a filosofia da melhoria da qualidade se institucionalizou, em parte devido aos grandes investimentos feitos na época na área industrial e empresarial.

A melhoria da qualidade apresenta-se desde essa altura como um conceito em constante evolução. Assim, nos anos 60, salientava-se o “*Controle*”; nos anos 70 a “*Avaliação*”; nos anos 80 discutia-se a “*Garantia*”; nos anos 90 a “*Melhoria*” e actualmente fala-se em “*Desenvolvimento*” contínuo da qualidade (Mezomo, 2001:106).

Este desenvolvimento contínuo pressupõe uma nova forma mais dinâmica, contínua e nunca inteiramente concluída de encarar a qualidade nos cuidados de saúde.

O grande objectivo das políticas de saúde nos países desenvolvidos no século XXI é precisamente o desenvolvimento contínuo da qualidade nos cuidados de saúde (Donaldson, 2001).

Portugal, não podendo escapar à regra, no seu programa operacional saúde XXI, definiu como objectivos estratégicos obter ganhos em saúde e assegurar aos cidadãos o acesso a cuidados de saúde de qualidade.

Há muito que as despesas com a saúde atingiram níveis insuportáveis para o Orçamento Geral do Estado e a qualidade deficitária nos assombra, levando a uma preocupação crescente por parte de todos, com estes assuntos (Programa Operacional Saúde XXI, 2000).

O direito à protecção da saúde encontra-se consagrado no artigo 64º da Constituição da República Portuguesa (2001). É um bem básico primário, de cariz social, que assenta no conjunto de valores como a dignidade humana, a ética, a equidade, entre outros (Direcção Geral da Saúde e Ministério da Saúde, 1997).

É também um direito civilizacional que implica universalidade no acesso, efectuado por critérios de justiça, transparência, responsabilidade e *accountability* (Nunes & Rego, 2002).

Mas, para se conseguir atingir estes valores e critérios é necessário implementar nos serviços de saúde, uma série de metodologias que se orientem por critérios de excelência. É neste contexto que assegurar aos cidadãos o acesso a cuidados de saúde de qualidade, é actualmente uma prioridade.

3.1.2. Dimensões da qualidade em saúde

Segundo Mezomo (2001) e Dershin (1996), existe consenso quanto a estabelecer a qualidade na saúde incluída em dimensões como: Equidade - refere-se a igualdade da liberdade de acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde; Efectividade - refere-se ao grau de benefício (resultado) alcançado, isto é, a relação existente entre a melhoria possível e a efectivamente obtida; Eficiência - obtenção de maior nível de qualidade, com o mínimo de recursos; Acessibilidade - facilidade com que os cuidados de saúde são conseguidos, sem barreiras de qualquer espécie (organizativas, físicas, geográficas, económicas, culturais e psicológicas); Aceitabilidade - avaliação positiva dos cuidados de saúde, prestados pelos utentes; Adequação - estar de acordo com as necessidades, expectativas, e desejos da comunidade, reconhecendo as mudanças; Competência profissional - capacidade de utilizar recursos e conhecimentos para produzir saúde e satisfação na população atendida; Segurança - utilização dos serviços de saúde com riscos minimizados, nomeadamente, infecções, erros de medicação, contaminação, erros de

processos, erros humanos; e finalmente, Disponibilidade - ter acesso aos cuidados de saúde em tempo útil (adequado para o caso sem grande tempo de espera).

Neste contexto, facilmente se compreende que qualidade tem uma componente subjectiva e inatingível em absoluto. Por estas razões, não existe definição consensual de qualidade em saúde, nem métodos eficazes de a valorar e atingir (Nunes & Rego, 2002). Embora existam muitas confusões semânticas que acabam por baralhar este conceito, não tenhamos ilusões que os cidadãos, no seu conjunto, reconhecem a qualidade. Sendo assim a qualidade é "*um imperativo de cidadania*" (Campos, 2001:3).

3.1.3. Breve história da gestão da qualidade

O conceito de gestão da qualidade remonta ao artesão que tinha o domínio completo de todo o ciclo de produção, desde a concepção do produto até ao pós - venda. A sua imagem de qualidade era comunicada (boca a boca) pelos clientes satisfeitos. O foco do controlo de qualidade era o produto, não o processo (Carvalho, 2005).

Com a Revolução Industrial, surgiu uma nova ordem produtiva, consequência do trabalho planificado de que resulta a produção em massa. Agora a linha de montagem é o modelo ideal. A customização é substituída pela padronização (Santos & Teixeira, 2007).

Por outro lado Taylor, defendia que à gestão competia o planeamento, o controlo e a acção. Ao operário competia executar. Desta divisão de tarefas, emana a função do inspector, responsável pela qualidade dos produtos (Carvalho, 2005).

Também Ford teve papel importante na evolução do conceito de controlo de qualidade. O seu sistema consistia em decompor as operações do processo de produção nas suas partes elementares, visando uma maior e melhor eficiência. A ele se deve o desenvolvimento de conceitos como: especificação, tolerância e conformidade.

Em conclusão, nesta época, o controlo de qualidade estava focalizado na inspecção do produto, ou seja, havia preocupação com a conformidade e qualidade de produção. Mas o sistema tinha ainda uma grande lacuna: ignorava o conhecimento das necessidades dos clientes e a participação dos operários (Carvalho, 2005).

3.1.4. Qualidade nos serviços

A prestação de cuidados de saúde é um sistema complexo, no qual as pessoas que os procuram são contribuintes, financiadores e, ao mesmo tempo, a razão existente do nosso sistema de saúde.

Como tal, assiste-lhes o legítimo direito de esperar e exigir, que os cuidados de saúde praticados, são constituídos por altos padrões de qualidade e que os recursos são adequadamente usados (Ministério da Saúde, 1998).

Quanto ao funcionamento do nosso sistema de saúde, constata-se dificuldades no acesso, insuficiências e inadequações que levam a ineficácia e ineficiência, e conseqüentemente, a uma qualidade deficitária dos cuidados de saúde.

Esta problemática, levou a que fossem tomadas medidas no sentido de a melhorar, nomeadamente através do lançamento de programas de garantia de qualidade, que incitarão a uma cultura de qualidade, levando ao tão desejado desenvolvimento contínuo da qualidade (Ministério da Saúde, 2000).

Torna-se, pois, conveniente identificar alguns pontos fundamentais no desenvolvimento contínuo da qualidade.

Na última década o estado português tem investido neste sector focando essencialmente políticas de qualidade e financiando projectos neste âmbito. O aumento das expectativas e do grau de exigência dos cidadãos é hoje uma determinante fulcral da organização e prestação dos cuidados de saúde. O empenho das entidades de qualidade tem permitido uma constante dinamização de mudança e implementação de sistemas de qualidade nos serviços de forma a promover a qualidade e segurança do doente (Morgado, 2006).

3.1.5. Perspectivas sobre a qualidade na saúde

Foram vários os factores que desencadearam a preocupação crescente que se tem verificado nos últimos anos com a qualidade nos cuidados de saúde.

Os principais factores foram: a imposição por parte das autoridades na contenção dos custos; o crescente nível de exigência dos cidadãos em relação à qualidade dos cuidados que lhes são prestados e a alteração dos mecanismos de financiamento (Barros, 1999).

Por outro lado, os cidadãos podem entender a qualidade de diferentes maneiras, por exemplo, podem relacionar aos serviços, os sinónimos de excelente, extraordinário ou

muito bom e relacionando com pessoas, estas são interpretadas como um modo de ser, atributo, pertencer a um grupo (Pires, 2000).

No universo da saúde, esta apresenta também diferentes visões ou perspectivas, consoante se trate dos pacientes, dos profissionais de saúde e dos gestores (Ovretveil, 1992).

No entanto, alguns autores são da opinião de que existe uma unanimidade entre clientes, organizações e profissionais de saúde, quanto a definir qualidade nos cuidados de saúde, como a prestação de um óptimo serviço a um custo razoável (WCPT, 1995).

Mas, uma das definições mais consensuais sobre qualidade nos cuidados de saúde é, “*a satisfação das necessidades explícitas e implícitas do cliente, a custos adequados*” (Silva, 2001:8-9).

Para além destas inúmeras interpretações é ainda um conceito multidimensional, essencialmente qualitativo, na sua maioria não mensurável, embora em alguns aspectos possa ser medido objectivamente e variável no espaço e no tempo (Pisco, 2001).

3.1.6. Evolução da qualidade na saúde em Portugal

Ao longo da última década o objectivo primordial das políticas de saúde tem sido o de assegurar a equidade no acesso à saúde e o desempenho económico e financeiro do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Deste modo, a estratégia determinante pretende garantir a sustentabilidade do sistema público, num quadro de recessão económica global. Porém, ultrapassada esta fase, o grande desafio em Portugal, como aliás na maioria dos países do espaço europeu, é o da qualidade e da segurança, ou seja, excelência na saúde. Qualidade como um fim em si mesmo mas, também como segurança de que os utentes dos serviços de saúde não estão sujeitos a um risco de acidente, incluindo de morte, superior ao estatisticamente aceitável.

De um modo geral o que está em causa é a organização dos serviços e não a competência dos profissionais de saúde. Todas as propostas de reforma do sistema de saúde repousam sobre o pressuposto de uma melhoria da prestação de cuidados de saúde, medida através de indicadores objectivos de qualidade.

O consumidor de cuidados de saúde é o cidadão, doente ou saudável, pelo que a interpretação da utilidade do produto ou serviço tem uma dimensão psico-afectiva que distorce o conceito de standard e, portanto, de qualidade. Em todo o caso, a meta da

excelência clínica, num quadro de qualidade organizacional e de prevenção de riscos, deve ser considerado o objectivo último do sistema de saúde (Machado & Nunes, 2007).

O sector da saúde assistiu a um grande desenvolvimento na área da qualidade. Surgiram diversos projectos que vieram dinamizar este movimento sendo de destacar a criação, por despacho do Ministério da Saúde, da Comissão Nacional para a Humanização e Qualidade dos Serviços de Saúde, que, entre outros aspectos, condicionava a Constituição de Comissões Locais responsáveis pela implementação de acções para a qualidade nos prestadores de cuidados de saúde (Ministério da Saúde).

Em 1990, verificou-se um forte investimento na formação em Qualidade assim como a criação de projectos, por parte da Direcção Geral de Saúde (Biscaia, 2000).

Nos finais dos anos 90, a OMS, na Declaração "Saúde para todos no ano 2000", bem como pelo conselho da Europa na recomendação número 17/97 do conselho de ministros, referiram a necessidade da criação de um Sistema de Qualidade na Saúde. Surge nesta altura em Portugal um movimento que apresenta a Garantia da Qualidade como elemento fundamental da estratégia da saúde.

Em 1998-2002, o plano "A Saúde um Compromisso - Estratégia de Saúde para o virar do Século" assumiu a política da qualidade na saúde como indissociável da actual política da saúde.

Em 1999, é criado o Instituto da Qualidade em Saúde (IQS), juntamente com a Comissão Nacional de Acreditação e a Agência de Avaliação de Tecnologias ficando assim lançadas as bases do Sistema Português da Qualidade na Saúde (SPQS).

Em Junho de 2000, surge o Programa Operacional de Saúde 2000/2006, sendo de realçar o Eixo prioritário II – Melhorar o acesso a cuidados de saúde de qualidade, medida 2.3 – Certificação e garantia da qualidade. Os objectivos gerais desta medida incluem a promoção da criação de sistemas de garantia da qualidade em saúde e a adopção de modelos de gestão orientados para a qualidade e para os resultados, adopção das condições necessárias aos padrões de referência exigidos pelos sistemas de garantia da qualidade e a consolidação da rede de recursos de conhecimento.

O Plano Nacional de Saúde - Orientações Estratégicas para 2004-2010, no eixo V – Reorientar o sistema de saúde apresenta um conjunto de objectivos estratégicos e intervenções necessárias para colmatar lacunas como a escassa cultura e défice organizacional.

O programa do actual governo constitucional (XVII), na área da qualidade na saúde, proclama a necessidade de garantir a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, sendo necessário promover no seio do sistema a responsabilidade e o profissionalismo, a melhoria contínua da qualidade, a efectiva gestão de risco e a liderança nos serviços (Machado & Nunes, 2007).

Nos últimos anos a Qualidade, enquadrada na elaboração e definição de uma Estratégia de Saúde: *a Saúde, um compromisso - Estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002)*, foi assumida como uma das suas orientações estratégicas fundamentais, culminando todo este processo de crescimento e de desenvolvimento na inscrição do III QCA- Programa Operacional da Saúde (Biscaia, 2000).

Parece pois, que a qualidade na saúde será uma boa aposta, visando sempre a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. Para que tudo isto seja possível, além de ser necessária criar metas a atingir, é igualmente necessário acompanhar e apoiar todo o processo de mudança, promovendo a capacidade de identificação de obstáculos para assim antecipar soluções. Tudo isto porque melhoria contínua da qualidade na saúde implica explicitamente mudança de comportamentos.

Sendo assim terá que se proceder à mudança a vários níveis:

- ❖ *“Uma prática baseada na experiência, para uma prática baseada na evidência científica e na escolha informada do cidadão;*
- ❖ *Uma melhoria baseada apenas no desempenho profissional, para uma melhoria de cuidados envolvendo os cidadãos como parceiros;*
- ❖ *Uma qualidade mono-disciplinar, para cuidados partilhados e melhoria dos processos complexos de cuidados de saúde;*
- ❖ *Uma formação profissional contínua e avaliações de qualidade para uma gestão da doença num quadro de melhoria contínua da qualidade”* (Biscaia, 2000:6-10).

Nestes últimos anos foi possível identificar um conjunto de questões e problemas que podem intervir como travão para que esta mudança seja efectiva:

- ❖ “*As debilidades do enquadramento legal;*
- ❖ *A inexistência de um sistema de informação;*
- ❖ *A discriminação negativa;*
- ❖ *O défice de comunicação externa e interna”* (Biscaia, 2000:6-10).

Todo este processo de mudança e sua gestão, representa um grande desafio com especial relevância para os órgãos políticos e para as profissões da saúde, é necessário criar e desenvolver uma cultura da qualidade na saúde sendo esta uma tarefa individual e colectiva (Biscaia, 2000).

3.1.7. Plano de melhoria da qualidade

A melhoria da qualidade é o processo de avaliar sistematicamente estruturas, processos e resultados para assegurar excelência nos cuidados de saúde. Estas actividades de melhoria do desempenho ocorrem não só para assegurar qualidade nos cuidados mas também para, de uma forma continuada, melhorar os cuidados.

O Plano de Melhoria da Qualidade, descreve o processo que permite obter a melhoria organizada e persistente da sua estrutura, dos seus processos e dos seus resultados. Este plano traduz uma estrutura que suporta e dá continuidade às actividades, planeamento, cultura, liderança e envolvimento dos profissionais na melhoria contínua da qualidade dos cuidados e segurança do doente.

A eficiência pode ser continuamente melhorada segundo o modelo de melhoria contínua de Deming, composto por quatro etapas essenciais: planeamento / plan, execução / do, verificação / check e acção / act.

Uma parte essencial deste plano e do processo da melhoria da qualidade consiste na definição das unidades de medida, “os indicadores”, de modo a recolher e analisar dados para identificar oportunidades de melhoria, estabelecer e fazer *benchmarking*, fazendo comparações dentro da própria organização e com outras. (Pires, 2004).

Um sistema de gestão da qualidade global assenta na identificação das actividades chave

da organização e no estabelecimento de prioridades claras para monitorizar e melhorar processos utilizando indicadores. O programa organiza e integra as actividades de melhoria da qualidade, fornece a estrutura necessária ao planeamento, concepção, medição, análise e melhoria de processos, estruturas e resultados, com base numa abordagem sistemática e sistémica da organização. Por outro lado, esta abordagem sistemática inclui indicadores para monitorizar as prioridades definidas pela organização. Os indicadores são também definidos de acordo com as normas ISO 9001:2000. Praticamente qualquer acção pode influenciar a sua qualidade e pode colocar em risco a segurança do doente. Devido a isso, a maioria dos processos de cuidados de saúde envolve mais do que um departamento e pode ser constituído por diversas tarefas individuais (Rocha, 2006).

3.1.8. Princípios de melhoria da qualidade

Estes princípios de melhoria da qualidade baseiam-se na:

❖ Focalização no doente

O doente está em primeiro lugar, nos seus processos e na atenção dos profissionais, respeitando-o em todas as suas dimensões: física, psicológica, emocional, religiosa, social, económica e familiar. A melhoria da qualidade centra-se no doente, encarando-o como seu fim último.

❖ Abordagem por sistemas e processos

A melhoria da qualidade representa a mudança do sistema e dos seus processos. Nada tem a ver com juízos de valores sobre actuações pessoais. Procura satisfazer as necessidades e expectativas dos doentes que recebe, optimizando o seu desempenho como um todo e não como partes individuais. Deste modo, procura alinhar todos os seus processos, recursos tecnológicos, humanos, financeiros, valores e políticas no sentido do cumprimento dos seus objectivos e na sua melhoria contínua.

❖ Melhoria contínua

Para Juran, citado por Santos & Teixeira, 2007:124, melhoria significa “*mudança benéfica organizada, obtendo níveis de desempenho sem precedentes*”. Dispor da estrutura necessária para assegurar a melhoria contínua da qualidade, identificar as necessidades de melhoria, ou seja, projectos de melhoria com equipas responsáveis e treinadas, que através

de uma metodologia sistemática da melhoria, analisam os problemas, promovem as soluções e garantem a continuação dos resultados. Esta abordagem sistemática traduz-se na metodologia de melhoria da qualidade de Juran.

❖ *Gestão baseada em factos*

A gestão de uma organização que actua continuamente no sentido da sua melhoria deve basear as suas decisões em informação, confirmada com dados (factos) que deverão ser devidamente recolhidos, testados e validados, reduzindo a subjectividade e a variação. Com base na criação de informação clara e útil sobre os seus problemas e causas, de modo a poder resolvê-los e garantir as suas soluções.

❖ *Colaboração e espírito de equipa*

É fundamental a participação de todos os que constituem a organização no esforço contínuo de melhoria, sempre que possível, com base no trabalho em equipa. O trabalho em equipa consiste num processo que envolve um conjunto de pessoas com interesses em comum, sob liderança, visando atingir determinados fins. Trabalhar em equipa aumenta o compromisso, a comunicação, a aprendizagem mútua e melhora o trabalho.

❖ *Liderança*

A melhoria da qualidade implica necessariamente mudanças. Para a mudança é necessário a liderança, pelo que é factor essencial para o sucesso o apoio activo da gestão de topo. O apoio da gestão de topo passa pelo compromisso público com a qualidade, traduzindo numa visão positiva e motivadora, pelo apoio à mudança, pela participação activa, pelo fornecimento de recursos, pela revisão e acompanhamento do progresso e pelo reconhecimento do trabalho realizado e dos resultados obtidos.

❖ *Prioridades para medição e melhoria*

As actividades mais críticas desenvolvidas pela organização, devem ser identificadas, pela direcção de topo. Estando estas directamente relacionadas com a qualidade dos cuidados prestados. Estas áreas prioritárias serão também definidas com base nos objectivos principais, nas necessidades dos doentes e dos profissionais, correspondendo ainda a áreas que têm de ser monitorizadas em cumprimento das exigências do processo da ISO 9001:2008.

Com base nos processos considerados prioritários serão definidos criteriosamente indicadores de forma a assegurar a disponibilidade dos dados e resultados mais relevantes, no menor tempo possível e ao menor custo.

A definição de expectativas é feita com vista a monitorizar o desempenho de novos sistemas e processos. São seleccionados indicadores adequados para monitorizar os novos processos. Uma vez implementado um novo processo ou sistema, a organização recolhe dados para ver se o processo está realmente a funcionar como esperado (Santos & Teixeira, 2007).

3.1.9. Gestão da qualidade total

Os seus grandes mentores foram Deming e Juran que a implementaram nos EUA. Estudos demonstram, que é um conceito diferente dos outros, pois oferece melhores resultados no aumento da qualidade e na diminuição dos custos (Pui-Mun, 2002).

Centra-se na organização como um todo e não na qualidade praticada individualmente por cada profissional ou sector. Tenta antecipar-se aos problemas, satisfazer e exceder as necessidades e expectativas dos clientes, da comunidade, dos profissionais, devido ao facto de apostar na prevenção e auto correcção dos problemas.

A GQT é um processo composto pelas seguintes fases: Educação, Diagnóstico, Planeamento e Implementação. Tem como base uma filosofia na qual os profissionais de saúde empenham-se a fazer as tarefas sempre bem pela primeira vez, passando o exemplo a outros elementos da organização, pois as atitudes mudam com base em exemplos (Mezomo, 2001).

O desenvolvimento contínuo da qualidade apresenta-se como um conceito em constante evolução e é essencialmente um processo de mudança. A gestão deste processo de mudança representa um grande desafio para todos, mas com particular relevância para os órgãos políticos e para as profissões de saúde. É necessário implementar uma série de metodologias que se orientem por critérios de excelência. Os novos métodos ou medidas de avaliação da qualidade promovem a eficácia e a flexibilidade dos serviços como um todo, procurando o aperfeiçoamento contínuo no desempenho profissional, ou seja, uma GQT.

Em Portugal, é cada vez mais notória a preocupação em termos de qualidade a nível dos serviços de saúde, através da definição de metas a atingir, com o objectivo de uma contínua melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.

Em conclusão, não haverá hoje em dia, nenhuma intervenção na área da saúde ou que sobre ela incida, que não teça considerações, questione ou manifeste preocupação sobre a qualidade na saúde, seja numa perspectiva global e genérica seja nas suas diferentes dimensões e atributos.

Também Chiavenato (2002:704) definiu a qualidade total como “ *uma filosofia de gestão que pressupõe o envolvimento de todos os membros de uma organização numa busca constante de auto-superação e de contínuo aperfeiçoamento*” ou, como vem definida na norma NP EN ISO 8402 (1997: 47) “*cultura de organização que permite fornecer produtos e serviços capazes de satisfazer as necessidades e expectativas dos consumidores*”. Num certo sentido a “*qualidade total é quase uma religião*”, como afirma Haut em entrevista dada ao jornal “*O Público*” de 08/03/1993, sendo que, para Pires (2000:46) “*a institucionalização de um sistema de valores da qualidade total implica alterar, significativamente, os mecanismos de trabalho e de resolução de problemas, privilegiando o trabalho pluridisciplinar de grupo e as relações interpessoais*”. Rocha (2006:15) argumenta que “*ora se entende a qualidade como a capacidade de servir determinados fins, ora faz-se significado de excelência de uma organização. Mas existem outros significados para qualidade, fazendo-a coincidir com eficiência, eficácia e produtividade*”. Trata-se, por isso, de um conceito complexo, que se modifica ao longo da sua evolução histórica.

3.1.10. O modelo ISO 9000

Em 1987, por força da globalização, é criado o modelo normativo ISO para a área de Gestão da Qualidade, série 9000, Sistemas de Garantia da Qualidade. Esta norma facilitou a relação de clientes e fornecedores ao longo da cadeia produtiva dispersa geograficamente. O processo de selecção de fornecedores, utilizando esta norma como critério qualificador, eliminou os enormes contingentes de auditores que as organizações mantinham, passando a utilizar as certificações e auditorias, credenciadas para esse fim. A ISO 9000 difundiu-se rapidamente, sendo, hoje, um requisito de ingresso em muitas cadeias produtivas (Carvalho, 2005).

O Modelo de Excelência EFQM, modelo de gestão empresarial, introduzido em 1991,

destina-se a permitir a autoavaliação da qualidade organizacional, comparando a realidade da organização com o preconizado no modelo. O Modelo é constituído por cinco critérios “Factores”: Liderança, Política e Estratégia, Pessoas, Parcerias e Recursos, Processos - e quatro critérios “Resultados”: Resultados dos Clientes, das Pessoas, da Sociedade e Resultados Chave de Desempenho (Santos & Teixeira, 2007).

Constitui a base de apreciação das candidaturas ao Galardão Europeu da Qualidade (EQA).

Em 2001, a EFQM lançou os níveis de Excelência EFQM, sendo um esquema de reconhecimento com normas europeias consistentes aplicáveis às organizações, independentemente da dimensão, sector ou maturidade (Santos & Teixeira, 2007).

As normas ISO 9000 foram desenvolvidas para apoiar as organizações, independentemente do seu objecto ou dimensão, na implementação e gestão de sistemas da qualidade eficazes (ISO, 2000: 7).

Na Europa, o conceito de gestão da qualidade está relacionada com as normas ISO. A série das normas ISO 9000, surgiu em 1987 e assenta na garantia da qualidade baseado no cumprimento dos requisitos previstos nas normas (Carapeto & Fonseca, 2005).

No ano 2000, as normas ISO 9000 foram revistas e descrevem os fundamentos e terminologias dos sistemas de gestão da qualidade; a ISO 9001 estabelece os requisitos de um sistema de gestão da qualidade e é utilizado para a certificação e finalmente a ISO 9004 fornece as linhas de orientação para a implementação e melhoria contínua.

Capela (2001:1) define a certificação como sendo: “*A avaliação de um sistema da qualidade feita com base no conjunto de requisitos do modelo ISO 9000:2000 e a subsequente emissão de um certificado que ateste a conformidade do sistema da qualidade avaliado, face ao referencial usado para essa avaliação*”. A certificação também pode ser entendida como: “*Procedimento que valida a conformidade de um sistema de qualidade com a norma ISO 9001, por um organismo competente e independente. Atribui uma garantia escrita de que o produto, processo, serviço ou sistema está em conformidade com os requisitos especificados*” (DGAP, 2005: 221).

Entende-se por sistema da qualidade a “*organização da estrutura, das responsabilidades, dos procedimentos, dos processos e dos recursos para pôr em prática a gestão da*

qualidade. Estabelece um conjunto de critérios e de princípios, utilizados pelos dirigentes e pelo pessoal, para garantir a boa comunicação entre os clientes e a organização” (DGAP, 2005:231). Por outro lado, Carr & Littman (1992:162) entendem a certificação da qualidade como um recurso para a gestão da qualidade total e apontam como crítica à certificação da qualidade pelas normas ISO o facto de ser burocrática e de delegar a tarefa de assegurar a qualidade a um departamento de controlo da qualidade. Com esta revisão deixou de existir o departamento da qualidade para passar a existir o coordenador que funciona junto da gestão de topo e que é a *“pessoa ou grupo de pessoas que dirige e controla uma organização ao mais alto nível”* (ISO, 2000:17), sendo um dos seus membros.

De qualquer modo, a verdade é que, como afirma Capela (2001:4), as organizações certificadas reúnem vantagens que vão muito para além de aspectos formais, tais como: melhoria e celeridade de processos; redução de custos; clarificação de funções e responsabilidades, influência positiva que se exerce sobre os fornecedores, podendo promover melhorias da qualidade em cadeia e reduzir, substancialmente, as auditorias dos clientes.

A certificação não é um processo estático ou ocasional, tem um carácter de avaliação contínua, o que significa que a titularidade da certificação permanece apenas e enquanto a organização cumprir os pressupostos da mesma.

Para Carapeto & Fonseca (2005:43), a certificação proporciona um bom termo de comparação para as práticas de gestão da qualidade, uma vez que são normas reconhecidas internacionalmente. No entanto, considerando que a qualidade não se esgota na conformidade com os requisitos previstos nas normas ISO, os autores defendem que: *“as organizações que queiram orientar a sua actividade por padrões conducentes à qualidade total não devem bastar-se com a certificação, ou seja, com a obtenção de um certificado de conformidade com requisitos impostos por normas ou padrões e qualidade (parâmetros formais que quantificam a qualidade)”*.

Parece-nos, contudo, que as organizações que estão certificadas pelas normas ISO possuem vantagens competitivas porque, como defende Chiavenato, a certificação representa *“uma espécie de diploma que atesta que a organização cumpre as normas de gestão de qualidade estabelecidas pela ISO”* estando, por isso, *“em condições de produzir*

qualidade”. Entende ainda o mesmo autor que, o processo de certificação transporta consigo uma profunda transformação da organização e de todos os seus colaboradores e tem consequências mais profundas do que os efeitos provocados pela simples certificação (Chiavenato, 2002: 693-696).

3.1.11. Indicadores de qualidade

Cada processo chave é composto por um certo número de procedimentos importantes. Os indicadores seleccionados permitem definir eventos precisos, os quais podem dar informação sobre a qualidade das estruturas clínicas e de gestão e sobre a qualidade dos processos e resultados da organização. O principal objectivo da monitorização é prevenir a ocorrência de erros clínicos e reduzir o risco.

A gestão dos indicadores contempla o ciclo de melhoria através da definição dos indicadores e métodos para medir e interpretar; medição, análise e usos dos dados e resultados; verificação da eficácia do processo de gestão dos indicadores; desenvolvimento de acções correctivas para melhorá-los; e finalmente a avaliação do impacto das acções correctivas adoptadas (Rocha, 2006).

3.1.12. Acompanhamento e monitorização

Cada processo deverá ter métricas e indicadores que permitam analisar a respectiva eficácia e eficiência e acompanhar o cumprimento dos objectivos estabelecidos. No mínimo deverão existir objectivos e indicadores que avaliem a evolução dos processos eleitos como determinantes para a qualidade do produto final. Estes processos deverão ser revistos periódica e sistematicamente, de forma a ajustar os objectivos e até retirar e /ou acrescentar novos processos que derivem da revisão da estratégia da organização e também da avaliação da sua eficácia. Para que as revisões se processem de forma correcta e produtiva é determinante que, à partida, os meios e condições que as suportam se encontrem definidas.

A avaliação dos processos visa determinar se estes cumprem os objectivos que lhes foram estabelecidos. Para tal é necessário estabelecer indicadores ou medições da qualidade que permitam medir o seu desempenho em relação aos objectivos estabelecidos atendendo à estratégia da organização e aos requisitos da qualidade dos clientes da organização. Trata-se então de efectuar a avaliação quer em termos de eficácia (grau de atendimento dos requisitos do processo) quer em termos de eficiência (racionalização no uso dos recursos

para atender a esses mesmos requisitos). Quando os indicadores de desempenho demonstrarem que esses requisitos não estão a ser cumpridos, é necessário implementar acções correctivas e sempre que se justifique, introduzir inovações para colmatar esta ou estas não conformidades. Para que um indicador possa considerar-se adequado, ou seja, espelhar a realidade e a visão da organização e do cliente, indicar o nível de recursos utilizados, ser sensível às variações dos processos, ser objectivo e facilmente mensurável, fornecer as respostas num espaço temporal adequado e estar próximo da ocorrência do problema, deve respeitar um conjunto de características. Estas são a selectividade, a rastreabilidade, confiabilidade, comparabilidade, disponibilidade, estabilidade e a simplicidade. A optimização contínua dos processos é o cerne da melhoria contínua, com o objectivo de uma forma contínua e quantificável garantir a satisfação dos clientes. O que exige o estabelecimento de um sistema de indicadores da qualidade que permita acompanhar o desenvolvimento dos processos e do grau de cumprimento dos objectivos pré-estabelecidos. Trata-se assim de assegurar a eficiência e qualidade dos resultados. Esta monitorização dos processos pode ser feita de uma forma operacional – com o seguimento dos indicadores de processo e de resultados, e de forma estratégica – por meio de reorientações do processo (Carapeto & Fonseca, 2006).

Tendo em conta que a qualidade é um processo dinâmico que está sujeito a permanentes alterações e consequentemente, para que sejam desencadeadas eficazmente as acções e decisões necessárias, temos de monitorizar o sistema da qualidade. É objectivo da organização para a melhoria contínua a participação de todos os colaboradores de todos os sectores organizacionais, com o intuito de explorar todo o seu potencial criativo. Os gestores de topo bem como todos os colaboradores devem demonstrar através das suas acções, uma elevada consciência para a qualidade. O envolvimento directo dos gestores de topo quando surgem problemas da qualidade, o estabelecimento de requisitos da qualidade e o controlo da qualidade objectivo no trabalho diário potencia um elevado nível na cultura da qualidade. São efectuadas regularmente auditorias e avaliações para verificar a conformidade com as directrizes, legislação, assim como regulamentos técnicos e normas (tais como revisões pela gestão e auditorias da qualidade em conformidade com a ISO 9001:2008). As auditorias internas e externas têm como intuito assegurar que os elementos mandatários são efectivamente postos em prática. Os objectivos da avaliação interna são de avaliar na prática, os níveis de qualidade requeridos e as actividades de gestão da qualidade levadas a cabo nos diversos sectores organizacionais; monitorizar de forma eficiente a

implementação dos elementos mandatários; identificar os pontos fortes e fracos da gestão da qualidade e definir e periodizar medidas de melhoria.

3.1.13. Desenvolvimento contínuo da qualidade

Tradicionalmente, para atingirem a qualidade, as organizações centravam-se na Garantia da Qualidade (GQ), conceito este que figurava como medida obrigatória dos programas prioritários (DGS, 1997).

A GQ assenta em acções planeadas e abordagens sistemáticas (avaliação do desempenho), as quais aumentam significativamente a possibilidade de prevenir e encontrar melhores soluções, para melhorar e aumentar os padrões de prestação dos cuidados de saúde ao menor custo.

De acordo com Pires (2000), a GQ é a base do edifício da qualidade total, pois estabelece a "disciplina" necessária a aceitação do novo sistema de valores da qualidade total pois os seus procedimentos organizacionais definem claramente as responsabilidades, as acções de seguimento, os registos e os canais de comunicação, estabelecendo um conjunto de regras de vivências.

O que ficou provado a nível internacional, é que a GQ não conseguia resolver todos os problemas, pois não abrangia eficazmente todas as dimensões da qualidade. Era essencialmente um método operacional, que conseguia solucionar, sobretudo, os problemas cujas causas radicavam nesse âmbito, tendo sido ainda acusada, de resolver unicamente problemas pontuais (DGS, 1997).

Também a exigência cada vez maior, de orientar os resultados pelo princípio da *accountability*, contribui para que esta fosse gradualmente posta de parte.

Fala-se, então, em novos métodos ou medidas de avaliação da qualidade, que promovem a eficácia e a flexibilidade dos serviços como um todo, isto é, uma forma de organizar e envolver a totalidade do serviço, líder, unidade, departamento, actividade, cada um dos profissionais em cada nível para garantir que as actividades estão organizadas tal como foram planeadas, procurando o aperfeiçoamento contínuo no desempenho profissional, ou seja, uma GQT (Morris, 1989).

3.2. Gestão de processos

Dentro da perspectiva da gestão de qualidade podemos referir que o que está em causa é, fundamentalmente, melhorar um conjunto de processos que gerem serviços. O sistema de gestão por processos tem a vantagem de se centrar nos clientes, possibilitar a melhoria das inter-relações, aumentar o valor acrescentado, otimizar recursos e detectar ineficiências. Compatibiliza as necessidades organizativas internas com a satisfação dos cidadãos/clientes. Esta mudança na forma de gerir uma organização permite associar objectivos aos processos, para que se cumpram os objectivos dos departamentos para se conseguir alcançar os objectivos da organização. (Carapeto & Fonseca, 2006).

Qualquer organização, para atingir os objectivos a que se propõe, precisa de encontrar uma forma integrada de funcionar, onde todas as suas acções sejam sistematizadas e direccionadas para atingir os objectivos comuns. Esta integração faz-se através da chamada gestão de processos. A definição de processos é nada mais, nada menos do que a forma como as coisas são feitas e define-se pela sua finalidade. Ou seja, trata-se de um conjunto de acções no tempo, uma conjunção de actividades relacionadas, realizadas com os recursos disponíveis, segundo determinadas regras definidas pela organização, tendo em vista a obtenção de determinado resultado que vai de encontro com os objectivos pré estabelecidos pela organização e que se pretendem atingir eficazmente. Dito de outra forma, é um conjunto de operações orientadas para a produção de um valor acrescentado, com as quais utilizamos uma entrada (inputs) para conseguir uma saída (outputs), recorrendo à utilização de recursos. No âmbito da norma sobre gestão da qualidade, ISO 9001 (2000:9), define-se processos como sendo “*um conjunto de actividades inter-relacionadas ou que interagem e que transformam inputs em outputs*”.

Para permitir que a organização atinja a sua visão, os processos deverão ser estruturados e geridos, não de uma forma autónoma, mas de uma forma integrada e complementar (Carapeto & Fonseca, 2006).

A gestão de processos refere-se aos aspectos centrais da actividade da organização e deve reger-se por algumas regras que decorrem da aplicação dos princípios básicos da qualidade que são a satisfação dos clientes, acompanhamento e controlo, gestão baseada nos resultados e satisfação das pessoas. Uma organização pode utilizar diferentes ferramentas de gestão, como por exemplo *brainstorming* ou a dinâmica normal das equipas de trabalho. A identificação e selecção dos processos deve ser realizada a partir de uma reflexão sobre

as actividades que se desenvolvem na organização e do modo como estas actividades influenciam e se orientam para a obtenção de resultados.

De salientar que o sistema de gestão de processos deve contribuir para que os colaboradores adquiram os conhecimentos e a formação necessária para desenvolver as tarefas que lhe cabem nos processos de forma eficaz e eficiente. Deve ainda facilitar a comunicação no local de trabalho, reforçar o trabalho em equipa e a participação das pessoas na identificação e planeamento das melhorias (Dale & Bunney, 1999).

Os processos podem ser divididos em três grandes grupos: estratégicos e de regulação, operacionais e de suporte ou de apoio. Estes são determinados pela missão e visão da organização. Por isso um processo pode ser operacional numa dada organização e ser de suporte noutra.

A criação de uma cultura de melhoria numa organização não é num processo instantâneo. Implica mudar mentalidades, hábitos, técnicas e adquirir novos conhecimentos. A chave para o êxito reside na liderança. É aos líderes que cabe apoiar estas iniciativas e aderir aos seus princípios, afectando os recursos necessários e mantendo uma participação activa no projecto (Carapeto & Fonseca, 2006).

3.3. Mapeamento de processos

O bom serviço que satisfaz ao cliente e atende às intenções estratégicas da organização é normalmente o resultado de desenho e realização de um conjunto de processos inter-relacionados. Por vezes, os serviços falham, porque foram inadequadamente desenhados e executados. Embora o processo de serviço seja apenas um elemento da operação, é a parte que envolve todas as demais actividades. A matriz das áreas de decisão chave fornece um meio de categorizar os processos de serviço que nos ajudam a entender onde o principal valor está agregado e, assim, qual deve ser o principal foco de atenção para os gerentes de operações. Não esquecendo nem descurando o *back office* (actividades de retaguarda) que pode fornecer a maior parte do valor acrescentado (Johnston & Clark, 2005).

É fundamental mapear o processo para que estes sirvam de orientação nas suas fases de avaliação, desenho e desenvolvimento. A essência do mapeamento consiste em colocar no papel todas as actividades e seus relacionamentos, o que, normalmente, exige uma equipe de pessoas que entendem os vários aspectos do processo e que estejam por dentro de toda a estrutura organizacional. O ponto de partida consiste no surgimento de uma visão e de um

entendimento compartilhado de um processo por todos os intervenientes e envolvidos e assim, culminar na realização do seu papel no processo de serviço do princípio ao fim. Com isto, podemos obter com o mapeamento um instrumento fundamental e essencial de análise que ajuda na orientação de todo este processo e as etapas envolvidas nestes mesmos processos. É importante referir que, o mapeamento do processo é uma ferramenta útil, porque tenta sinalizar onde estão os problemas. Contudo, entender os tipos de falhas e a técnica para detectá-las são meios importantes de evitá-las. O importante é que cada falha dá à organização uma oportunidade de transformar a situação potencial de insatisfação em outra satisfatória. Falhas existem sempre e sempre irão surgir, o fundamental é saber de onde é que surgem estas mesmas falhas e o porquê para não voltarem a acontecer. Posto isto, é importante saber os pontos fracos potenciais ou reais de um processo, identificar o tipo ou natureza das falhas, focar o tipo de falha de forma a identificar os vários meios de reduzir ou de evitar erros, assegurar a existência de bons procedimentos de recuperação e finalmente monitorizar e avaliar o efeito da implementação (Johnston & Clark, 2005).

3.4. Gestão estratégica

De um modo genérico, poder-se-á dizer que a gestão estratégica consiste em tomar decisões que determinam a vida de uma organização.

Em resultado dessas opções deve surgir um conjunto articulado de orientações práticas para as várias acções, as quais visam garantir a coerência e a consistência com essa escolha estratégica. Essas orientações constituem o planeamento estratégico.

Assumindo que a estratégia é um pensamento complexo, por natureza, envolvendo percepções e intuições, podemos então aceitar que a estratégia acontece na nossa mente, antes de desenvolvermos todo o processamento analítico e sistemático do planeamento, também chamado de planeamento estratégico. A estratégia pode ser definida como o conjunto de acções e decisões da organização, que visam de uma forma consistente, proporcionar aos clientes mais valor do que o oferecido pela concorrência. Certamente, o objectivo de qualquer organização é vender produtos e/ou serviços que os consumidores atribuam valor, visto que só assim estarão dispostos a pagar para o adquirir.

O planeamento estratégico é um processo dinâmico, sistémico, participativo e contínuo para a determinação dos objectivos, estratégias e acções da organização. Também pode ser

chamado de plano de negócios. É um instrumento relevante para lidar com as mudanças do meio ambiente interno e externo e para contribuir com o sucesso das organizações.

A existência de um plano estratégico aumenta a possibilidade de uma organização aproveitar potencialidades e oportunidades actuais e futuras, ao mesmo tempo que possibilita reduzir a probabilidade de restrições e ameaças, podendo, a partir delas, prever boa parte dos riscos e situações operacionais adversas. Porém, se um plano estratégico não for suficientemente flexível para se ajustar à evolução do meio envolvente e não puder ser implementado pelos próprios executantes, a sua utilidade para a organização é reduzida.

Sendo assim, o pensamento estratégico deve sempre preceder o planeamento estratégico. A estratégia, antes de ser um plano é apenas um conjunto de visões integradas da actuação da estratégia, resultante do pensamento estratégico. Podemos ver nas características mais relevantes do planeamento estratégico.

Porém, é importante ter sempre presente que a origem estratégica reside no pensamento estratégico. Embora seja da responsabilidade dos administradores e executivos a definição da estratégia empresarial, o pensamento estratégico deve estar presente em todos os membros da organização.

Qualquer gestor deve demonstrar três tipos de capacidades:

Capacidades conceptuais: estas estão relacionadas com a compreensão da interacção entre o meio envolvente e a organização, principalmente a capacidade de formar uma visão mais vasta da questão, ter uma perspectiva a longo prazo e tomar decisões complexas.

Capacidades humanas: estão relacionadas com a compreensão das outras pessoas na organização, particularmente com a capacidade de interagir com os colegas, motivar os subordinados e dirigir projectos em equipa.

Capacidades técnicas: estas estão mais ligadas com a compreensão das funções a desempenhar, nomeadamente a capacidade de seleccionar as técnicas apropriadas, desenvolver novos processos operacionais e gerir orçamentos.

Seguramente, a combinação ideal destes três tipos de capacidades varia com a função e responsabilidade dos gestores na organização. Os executivos de topo devem aplicar mais realce nas capacidades conceptuais, enquanto que os gestores de primeira linha devem revelar um forte domínio nas capacidades técnicas, para virem a desempenhar com sucesso as suas tarefas. Já as capacidades humanas são importantes em todos os níveis de

hierarquia, com particular incidência nos cargos de responsabilidade intermédia (Freire, 1997).

A perspectiva positiva acerca dos aspectos comunicacionais e administrativos apresenta uma excepção relativamente às relações de proximidade e às oportunidades de diálogo com as chefias funcionais. A proximidade dos administradores é efectivamente uma vantagem.

Um factor essencial é o estilo de liderança, fulcral na mobilização das vontades e na mudança de atitudes para atingir objectivos estratégicos convenientemente divulgados e assumidos. As lacunas na comunicação interna são um ponto crítico próprio das organizações burocráticas, requerendo constante investimento nos recursos informáticos, mas também nas redes informais de relações sociais.

3.5. Gestão da mudança

As mudanças organizacionais tornaram-se uma constante na vida das instituições modernas, sendo consideradas como um factor de sobrevivência, pois à adequação rápida a novos princípios administrativos soma-se a necessidade de compreensão das alterações que têm impacto nas organizações e suas consequências como factor determinante do futuro (Pereira & Fonseca, 1997). Vivemos um processo acelerado de transformações que muda visivelmente o mundo das organizações e do trabalho. Este novo ambiente é marcado pela globalização económica, por profundas mudanças tecnológicas, pela flexibilização/reordenação do trabalho, pelo aumento da informalidade, pela ampla diversidade e pelos esforços racionalizados das reengenharias, dos processos de qualidade, entre outros aspectos.

Convém mencionar, que no sector da saúde, devem-se criar critérios de prioridade e linhas de orientação no sentido do bem-estar público, estando sempre presentes as expectativas da população mas também dos profissionais desta área. Pretende-se modelos cujos objectivos principais passam a estar identificados com a eficiência, eficácia, qualidade dos serviços e prestação de contas.

Podemos definir a mudança como a procura de melhorar o desempenho das organizações ou seja uma alteração na forma de gestão. Lidar com estas mudanças é o principal desafio que as organizações enfrentam. A mudança pode incidir sobre vários aspectos da

organização ou seja na estrutura, na tecnologia, na redefinição de tarefas, na reengenharia dos processos, alterações nos comportamentos dos actores, mudanças culturais e nos produtos ou serviços prestados. Um dos maiores desafios dos dirigentes prende-se em saber como gerir estas mudanças. A mudança surge, pela necessidade de uma maior flexibilidade para responder melhor às necessidades dos cidadãos (Bilhim, 2001).

Contudo, é importante que a gestão de topo encare a gestão da mudança de uma forma integrada, sistémica, equilibrando todas as vertentes do plano de mudança, incluindo as implicações emocionais da mesma, que são determinantes para o seu sucesso. É necessário, vencer nas organizações a atitude de resistência à mudança, caracterizada pela crença de que as práticas já implementadas são necessariamente as melhores e que a continuidade é melhor para todos do que a inovação. É importante referir, que a forma como a direcção implementa esta mesma mudança nas práticas do dia-a-dia é determinante para o sucesso dos mesmos, pois detêm o poder de acelerar ou travar as mudanças que se pretendem implementar. Este poder por vezes é bem visível em várias manifestações de resistência à mudança tais como a emergência de conflitos laborais, o bloqueio de informação, o absentismo e a lentidão na execução das tarefas e o desenvolvimento de boatos e intrigas que desestabilizam uma organização. Uma curiosidade interessante é que não são os colaboradores com escalões inferiores que mais resistem a estas alterações mas sim e sobretudo pelos gestores intermédios que têm medo de perder o poder já instituído e o risco de falharem (Carapeto & Fonseca, 2006).

Para colmatar alguma falha neste processo de mudança é extremamente necessário que se promova a adaptação e renovação dos comportamentos dos colaboradores informando, envolvendo e apoiando todo o processo e todos os elementos envolvidos nesta alteração. É premente informar todos os elementos da organização de todos os processos de mudança, para assim eliminar dúvidas e receios, chamando-os a participar, para beneficiar do seu conhecimento sobre os problemas. Se todos encararem a mudança não como uma ameaça mas, como algo que todos vão beneficiar, poderão ser envolvidos nos processos e constituir um factor-chave de sucesso das iniciativas a introduzir. É importante neste processo todo, definir a mudança de maneira operacional ou seja, mudar implica aprender um novo comportamento ou tarefa, que assenta na modificação dos conhecimentos e das representações; modificar a comunicação interpessoal na organização e por último

conservar um bom controlo emocional, para dominar e reduzir as resistências. Os autores referem que a *“melhor mudança é aquela que é parte integrante da estratégia da organização, conduz a desempenhos mais elevados, é alimentada pela criatividade das pessoas e apoiada por elas, tem origem em necessidades específicas do cliente, e não está necessariamente obcecada com o custo mas sim, com uma cultura que valoriza a melhoria contínua”* (Carapeto & Fonseca, 2006: 348-349).

3.6. Gestão de recursos humanos

Uma organização por ser composta por pessoas, representa uma comunidade, um grupo, o qual, por sua vez, se divide nos mais diversos subgrupos, cujos membros mantêm relacionamentos constantes entre si bem como com o mundo externo à organização. Com base em pesquisas e observações, constatou-se que o trabalho, realizado por equipas harmoniosas, resulta em maior produtividade e qualidade, além de representar uma importante fonte de satisfação e auto-realização para os seus membros.

É fundamental que os desafios a que nos propomos sejam conseguidos de forma pró-activa integrando e se possível liderando as mudanças. A flexibilidade das organizações pode ser explicada e fundamentada a partir do seu potencial humano e das competências chave para responder de forma eficaz, criativa e inovadora às exigências de mercados cada vez mais competitivos (IQF, IP, 2006).

As organizações estão a mudar e as pessoas que as integram têm também objectivos de vida diferentes. Actualmente, a performance das organizações depende não só da estratégia escolhida pelos líderes, mas também da forma como estes gerem os seus recursos humanos. A capacidade de motivarem, formarem, desenvolverem e avaliarem o desempenho de todos os colaboradores e sobretudo e o que importa referir mais neste projecto é a capacidade de detecção de anomalias e de mudança, permite-lhes não só fazer uma distribuição mais equitativa das tarefas bem como melhorar o desempenho no sentido de atingir a excelência. Se bem que esta excelência nunca chega a atingir o seu auge devido às constantes alterações e inovações existentes no decorrer do dia-a-dia de quem pretende melhorar e atingir cada vez mais (Cunha, 1992).

A verdadeira dimensão do valor humano na gestão de resultados das organizações de hoje está nos seus colaboradores. A satisfação dos colaboradores tem reflexo directo na satisfação dos clientes, na produtividade e na qualidade.

O líder contemporâneo investe na “*promoção do capital humano*”, explora as suas potencialidades, incentiva à criatividade e à qualidade, tenta atrair e reter pessoas devidamente qualificadas e dotadas de conhecimento (Simões & Fávero, 2003).

Os colaboradores com competência, constituem a chave para o sucesso do líder e, conseqüentemente, das organizações. Aspectos como a evolução tecnológica e as exigências cada vez mais acentuadas dos clientes, cada vez mais e melhor informados constituem também barreiras ao sucesso enquanto lidere.

Pelo que fica dito, pode-se concluir que a gestão de recursos humanos não pode ser entregue apenas aos profissionais desta área. Todo o gestor é também gestor de recursos humanos.

4. Metodologia

Para se realizar um trabalho seja ele qual for é estritamente importante traçar um plano de trabalho. Para tal, é necessário seleccionar um tema de trabalho, identificar os objectivos pretendidos, planear e delinear a metodologia que mais se adequa, escolher os instrumentos de pesquisa, ter acesso a esses mesmos instrumentos, escolher o material e a amostra pretendida. De uma forma resumida poderemos dizer que é preciso recolher, analisar e apresentar a informação.

Alguns autores defendem e argumentam que uma pesquisa é uma forma de investigação mais rigorosa e tecnicamente mais complicada. Howard e Sharp citados por Bell (1997), dizem que a *”pesquisa tem como objectivo a busca com vista ao enriquecimento do conjunto de conhecimentos de cada um e, possivelmente, de outros indivíduos, recorrendo a processos metódicos que conduzam à descoberta de factos e ideias não triviais”*. Por outro lado Drew diz *“que a pesquisa é conduzida para resolver problemas e para alargar conhecimentos....é a forma sistemática de fazer perguntas, um método sistemático de inquisição”*.

Contudo, Barzun & Graff citados por Bell, defendem que para se proceder a um trabalho de investigação deveremos seguir linhas de orientação que podem fornecer um ponto de partida para a concepção do seu próprio plano e segundo estes autores passa por: *“fixar prazos, redigir com regularidade, criar um ritmo de trabalho e parar de escrever num ponto em que seja fácil retomar”* (Bell, 1997:19-22).

Segundo Chizzotti (2005: 102), a ciência e as pesquisas cresceram e se desenvolveram a partir de um processo de busca metódica das explicações causais dos factos ou da compreensão exaustiva da realidade. O mesmo autor conceitua pesquisa como *“um esforço durável de observações, reflexões, análises e sínteses para descobrir as forças e as possibilidades da natureza e da vida, e transformá-las em proveito da humanidade”*. Desse modo, a pesquisa carece de responsabilidade e de ética, devendo produzir conhecimentos que sirvam para melhorar as condições da vida humana.

Por conseguinte, as teorias que orientam as investigações podem ser definidas também como paradigmas, modelos ou posturas dos investigadores. Sabe-se que na produção do conhecimento é estritamente necessário utilizar métodos e técnicas eficazes para se conquistar os objectivos da pesquisa. E, para a escolha de métodos e técnicas, é imprescindível contar com a orientação de concepções teóricas, paradigmas ou matrizes epistémicas. Acredita-se que o método varia de acordo com as posturas do sujeito investigador. Mas existem múltiplas relações que interferem nos resultados das pesquisas, por isso, não são possíveis *“explicar os métodos por si mesmos sem levar em conta os contextos teóricos e as condições histórico-sociais da produção da pesquisa”* (Gamboa, 1996:62).

Quando pensamos em investigação, ocorre sempre a ideia de que é para ser feita por pessoas com um certo traquejo e idoneidade e ainda que esta mesma investigação tem de ser sempre independente (Bogdan & Biklen, 1991).

A metodologia consiste no caminho para atingir um objectivo e compreende um conjunto de actividades sistemáticas e racionais, que permitem economizar recursos humanos e materiais, dando ao mesmo tempo a orientação necessária para percorrer esse caminho e alcançar o objectivo pretendido (Neto, 2003).

De acordo com Fortin (1999), a fase metodológica traduz-se por um processo racional, sequencial e lógico cujo objectivo é o conhecimento da verdade. É nesta fase que o investigador vai operacionalizar o seu trabalho, precisando o tipo de estudo, as definições operacionais das variáveis, o meio onde se desenvolve o estudo e a população.

Na nossa sociedade, é cada vez mais comum existir uma colaboração activa entre diversos intervenientes com vista à realização de um dado trabalho. Na verdade, a colaboração constitui uma estratégia fundamental para lidar com problemas que se afiguram demasiado pesados para serem enfrentados em termos puramente individuais. É o caso da investigação sobre a prática, que coloca dificuldades suficientemente sérias para justificar a adopção de estratégias de trabalho colaborativo. Na verdade, para a realização de uma investigação sobre a prática, a colaboração oferece importantes vantagens, que a tornam num valioso recurso. São várias as razões para que isso se verifique: juntando diversas pessoas que se empenham num objectivo comum, reúnem-se, só por si, mais energias do que as que possui uma única pessoa; juntando diversas pessoas com experiências,

competências e perspectivas diversificadas, reúnem-se mais recursos para concretizar, com êxito, um dado trabalho, havendo, deste modo, um acréscimo de segurança para promover mudanças e iniciar inovações; e finalmente, juntando diversas pessoas que interagem, dialogam e reflectem em conjunto, criam-se sinergias que possibilitam uma capacidade de reflexão acrescida e um aumento das possibilidades de aprendizagem mútua, permitindo, assim, ir muito mais longe e criando melhores condições para enfrentar, com êxito, as incertezas e obstáculos que surgem.

Uma pessoa pode decidir envolver-se num projecto colaborativo por diferentes tipos de razões: por um interesse comum numa inovação curricular, para lidar com uma turma difícil, para explorar um tópico novo ou avançar na compreensão de uma certa problemática, para ter a oportunidade de trabalhar com alguém com quem há relações pessoais previamente estabelecidas, ou até como estratégia para alterar as relações de poder na instituição (Boavida & Ponte, 2002).

O termo método não pode ser entendido como dispositivo global de elucidação do real, mas sim num sentido mais restrito, o de dispositivo específico de recolha ou de análise das informações, destinado a testar hipóteses de investigação. Neste sentido restrito, a entrevista de grupo, o inquérito por questionário ou a análise de conteúdo são exemplos de métodos de investigação em ciências sociais (Quivy & Champenhoudt, 2008).

O método científico é um instrumento que facilita ao investigador o planeamento da sua investigação, a formulação de hipóteses, a realização de experiências e a interpretação dos seus resultados. Para Polit (1995:13), *“o método científico é o método mais sofisticado de aquisição de conhecimento, criado pelo ser humano”*.

Nenhuma abordagem depende unicamente de um só método, quantitativo, qualitativo, estudo de caso, investigação - acção, etc. É natural e até evidente que um estudo que recorre a inquéritos é inevitavelmente quantitativo mas também poderá ter características qualitativas. Há sobretudo que seleccionar e decidir o melhor método a atribuir e que melhor servem para determinado fim e depois conceber os instrumentos de recolha de informação mais apropriados para o fazer.

Os investigadores quantitativos recolhem os factos e estudam a relação entre eles. Realizam medições com a ajuda de técnicas científicas que conduzam a conclusões

quantificadas e, se possível generalizáveis. Os investigadores que adoptam uma perspectiva qualitativa estão mais interessados em compreender as percepções individuais do mundo (Bell, 1997).

Nesta fase descrever-se-á a metodologia que irá ser desenvolvida, precisando a população em estudo, o tipo de estudo, as técnicas de recolha de dados e o tratamento e análise de dados.

4.1. População em estudo

Em resumo, uma população é um conjunto de pessoas acerca das quais se pretende produzir conclusões. Para Polit & Hungler (1995:13) *“a população inclui sempre um agregado específico de indivíduos em que o pesquisador está interessado”*.

Tendo em conta os objectivos do estudo, definiu-se como população alguns dos profissionais de saúde da organização. A amostra do presente estudo é constituída por 19 colaboradores, não sendo a totalidade dos profissionais desta organização mas sim, uma parte integrante no sistema e que poderiam executar as tarefas sem dificultar o normal funcionamento da organização. É importante referir, que a atitude tomada foi tida em consideração, pelo facto de um colaborador, por exemplo, de uma recepção, não estar apto, nem nas melhores condições para executar tais tarefas, não só pelo facto de fazer turnos, como também por não estar tão integrado no sistema e não ter tanta disponibilidade. Por tais motivos, está a justificação do reduzido número de elementos. É de salientar contudo, que da amostragem fazem parte alguns dos colaboradores que estão a tempo inteiro na organização e que elaboram no seu dia a dia de trabalho tarefas que muito podem contribuir para a monitorização do sistema de qualidade e cujas atribuições fazem parte do seu sector de trabalho.

4.2. Tipo de estudo

Este estudo é transversal, observacional e analítico na medida em que há análise de determinados dados obtidos.

Os estudos observacionais – descritivos, fornecem informação da população em estudo, focando geralmente um grupo representativo dessa população, cujos dados são recolhidos num único momento (Ribeiro, 1999).

Para o estudo da temática em questão, foram escolhidos os diversos métodos de pesquisa: análise documental, grupo de discussão e questionário. Além da bibliografia consultada para o enquadramento teórico da problemática que nos ocupa, foram utilizadas fontes documentais (textos legais, documentos e sites oficiais).

4.3. Método de investigação - *Action Research*

Tendo em vista que o meu projecto reporta-se à “Avaliação da monitorização do sistema de qualidade como contributo para a mudança do sistema organizacional” a metodologia a aplicar enquadra-se no *Action Research* (Investigação-Acção).

Cohen & Manion descrevem a investigação-acção como sendo “*um procedimento in loco, com vista a lidar com um problema concreto localizado numa situação imediata. O processo é controlado passo a passo durante períodos de tempo variáveis através de diversos mecanismos (questionários, entrevistas, etc) de modo que os resultados subsequentes possam ser traduzidos em modificações...de modo a trazer vantagens duradouras ao próprio processo em curso*”. Estes autores sublinham que o trabalho não está concluído quando o projecto acaba. Os participantes na acção continuam a rever, a avaliar e a melhorar a prática (Bell, 1997:19-22).

Para Brown & McIntyre “*as questões de pesquisa surgem de uma análise dos problemas de quem a pratica em determinada situação, tornando-se então o seu objectivo imediato a compreensão desses problemas ... a recolha de informação sobre os efeitos desta nova acção poderá gerar hipóteses posteriores e alterações de princípios...*”. A natureza prática da resolução dos problemas de uma investigação-acção torna este tipo de abordagem atraente (Bell, 1997:19-22).

John Elliott define como investigação-acção “*o estudo de uma situação social no sentido de melhorar a qualidade da acção que nela decorre*” existem nesta definição duas características implícitas que são o desejo de melhorar a qualidade do que ocorre em determinada situação e a necessidade de investigar essa situação.

Rapoport afirma “*a investigação-acção pretende contribuir para a resolução das preocupações das pessoas envolvidas numa situação problemática imediata e*

simultaneamente, para as finalidades das ciências sociais, através da colaboração de ambas as partes, num quadro ético mutuamente aceitável". Pode-se articular as duas vertentes na mesma investigação, através da participação conjunta dos cientistas e das pessoas directamente envolvidas. É uma forma de aliar a teoria e a prática.

Hasey salienta que *"é uma intervenção em pequena escala no funcionamento do mundo real e um exame próximo dos efeitos de tal intervenção"*. Nesta definição está patente a ideia de que há necessidade de avaliar não só os processos como também as próprias mudanças geradas pela referida intervenção (Esteves, 2008:19-20).

Bogdan & Biklen (1991) partilham da ideia de que a investigação-acção *"consiste na recolha de informações sistemáticas com o objectivo de promover mudanças sociais"*. Referem ainda que esta metodologia é do tipo de *"investigação aplicada e que o investigador se envolve activamente na causa da investigação"*.

Kemmis & Mc Taggart dizem que *"é uma forma de indagação introspectiva colectiva empreendida por participantes em situações sociais com o objectivo de melhorar a racionalidade e a justiça das suas práticas sociais ou educativas, assim como a sua compreensão destas práticas e das situações em que estas têm lugar"*. Isto sugere que a colaboração de todos os participantes neste processo de investigação é extremamente importante. Daí a pertinência da necessidade da colaboração empenhada de todos e da avaliação reflexiva, crítica e sistemática da situação pelos que estão envolvidos nesta problemática em estudo.

James McKernan diz que *"é um processo reflexivo que caracteriza uma investigação numa determinada área problemática cuja prática se deseja aperfeiçoar ou aumentar a sua compreensão pessoal...é uma investigação científica sistemática e auto-reflexiva levada a cabo por práticos, para melhorar a prática"*.

Existe ainda uma outra definição dada por um grupo de professores de várias escolas que participaram na *National Conference on Action Research* em que defendem a ideia que *"é uma identificação de estratégias de acção planeada, as quais são implementadas e depois*

sistematicamente submetidas à observação, à reflexão e à mudança. Os participantes na acção são integralmente envolvidos em todas estas actividades” (Esteves, 2008:19-20).

A investigação-acção forma, transforma e informa. Informa através da produção de conhecimento sobre a realidade em transformação; transforma ao sustentar a produção da mudança através de uma participação vivida, significada e negociada no processo de mudança; forma, porque produzir a mudança e construir conhecimento sobre ela é uma aprendizagem experiencial e contextual, reflexiva e colaborativa.

Há autores que consideram a investigação - acção baseada em princípios que colidem com a investigação tradicional em virtude de acharem que não tem legitimidade científica. Nomeadamente, as características da investigação – acção produzem conhecimento generalizável a outras situações e a promiscuidade gerada pela ausência de fronteiras entre os campos teóricos e práticos, que segundo esta perspectiva impede a validade dos estudos efectuados. Contudo, os adeptos desta nova linha de investigação da ciência pós-moderna, contra-argumentam alegando a ineficácia da investigação tradicional e do conhecimento acumulado, por estar desfasado das situações concretas e incapazes de apresentar soluções para os problemas concretos. Advogam que a legitimidade da investigação - acção decorre da procura de resposta para o fosso existente entre o conhecimento teórico produzido pela investigação tradicional e as necessidades da prática. Consideram que esta é mais adequada que a investigação tradicional quando há necessidade de conhecer em profundidade assuntos específicos e resolver problemas em situações sociais específicas. Existe assim, uma produção de conhecimento e desenvolvimento profissional é um conceito teórico e instrumental tendo como finalidade a melhoria do desempenho das tarefas e do ambiente profissional em que estas ocorrem.

É de referir que, este tipo de investigação deve ser conduzida de acordo com os mesmos procedimentos que conferem validade a qualquer investigação de natureza científica. Daí a importância do rigor e da sistematização em todo este processo (Esteves, 2008).

A investigação-acção consiste na recolha de informações sistemáticas com o objectivo de promover mudanças. Esta é considerada como um tipo de investigação aplicada em virtude de procurar resultados que possam ser utilizados pelas pessoas para tomarem decisões

práticas relativas a determinados aspectos ou seja, o investigador envolve-se activamente na causa da investigação.

Neste tipo de metodologia de trabalho podem ser utilizados tanto os métodos qualitativos como quantitativos. Os métodos qualitativos baseiam-se na observação, na entrevista e no recurso a documentos e registos. A investigação-acção está sempre preocupada com questões importantes, está ao serviço de um objectivo particular e deve ser objectiva. A objectividade deve ser encarada como o facto de dar peso igual a toda a informação que se recolhe ou de não assumir nenhum ponto de vista particular quando se conduz uma investigação. Wicker refere que no jornalismo a objectividade significa *”recolher ambos os lados de uma história”*. Para Taylor *“o observador deve relatar as suas observações tão honesta, completa e objectivamente quanto lhe seja possível”*. No entanto existem outras opiniões acerca da objectividade como é o caso da jornalista de investigação Jessica Mitford, que sublinha que não é objectiva se por objectividade se entende abdicar de um ponto de vista. Mitford diz que *“o rigor é essencial, não só para a integridade do trabalho, mas também para evitar processos por difamação. Pode ser desastroso tentar adaptar os factos às nossas concepções prévias ou permitir que a nossa perspectiva impeça a busca dos factos”* (Bogdan & Biklen, 1991: 295 - 296).

Os investigadores têm de ser honestos, recolher os dados na fonte e obter as perspectivas de todas as partes envolvidas nas questões. Quando na investigação-acção se recolhe os dados tem-se como objectivo modificar as práticas existentes. Com esta investigação podemos: recolher sistematicamente informação; obter compreensão dos factos; auxiliar na identificação de aspectos do sistema; permitir uma interacção entre as pessoas intervenientes; identificar os problemas; aumentar a consciência e dedicação; constituir uma forma de acção; ganhar confiança e recolher dados para auxiliar no planeamento da estratégia.

É de salientar, que nestes casos os investigadores têm de ser exaustivos na busca de materiais de documentação e sugerir recomendações para a mudança. As observações e as notas de qualquer observação participante deverão ser descritas de uma forma detalhada. Em conjunto com outras pessoas preocupadas com a mudança, quer esta mudança ocorra na avaliação, pedagogia ou modos de acção, os investigadores qualitativos podem ajudar as pessoas a viverem uma vida melhor (Bogdan & Biklen, 1991).

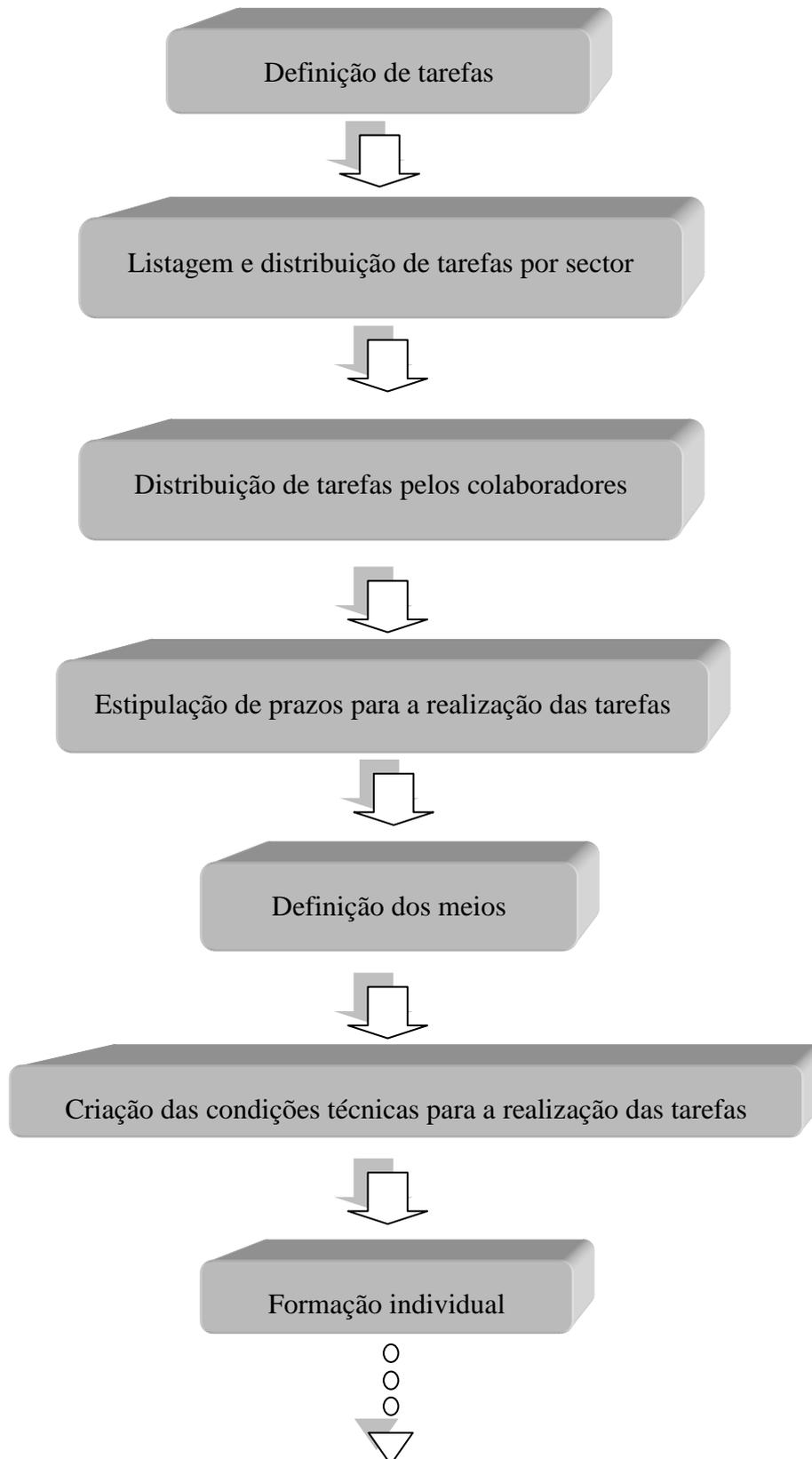
4.4. Recolha da informação

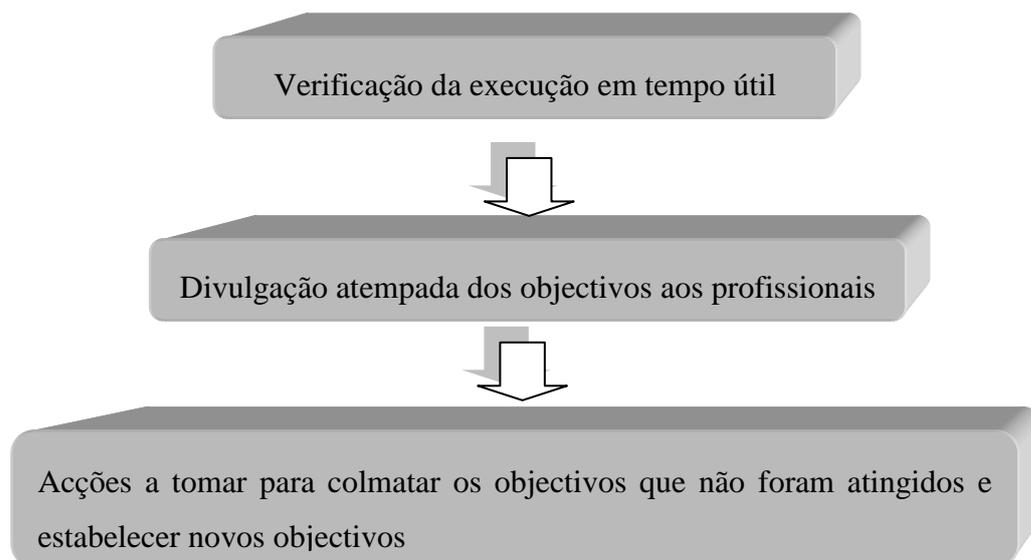
Não só é necessário integrar a qualidade nos processos, gerir a qualidade, estabelecer as bases para esta mesma qualidade, como também é primordial definir uma responsabilidade clara pela qualidade. Ou seja, definir tarefas, atribuir funções inequívocas e estabelecer prazos de cumprimento pelos profissionais, de forma a todos estarem integrados devidamente em todo o processo da qualidade, para atingirmos níveis superiores de satisfação e fidelização dos clientes. Com base neste ponto de vista está o cerne do estudo. Primeiro, deve-se verificar o cumprimento dos requisitos definidos para a monitorização do sistema de qualidade e de forma contínua depois, as verificações devem ser efectuadas com base em critérios precisos e por último, deve ser encontrada uma solução alternativa para os problemas em todas as situações de não conformidade ou que não estejam a ser atingidos, ou os objectivos pretendidos e estipulados, definidos para aquele ano de trabalho.

Neste sentido, este estudo pretende abarcar os objectivos acima descritos, contemplando a generalidade dos sectores de actividade e integrando as particularidades que este domínio profissional pode assumir.

De forma a atingir os objectivos propostos anteriormente, foram definidas primeiramente, as tarefas a serem executadas para a monitorização do sistema da qualidade e o levantamento das necessidades a nível da monitorização, por cada sector de actividade. Posteriormente, procedeu-se à realização de uma listagem de tarefas por sectores que foram distribuídas pelos diversos colaboradores. Foram estipulados prazos de realização das mesmas. Foram definidos os meios (ex: impressos, documentos, registos, sistema informático, etc) a serem utilizados para o cumprimento das mesmas. Foi realizada uma reunião, para estipular quem efectuava o quê e quem estaria mais apto e/ou disponível para determinada tarefa (Anexo 1). Criaram-se, no sistema informático, as condições necessárias para a execução das várias tarefas definidas. Seguidamente, foi efectuada formação a cada elemento para a execução das novas tarefas atribuídas. Foram verificadas se as tarefas atribuídas estariam a ser cumpridas na íntegra e atempadamente (Anexo 2). Por fim, foram certificados se os objectivos estavam a ser divulgados em tempo útil para todos os colaboradores.

De uma forma sucinta, segue o esquema representativo de todos os procedimentos descritos anteriormente.





Esquema 1- Esquema representativo da recolha de dados

É de salientar que, a gestão de topo, verifica estatisticamente a evolução dos objectivos propostos facto que não se verificava anteriormente, não atingindo, verdadeiramente, o estipulado no início do ano, com a brevidade possível e desejável, para melhor se monitorizar o sistema de qualidade e os objectivos a que nos propusemos.

4.4.1. Pré - teste

O pré-teste, geralmente definido como uma versão mais pequena do estudo proposto, é uma prova preliminar, cuja finalidade é evidenciar o maior número de aspectos passíveis de interferir na validação dos resultados da investigação ou a possibilidade de enviesamento (Burns & Grove, 1993). Assim, é possível melhorar o instrumento de recolha de informação e clarificar algumas questões mais problemáticas e resolver eventuais dificuldades relacionadas com a incompreensão. Em termos de eficácia do pré-teste, é necessário que os elementos seleccionados sejam típicos em relação ao universo (Gil, 1999).

Realizou-se um pré-teste com uma amostra de três profissionais mais críticos e participativos em todo o processo (Anexo 3). Para tirar partido do pré-teste, depois de responderem ao questionário, realizou-se uma reunião conjunta com os três elementos,

conjugando-se as diversas opiniões, a fim de se obter mais informações acerca de possíveis dificuldades encontradas e da clareza e precisão na formulação das questões (Anexo 4).

4.4.2. Questionário

Na investigação, existem vários instrumentos que permitem efectuar a colheita de dados, todos eles possuem uma finalidade única, que é “...traduzir o proposto para o estudo em questões particulares...”(Witt, 1981:49).

O investigador, na escolha do instrumento de recolha de dados mais adequados, deve ter em conta os objectivos do estudo, o seu nível de conhecimento sobre as variáveis, as hipóteses, a fidelidade, a validade do instrumento, a natureza do problema e as características da população (Fortin, 1999).

As questões propostas num questionário podem ser de dois tipos - fechadas ou abertas. Nas questões fechadas, onde são dadas opções reduzidas de resposta, existe um perigo traduzido por "*as perguntas impõem ao informante uma estrutura que não é a sua, para além de poder estimular a produção de respostas decorrentes das hipóteses previstas [...]*" (Lessard & al., 1990:146). No entanto, este tipo de questões permite uma mais fácil análise das respostas apontadas, podendo muitas vezes levar a um tratamento quantitativo, situação que, no entanto, na perspectiva de diversos autores, é compatível com uma escolha qualitativa para a metodologia do estudo. As perguntas abertas são de resposta mais pessoal, mas de maior dificuldade no tratamento. Muitas vezes, nos questionários opta-se por uma forma, pré formada, em que é estabelecido um compromisso entre estes dois tipos de questões (Lessard & al., 1990).

Assim, optou-se pela utilização de questionário com questões abertas, que é um instrumento constituído por uma série ordenada de questões, que devem ser respondidas por escrito. Efectuou-se ainda a recolha de dados através da observação participativa da autora do projecto e do levantamento da realização das tarefas efectuadas por cada profissional (Anexo 2).

Uma preocupação básica deste trabalho, consistiu no anonimato total dos colaboradores, para garantir a autenticidade das respostas dadas pelos mesmos (Anexo 5).

Com base na informação recolhida no pré-teste, procedeu-se a diversos ajustamentos, eliminando e reformulando algumas questões. Com base nestes contributos, foi construída uma segunda versão do questionário. O questionário utilizado é constituído por 10 questões abertas (Anexo 6).

Com o quadro inicial do questionário, pretende-se saber se as idades ou o sexo dos colaboradores interferem, mais ou menos, na aptidão em realizarem as tarefas (se os mais velhos por exemplo têm mais dificuldade em manusear os computadores) e se os anos de serviço, contam ou não para a maior familiarização com a gestão da qualidade.

Em virtude de, em alguns sectores nunca terem sido atribuídas tarefas até à data relacionadas com a gestão da qualidade, a autora do projecto achou pertinente e interessante fazer a distinção entre sectores.

O que se pretende, com as questões levantadas é:

Questão 1- Averiguar se a mudança na monitorização do SQ foi boa para todos ou não e se todos os colaboradores estão satisfeitos com essas alterações. Identificar os factores de resistência à mudança. Saber se os colaboradores da organização em questão concordam com a distribuição de trabalho, organização e no trabalho de equipa.

Questão 2- Saber se todos os colaboradores estão envolvidos no SQ.

Questão 3- Se todos conseguem executar as tarefas definidas com facilidade. Avaliação do potencial dos colaboradores.

Questão 4- Saber se existe tempo por parte de todos para realizar as tarefas. Grau de incumprimento das tarefas predefinidas.

Questão 5- Ter o *feed back* de quem já tinha tarefas definidas e o número.

Questão 6- Saber se as ferramentas disponíveis são as mais eficazes e adequadas para a realização das tarefas.

Questão 7- Se todos concordam ou se acham que há sobrecarga de trabalho e se algumas tarefas estão mal atribuídas a alguns elementos.

Questão 8- Verificar se actualmente todos estão envolvidos no S.Q e se estão motivados.

Questão 9- Saber se existe trabalho de equipa, se as tarefas são realizadas atempadamente, a importância da realização das tarefas e finalmente se existe conhecimento por parte de todos os colaboradores da variedade destas.

Questão 10- Saber se a informação chega a tempo de se verificar se os objectivos estão a ser cumpridos, se o material utilizado nesta alteração é eficaz, bem como, a forma como está a ser utilizado. Identificar as alterações no fluxo de informação.

Atendendo à circunstância de, por motivo de serviço, o questionário ter de ser preenchido durante o horário e no local de trabalho, o mesmo sofre de uma limitação relacionada com o facto de não poder ser preenchido de forma ininterrupta, limitação de que se tem consciência e assume-se, uma vez que de outro modo não seria possível realizar o trabalho. A metodologia adoptada pela autora do projecto na implementação do questionário, foi feita através da solicitação aos funcionários para o preenchimento do questionário logo após a sua entrega, com o menor número de interrupções possíveis, não obstante o facto de este ser respondido durante o horário de trabalho, para que o inquérito fosse respondido por todos no mesmo dia, de forma a afastar a possibilidade de troca de impressões entre os funcionários sobre o mesmo. Com isto, pretende-se evitar o enviesamento do questionário, na medida em as respostas poderiam não ter a desejável espontaneidade e sinceridade. Assim, tendo em vista não prejudicar o normal funcionamento do serviço e tendo em conta o interesse da autora em estar em cada um dos locais desde o momento da entrega do questionário aos funcionários, até ao momento da sua devolução, o inquérito foi realizado no mesmo dia, da parte da manhã, início da tarde e final do dia, em cada um dos sectores de trabalho.

Contudo, pode-se concluir que em todas as investigações com recurso ao questionário, comparativamente a outras formas de abordagem apresentam vantagens e desvantagens.

Entre as vantagens, salienta-se o facto de permitir aceder a um elevado número de participantes, a flexibilidade, o custo razoável, o facto de apresentar as mesmas questões a todas as pessoas e a garantia do anonimato. O questionário é um método directo de obter informação sendo um dos procedimentos mais utilizados quando se trata de factos, crenças, opiniões, intenções ou de níveis de conhecimento (Waltz & Strickland & Lenz, 1991).

Entre as desvantagens podem apontar-se a *“impossibilidade de garantir que o sentido das questões foi correctamente compreendido e o facto de não oferecer a garantia de que a maioria das pessoas devolvem-no devidamente preenchido (...)”*(Gil, 1999:129).

Quanto à primeira desvantagem, foi minimizada pelo facto de se ter procedido a estudos preliminares que permitiram corrigir ambiguidades iniciais através do pré-teste e ainda pelo nível de escolaridade dos inquiridos ser elevado. Relativamente à segunda, embora fuja em grande medida ao controlo do investigador, procedeu-se a reuniões com todos os colaboradores no sentido de apresentar os objectivos do estudo e de obter a sua colaboração no incentivo à participação dos profissionais (Anexo 1).

4.5. Tratamento da informação

Para se proceder à análise dos dados analíticos, fez-se o levantamento dos mesmos através da consulta dos processos informatizados. Estas consultas foram previamente autorizadas por escrito, sendo o sigilo das informações pessoais garantidas e todos os registos tratados separadamente da identificação dos colaboradores (Anexo 5).

A recolha dos dados foi efectuada pela autora do projecto.

Depois de realizados, distribuídos e preenchidos, os questionários foram analisados. Foi redigido, então, um relatório onde foram colocadas as principais conclusões.

O tratamento da informação obtida nas questões abertas será efectuada através da análise de conteúdo que ajuda o investigador a reduzir, resumir, organizar, avaliar, interpretar e comunicar a informação (Polit & Hungler, 1995).

4.5.1. Análise de conteúdo

A análise de conteúdo pressupõe o estabelecimento de categorias, ou seja, encontrar referenciais importantes no discurso, o que podemos designar de unidades de registo.

Trata-se de uma técnica qualitativa mais ajustada às finalidades descritivas e exploratórias deste estudo. Segundo Quivy & Champenhoudt (1992:227), a análise de conteúdo oferece

a possibilidade de tratar metodicamente informações e testemunhas que apresentam um certo grau de profundidade e de complexidade. O autor refere ainda que, melhor que qualquer outro método de trabalho, a análise de conteúdo, quando incide sobre um material rico e profundo, permite “ *satisfazer harmoniosamente as exigências do rigor metodológico*”.

Vala (1986:104), define a análise de conteúdo como uma técnica cuja finalidade será “*efectuar inferências, com base numa lógica explicitada, sobre as mensagens, cujas características foram inventariadas e sistematizadas*”.

Carmo (1998:96), citando Berelson, define análise de conteúdo como “*uma técnica de investigação que permite fazer uma descrição objectiva (porque deve ser realizada de acordo com determinadas regras e instruções claras e precisas, de modo a que diferentes investigadores, ao trabalharem sobre o mesmo conteúdo, obtenham os mesmos resultados); sistemática (porque o conteúdo deve ser ordenado e integrado em categorias, escolhidas em função dos objectivos do investigador) e quantitativa, por vezes, (porque se pode calcular a frequência dos elementos considerados significativos do conteúdo manifesto das comunicações, tendo por objectivo a sua interpretação)*”.

Segundo Richardson (1989:188) “*toda a análise de conteúdo supõe a desagregação de uma mensagem nos seus elementos constitutivos, chamados unidades de registo, que correspondem aos segmentos de conteúdo considerados como unidades base de análise*”.

A análise de conteúdo sofreu as influências da busca da cientificidade e da objectividade recorrendo a um enfoque quantitativo que lhe atribuía um alcance meramente descritivo. A análise das mensagens neste intuito fazia-se pelo cálculo de frequências. Essa deficiência cedeu lugar à análise qualitativa dentro dessa técnica, possibilitando a interpretação dos dados, pela qual o pesquisador passou a compreender características, estruturas e/ou modelos que estão por trás das mensagens levadas em consideração (Godoy, 1995).

Diante do elucidado, pode-se afirmar que a análise de conteúdo é um método que pode ser aplicado tanto na pesquisa quantitativa como na investigação qualitativa, mas com aplicações diferentes, sendo que na primeira, o que serve de informação é a frequência com que surgem certas características do conteúdo, enquanto na segunda é a presença ou a

ausência de uma dada característica de conteúdo ou de um conjunto de características num determinado fragmento de mensagem que é levado em consideração (Bardin, 1994).

Bardin, citado por Godoy (1995), apresenta a utilização da análise de conteúdo em três fases fundamentais: a pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Na primeira fase é estabelecido um esquema de trabalho que deve ser preciso, com procedimentos bem definidos, embora flexíveis. A segunda fase consiste no cumprimento das decisões tomadas anteriormente, e finalmente na terceira etapa, o pesquisador apoiado nos resultados brutos procura torná-los significativos e válidos.

Por outro lado, Trivinos (1987) partilha da ideia e explica as três etapas como sendo básicas nos trabalhos com a análise de conteúdo.

A pré-análise: a organização dos materiais que serão utilizados para a colheita dos dados, assim como outros materiais que podem ajudar a entender melhor o fenómeno e fixar o que o autor define como *corpus* da investigação, que é a especificação do campo que o pesquisador deve centrar a atenção.

A descrição analítica: nesta etapa o material reunido é aprofundado, sendo orientado em princípio pelas hipóteses e pelo referencial teórico, surgindo desta análise quadros de referências, reunindo sínteses coincidentes e divergentes de ideias.

Interpretação referencial: é a fase de análise propriamente dita. A reflexão, a intuição, relações com a realidade aprofundando as ideias, chegando se possível à proposta básica. Ainda de acordo com o mesmo autor deve ocorrer interacção dos materiais, não devendo o pesquisador restringir a sua análise ao conteúdo manifesto dos documentos. Deve-se ainda, tentar aprofundar a análise e desvendar o conteúdo latente, revelando ideologias e tendências das características dos fenómenos sociais que se analisam, ao contrário do conteúdo manifesto que é dinâmico, estrutural e histórico.

Laville & Dionne (1999) apontam que a análise de conteúdo é principalmente aplicada nos dados que se apresentam como discurso, o qual abrange textos extraídos de diversos tipos de documentos como respostas obtidas em perguntas abertas. O princípio da análise de conteúdo é definido na demonstração da estrutura e dos elementos desse conteúdo para esclarecer diferentes características e extrair sua significação. A análise de conteúdo não

obedece a etapas rígidas, mas sim a uma reconstrução simultânea com as percepções do pesquisador com vias possíveis nem sempre claramente balizadas.

Como conclusão, podemos referir que as pesquisas qualitativas são muito utilizadas em análises textuais. Seja partindo de textos já existentes, seja produzindo o material de análise a partir de entrevistas, questionários e observações, a pesquisa qualitativa pretende aprofundar a compreensão dos fenómenos que investiga a partir de uma análise rigorosa e criteriosa desse tipo de informação, isto é, não pretende testar hipóteses para comprová-las ou refutá-las ao final da pesquisa; a intenção é a compreensão.

É preciso salientar, que este processo de análise é um processo exigente e trabalhoso. Somente se assim considerado, possibilita atingir o rigor e a qualidade que se esperam de uma análise qualitativa.

Em relação aos conteúdos manifestos (explícitos), é dele que se deve partir (tal como se manifesta) e não falar "através dele", num exercício de mera projecção subjectiva. Da mesma maneira, é importante que os resultados da análise de conteúdo, devam reflectir os objectivos da pesquisa e ter como apoio indícios manifestos no conteúdo das comunicações.

Desta maneira, a análise de conteúdo não deve ser extremamente vinculada ao texto ou à técnica, num formalismo excessivo, que prejudique a criatividade e a capacidade intuitiva do investigador, por conseguinte, nem tão subjectiva, levando-se a impor as suas próprias ideias ou valores, no qual o texto passe a funcionar meramente como confirmador.

Outro ponto importante, ainda dentro dos conteúdos e que tendem a serem valorizados à medida que são interpretados é o contexto social e histórico sob o qual foram produzidos (Franco, 1986).

5. Resultados

5.1. Questionário

Relativamente à primeira questão colocada sobre se “*Considera a mudança da monitorização do Sistema de Qualidade (SQ) positiva ou negativa? Porquê?*” verificou-se que 100% dos inquiridos respondeu que a mudança foi positiva. Da análise de conteúdo feita a esta resposta os motivos mencionados foram devidos a:

- “...*permitir a análise e interpretação dos dados bem como reflexão sobre as melhorias a implementar, facilitando o processo e reduzindo o tempo para solucionar determinados desafios...*”;
- “...*distribuição de tarefas... mais definidas...*”;
- “...*percepção mais real de cada sector...*”;
- “...*descentralização de tarefas...*”;
- “...*maior envolvimento de todos os colaboradores da organização facilitando assim, o processo do sistema de qualidade...*”;
- “...*maior fluidez de todas as actividades inerentes à qualidade...*”;
- “...*integração na melhoria contínua da organização...*”;
- “...*maior rapidez na reunião dos dados necessários...*”;
- “...*aumenta o conhecimento de todos...*”;
- “...*cedência de responsabilidades...*”;
- “...*sistema da qualidade acompanhado e monitorizado mais frequentemente. Mais envolvimento de todos e consecutivamente profissionais mais responsáveis...*”;
- “...*percepção da evolução da realidade da organização podendo tomar parte activa na sugestão de medidas de melhorias constantes...*”;
- “...*mais-valia...*”.

Foi considerada a opinião em relação aos objectivos do sistema de qualidade para cada sector e a sua adequação, de extrema importância que sejam planeados pelos profissionais de cada sector. Se considerarmos, que os objectivos estabelecidos se adequam à realidade do sector e visam a melhoria de atendimento e o aumento da eficácia, então os objectivos são pertinentes. Foi salientado o facto de concorrentialmente ser necessário cada vez mais

alcançar um maior número de objectivos. Os colaboradores referiram também, que foram planeados os objectivos previamente, pelo sector, juntamente com o responsável da qualidade, por isso são considerados adequados.

Foi salientado, ainda que, o envolvimento de todos os colaboradores, leva a uma maior responsabilização dos profissionais, em virtude de se pretender atingir os objectivos e facilitar a conclusão dos mesmos. E que, os objectivos estabelecidos por cada sector envolvido, são sempre mais estruturantes e mais organizativos vindo de encontro às necessidades da organização.

Foi também transmitido que, permite verificar os pontos menos fortes, de modo a melhorar e avaliar com maior precisão alguns pontos críticos do dia-a-dia de trabalho e também pensar em novas oportunidades para melhorar esses objectivos ou ampliá-los. E ainda que, permitem controlar todos os produtos e serviços e perceber a evolução dos utentes atendidos assim como os procedimentos efectuados, de modo a poder actuar e sugerir actuações no sentido da melhoria e aumento da produtividade com a devida qualidade em cada sector.

As dificuldades sentidas na realização das funções que foram atribuídas, prendem-se com o facto de algumas tarefas serem morosas e o factor tempo: “...por vezes não é fácil conciliar as tarefas do dia-a-dia com as tarefas da qualidade pois estas últimas também exigem dedicação de tempo e concentração...”; “... Por vezes é difícil estabelecer prioridades...”. Por último foi apontado, que o importante é que as tarefas da qualidade se tornem uma normal tarefa do dia-a-dia, e que o facto de, por vezes, existir alguma ausência do colaborador no sector onde habitualmente trabalha, impede a realização das tarefas como o pretendido.

Para concluir, 47,3% dos 19 inquiridos, responderam que não sentiram dificuldade na execução das tarefas que lhes foram atribuídas; 36,8% referiu como dificuldade a falta de tempo e finalmente 5,3% referiu a ausência de recursos informáticos eficazes, a falta de formação a nível informático e a falta da presença no sector.

Relativamente à quarta questão, que se prende com a dificuldade em realizar as tarefas no tempo previsto, as respostas obtidas foram:

- “...por vezes o volume de trabalho e acumulação de funções torna-o mais difícil, embora considere que o método no trabalho vence essa dificuldade...”;
- “...o tempo reduzido. Devido à complexidade do sistema por vezes os timings não são cumpridos na sua totalidade...”;
- “... o facto de algumas tarefas estarem dependentes de outros, pode limitar os resultados e eficiência...”;
- “...sim porque acontecem percalços diários como por exemplo, o facto de ter de ir para outro sector, para substituir os colegas que têm folgas, falta ou férias...”;
- “...falta de tempo e não por dificuldade...”;
- “...conseguem-se conciliar com o tempo de trabalho...”;
- “...sim, sinto alguma dificuldade em realizar as tarefas no seu devido tempo, pois o meu trabalho requer prioridades, tendo em conta que lido com pessoas, ficando estas tarefas por vezes para segundo plano, pelo que depois tenho de apressar mais a realizá-las fora do horário de trabalho...”;
- “... por vezes podem-se tornar penosas mas o benefício considera-se e apresenta-se superior...”.

Em suma, 52,6% dos profissionais não sentem dificuldade em realizar as tarefas no tempo previsto, 42,1% referiram que sim por falta de tempo e 5,3% por ausência no seu sector de trabalho.

Da análise de conteúdo feita depreendemos que 63,2% dos colaboradores já exerciam alguma tarefa relativa à gestão da qualidade e 36,8% não tinham nenhuma tarefa atribuída.

Os aspectos referidos como importantes no contributo de cada um, nesta monitorização foram, a envolvência de todos no processo, no sentido de otimizar e rentabilizar os desempenhos e alertar o grupo da qualidade para falhas detectadas em especial na sua correcção, para que o sistema de qualidade seja funcional e atinja uma melhoria contínua; permitir organizar a informação obtendo respostas mais directas sobre o serviço; o envolvimento dos profissionais e contributos positivos pela possibilidade de discutir e apresentar novas ideias; contribuir na organização da documentação; envolvimento com os objectivos da qualidade e permitir a descentralização de tarefas, o controlo de produtos,

substâncias utilizadas e a monitorização do trabalho efectuado pelo sector, permitindo a tomada de medidas que o melhore.

Contudo, convém mencionar e transcrever algumas das respostas apontadas pela sua pertinência e importância para este projecto, nomeadamente:

- “...toda a resolução de problemas e novos desafios poderão e deverão passar por monitorização para melhorar ou determinar a pertinência e eficácia das acções implementadas...”;
- “... a única forma de se atingir a melhoria contínua é com o empenho e colaboração de todos os membros da organização...”;
- “...todos fazemos parte do S.Q. e para sabermos dar resposta a algumas medições atribuídas ao sector...é uma forma de aprendermos com o S.Q. ...,” ;
- “...ficamos mais por dentro do sistema e do programa e também porque estamos a contribuir para uma melhoria tanto a nível de conhecimento como de participação...”;
- “...a monitorização funciona como uma linha condutora que nos orienta e mostra aspectos que possamos melhorar...”.

As ferramentas de trabalho são adequadas às tarefas realizadas, segundo a opinião de 73,6% dos inquiridos, 5,3% acham que não estão adequadas e 21% têm algumas reservas ou seja, concordam que estão mais ou menos adequadas, embora se pudesse melhorar no sentido de que deveria ser mais aproveitado e explorado o sistema informático. Alguns referem, ainda, que poderiam ser simplificados os excessos e reduzidos os registos em formato de papel.

Na globalidade (100%), as tarefas estão bem distribuídas, como referem os colaboradores, e têm noção das diversas tarefas existentes noutros sectores que fazem parte das medições da qualidade, não considerando importante ou pertinente estabelecer mudanças, mas sim, à medida que o envolvimento aumenta, deve ser acompanhado por uma crescente responsabilização de cada sector.

A questão número nove tem como objectivo saber se existe trabalho de equipa, se as tarefas são realizadas atempadamente, a importância da realização das tarefas e finalmente se existe conhecimento por parte de todos os colaboradores da variedade das tarefas.

A resposta afirmativa foi 100% unânime tendo sido justificada por terem repercussões nas tarefas dos outros na medida em que é um trabalho realizado em equipa e se um falhar todo o sistema falha ou parte dele. Só com todas as tarefas da qualidade executadas, é possível rever o SQ e fazer planos para o futuro e um desempenho segundo as normas da certificação e acreditação. Por isso, a realização da conclusão de todas as tarefas é essencial. Foi mencionado a fluidez dos dados que são necessários para conclusões e obtenção de resultados por parte dos responsáveis da qualidade e o facto de não haver sobrecarga de tarefas nos mesmos elementos.

Alguns exemplos foram:

- “...algumas medidas até à partida parecem sem grande significado e acabam por ser muito importantes no dia-a-dia tentar sempre uma melhoria constante e verificar que até conseguimos e estamos a dar exemplo aos outros e contribuir para uma melhor orgânica do serviço...”;
- “... O SQ é um sistema organizado e como tal a falha de um dos parâmetros monitorizados pode gerar falhas ou erros de contagem e conseqüentemente levar à existência de não conformidades aquando de uma auditoria...”;
- “... as minhas tarefas permitem que os outros executem as suas tarefas com consciência da realização de um serviço de qualidade, tendo uma noção da evolução do trabalho do sector... além disso, permite a tomada de medidas que possam colmatar determinadas falhas e ajudarem na melhoria constante...”.

Por último, relativamente à questão se a informação chega até aos colaboradores em tempo oportuno, todos estão de acordo que sim e todos têm a noção que essa informação é transmitida através das reuniões, da revisão e planeamento e do *feedback* directo do responsável da qualidade.

5.2. Lista de verificação das tarefas

Com o intuito de complementar e valorizar o trabalho realizado, foi feita uma *check list* para os colaboradores envolvidos neste processo de mudança, com um cronograma definido, de forma a se poder verificar se as tarefas estavam a ser realizadas nos tempos previstos e se esta monitorização estava a ser eficaz ou não.

Com o questionário pretende-se obter respostas individuais e ter a percepção de cada colaborador sobre a mudança efectuada na monitorização do sistema de qualidade. Com a *check list* pretende-se verificar se a percepção de cada colaborador corresponde à realidade (Anexo 2).

Os resultados que se obtiveram deste levantamento, estão descritos sucintamente na tabela 1.

Tabela 1 - Execução das tarefas

Tarefa a avaliar	N	Efectuado	
		Sim	Não
Actualização do Curriculum Vitae	19	X	
Actualização do manual de colheitas	1	X	
Análise de satisfação dos utentes	1	X	
Anexar relatórios das manutenções externas	1	X	
Aptidão profissional	1	X	
Arquivo de documentação dos funcionários (certificados, formação, etc.)	1	X	
Atraso nas visitas de higiene e segurança no trabalho	1	X	
Avaliação de certificados calibração (pipetas, sondas, etc.)	1	X	
Avaliação de desempenho de todo o pessoal afecto aos ensaios	3	X	
Avaliação de fornecedores	1	X	
Avaliação de inquéritos	1	X	
Avaliação de métodos	3	X	
Avaliação de ocorrências	3	X	
Backups dos controlos e calibrações dos aparelhos	3	X	
Controlo microbiológico do ar	1	X	
Eficácia das acções de formação	1	X	
Elaboração de fichas de equipamentos	5	X	
Elaboração de procedimentos e revisão de documentos	12	X	
Entrega de certificados de formação externa e interna	19	X	
Erros nas conferências de credenciais	2	X	
Estatística de produtos não conformes / repetições / confirmações	1		X
Evolução de actos de enfermagem	1	X	
Evolução de actos médicos por tipo	1	X	
Evolução de electrocardiogramas	1	X	

Evolução do número de sinistrados	1	X	
Execução de comunicações internas	11	X	
Execução dos pedidos de reagentes	3	X	
Fichas de segurança dos reagentes	2	X	
Formação inicial sobre qualidade	1	X	
Impressão de ocorrências e colocação nos diversos sectores e recolha	1	X	
Impressão dos impressos análises em atraso	1	X	
Impressão da evolução de análises pedidas	1		X
Impressão da contagem dos actos médicos por tipo	1		X
Impressão da evolução do número de inscrições por centro colheita	1		X
Impressão da listagem de análises subcontractadas	1		X
Impressão do prazo de entrega resultados análises	1		X
Inscrições de análises por centro de colheitas	1		X
Limpeza e manutenção dos aparelhos	5	X	
Listagem da legislação	2	X	
Listagem de formação dos funcionários	1	X	
Listagem de fornecedores e clientes novos	1	X	
Listagem de funcionários	1	X	
Listagem de novas empresas de higiene e segurança no trabalho	1	X	
Listagem de ocorrências por sectores e datas	1		X
Manutenção das capas dos funcionários	1	X	
Numerar ocorrências	1		X
Plano de calibração e manutenção	5	X	
Registar a chegada dos reagentes	3	X	
Registo de entrada e manutenção de vidros	1	X	
Registo de pedidos em falta (Armazém)	4	X	
Registo de pesagem com massas calibradas	1	X	
Registo de temperaturas com sonda calibrada	1	X	
Registo lote de abertura de reagentes	7	X	
Registos de temperaturas arcas	1	X	
Registos de temperaturas frigoríficos	1	X	
Repetições requeridas pela entidade subcontractada	1	X	
Resposta a reclamações	1	X	
Revisão e planeamento	3	X	
Satisfação dos utentes relativamente ao tempo de espera	1	X	
Verificação da eficácia das medições	2	X	
Verificação do impresso das colheitas em atraso / ingestões	1	X	
Verificação dos prazos de validade de consumíveis e reagentes	5	X	
Verificação dos registos de controlos, manutenção e calibração	5	X	

N: número de colaboradores que efectuam a tarefa

Com esta tabela podemos concluir que, num universo de 63 tarefas distribuídas pelos diversos elementos que constituem a amostra (19 colaboradores), 54 das tarefas foram efectuadas no tempo previsto e 9 não foram executadas. Ou seja, 85,7% das tarefas foram realizadas e 14,3% não.

6. Discussão dos resultados

Tendo em conta as metodologias utilizadas para análise dos resultados e no ponto de partida do projecto que é a análise de vários critérios que se pretendem avaliar juntamente com o inquérito, a lista de tarefas atribuídas e a percepção e observação dos factos, realizou-se uma tabela em que está patente a conjugação dos dados obtidos.

Tabela 2 - Critérios de avaliação adoptados

Dimensões	Categorias de análise	Balanços globais	
		Negativos	Positivos
Mudança	Avaliação da mudança		X
	Resistência à mudança		X
Recursos técnicos	Equipamento utilizado		X
	Adaptabilidade dos profissionais às novas tecnologias		X
	Identificar vantagens e desvantagens da utilização das novas tecnologias		X
Recursos humanos	Trabalho em equipa		X
	Satisfação e envolvimento dos colaboradores		X
	Aptidão dos colaboradores para determinada tarefa		X
	Avaliação do potencial dos colaboradores		X
Organização	Informação em tempo útil		X
	Eficácia da actividade organizacional		X
	Importância da realização das tarefas		X
	Realização das tarefas atempadamente		X

Como podemos observar pela tabela atrás apresentada, no cômputo geral, os resultados foram positivos.

Foi referido no inquérito, por alguns elementos, que, o que mais se apresenta como imperativo, em termos de melhoria, é estabelecer prioridades e organizar o trabalho de forma a realizar todas as tarefas inerentes a cada profissão e as tarefas referentes à gestão da qualidade.

Ainda relativamente aos aspectos positivos, é de realçar, a necessidade apontada de regularizar tarefas que não vinham sido cumpridas atempadamente. Assim como, as

relações de proximidade e as oportunidades de diálogo com as chefias funcionais e a responsável da qualidade, também são um contributo essencial para que toda esta mudança se desenrole e continue a ser efectuada eficazmente.

É interessante constatar que, os colaboradores que já tinham tarefas atribuídas não se destacaram em relação aos que não tinham, verificando-se que todos se adaptaram, de uma forma positiva, a todo este processo de mudança.

O mesmo se aplica e verifica com o tempo de serviço e o sector de actividade em que não se verificou que os que têm mais anos de serviço estivessem mais à vontade com a gestão da qualidade, visto, alguns sectores já estarem mais familiarizados com as questões da qualidade, na medida em que foram certificados primeiro que outros.

Quanto à faixa etária e o género das pessoas inquiridas, constatou-se que não existe relação directa com as idades, o género e a execução das tarefas estabelecidas. Ou seja, não se verificou nenhuma diferença na execução das tarefas relativamente aos elementos de idade e sexo diferentes.

Contudo, não se pode de todo descurar a importância das dificuldades sentidas durante todo este processo, que estão relacionadas, por um lado, com os recursos informáticos e, por outro, com a falta de tempo apontada por 36,8% dos colaboradores. Estes foram os aspectos negativos mais relevantes.

Melhorar o sistema informático foi apontado por 21% dos colaboradores. Por outro lado, um elemento referiu “...ausência de recursos informáticos que facilitem a sua realização, nomeadamente, na recolha de dados que tem de ser efectuada à mão e só depois são introduzidos os dados no sistema informático”... que se verifica num sector onde ainda não está informatizada esta tarefa, o que dificulta a realização da contagem de sinistrados por companhias de seguros e consequentemente esta operação estatística.

Quanto aos recursos informáticos, nesta fase, acredita-se que seja a metodologia mais adequada, embora se acredite que melhorando o sistema informático se consiga uma divulgação mais eficaz, atempada e personalizada. Iniciou-se já a implementação de um

novo programa informático que permitirá, entre outras coisas, a informatização dos caixas das recepções, a integração dos dois sistemas informáticos, já existentes, a informatização dos sinistrados, entre outros, o que leva a uma maior satisfação dos utentes, através de uma maior rapidez no atendimento, a uma melhor organização de trabalho, e consecutivamente a uma melhoria na monitorização, divulgação e avaliação dos índices da gestão da qualidade.

Foi ainda focado, por um elemento, a ausência no sector habitual de trabalho, de dois elementos. Isto, deve-se ao facto de um dos colaboradores ter estado doente, o que implicou uma sobrecarga de trabalho, para o outro elemento do sector, que estava apto a realizar as tarefas. A outra situação, deve-se ao facto de se ter mobilizado um elemento do sector de informática para o sector administrativo, devido a um outro elemento estar de licença de maternidade. Estas duas situações estão patentes na Tabela 1 (execução das tarefas) em que 9 tarefas não foram executadas no tempo previsto correspondendo a 14,3%.

Para colmatar este imprevisto e para que de futuro, isto não se venha a verificar, nomeou-se um elemento extra, que não pertence à amostra estudada, para executar estas tarefas e colmatar a falha inesperada de um colaborador. Assim sendo, na falta de alguém, está sempre outro elemento para substituir, não sobrecarregando outros profissionais, transtornando assim o normal funcionamento de trabalho. Esta medida foi tomada no decorrer de uma reunião efectuada com os colaboradores intervenientes em todo este processo. Esta reunião teve como objectivo principal a divulgação dos dados obtidos no inquérito, na lista de verificação das tarefas e na observação participante da autora do projecto (Anexo 7).

Pretende-se num futuro próximo, com este novo programa, informatizar toda a gestão da qualidade, de forma a agilizar todo este processo de avaliação. De momento, o intuito é que tudo decorra na normalidade e que todos os colaboradores continuem a efectuar as suas tarefas com assiduidade e regularidade.

É fundamental inculcar no espírito da equipa de trabalho desta organização, a importância dos objectivos a atingir, dando a conhecer os resultados obtidos, conseguindo assim uma maior participação de todos no Sistema de Gestão da Qualidade.

7. Conclusão

Da realização deste projecto, pode-se concluir que as organizações que se propõem para uma gestão voltada para a qualidade, têm consciência de que o seu percurso deve ser avaliado. Estas devem pôr em prática actividades que visem estabelecer e manter um ambiente na qual as pessoas, trabalhando em equipa, conseguem um desempenho eficaz na procura das metas, objectivos e missão da sua organização.

Neste contexto, este projecto é uma mais-valia para todas as organizações, com o envolvimento de todos os profissionais, no sentido de manter a qualidade dos serviços no dia-a-dia e não apenas para as auditorias externas de qualidade.

O planeamento estratégico de programas de melhoria da qualidade organizacional, requer a definição de objectivos e a disponibilização de recursos adequados à sua implementação, tal como esquemas de controlo e sistemas de avaliação, para verificação e balanço dos progressos alcançados. No entanto, é essencial que esses objectivos se tornem conhecidos e partilhados pelos profissionais envolvidos. Logo, a sua forma de definição, de divulgação e, sobretudo, a sua adequação às funções, às pessoas, às condições de trabalho e ao meio envolvente, reflectem-se no desempenho, como foi verificado neste estudo.

É importante ainda referir que, a aplicação do método a um número ainda pequeno de sectores de actividade, traz uma limitação referente à extensão da utilidade do método para outros sectores. A continuidade da sua aplicação reforçará a sua estrutura e os seus procedimentos. Isto implicará no futuro, uma aposta que está prevista e já a ser implementada, de um novo programa informático e de uma metodologia de trabalho mais avançada “*on line*”, como por exemplo, intranet que permita uma comunicação mais eficaz entre os sectores de actividade e a possível extensão a outros sectores que de momento não foram contemplados por se verificar essa lacuna.

O presente projecto pretendeu, por um lado, ser um contributo para todos reflectirmos sobre o quão importante é a existência, numa qualquer organização, de um modelo de gestão da qualidade que permita obter produtos ou serviços de forma célere, eficiente e eficaz, onde os funcionários se sintam motivados pelo que fazem. Por outro lado, pretendeu dar a conhecer que a mudança efectuada na sua globalidade foi eficaz e que se traduziu numa mais-valia para a organização em virtude, da monitorização se realizar com sucesso e atempadamente. Com estas alterações é possível, aos profissionais responsáveis pela realização da revisão e planeamento, pelas reuniões e auditorias internas, terem tempo para efectuem estas tarefas dentro dos limites pré-estabelecidos e de uma forma mais eficaz e periódica, não estando, assim, tão sobrecarregados com outras tarefas proporcionando, envolvendo e responsabilizando todos os colaboradores na gestão da qualidade. Assim sendo, pensamos que este poderá ser um forte contributo e ponto de partida para a melhoria da qualidade do serviço prestado, quer ao nível das falhas de gestão detectadas, quer ao nível do clima organizacional.

Sem dúvida, que um trabalho desta natureza encontrou algumas limitações. A autora teve a possibilidade de realizar o estudo no serviço onde exerce funções, o que também poderá ser considerada uma limitação, devido ao facto de ser colega dos colaboradores que responderam aos questionários. Embora identificando essa limitação, procurou-se realizá-la com o máximo de imparcialidade possível, reconhecendo, todavia, que esse facto também poderá ser entendido como uma vantagem, na medida em que poderá propiciar uma maior relação de confiança, entre a autora e os inquiridos e permitir maior clareza na comunicação, porque esta está integrada no serviço e no sistema de gestão. Permitiu igualmente, um contacto muito próximo e profundo com a realidade observada e uma estruturação mais concreta. Por outro lado, verificou-se relativamente aos inquéritos, que dois elementos não acrescentaram nenhuma mais-valia com as respostas dadas limitando-se por respostas curtas e vagas.

A utilização de um formato de questionário específico para este estudo, proporcionou determinadas abordagens não experimentadas pela autora até ao momento. Em termos gerais, a utilização conjunta das duas metodologias revelou-se bastante positiva, tendo permitido uma abordagem complementar da temática proposta.

Contudo, há factores fundamentais que se inter-relacionam nesta actividade, dos quais se destaca: a produtividade e eficiência, as condições de trabalho dos profissionais da saúde, a gestão da informação, a gestão de recursos e as relações institucionais, considerando que é inevitável no futuro, a implementação de um novo sistema mais informatizado e “*on line*” para a monitorização do sistema da qualidade, para melhorar ainda mais esta monitorização e facilitar assim, a realização destas tarefas mais eficazmente.

A realização deste projecto tornou-se um momento de aprendizagem. Com a pesquisa bibliográfica, houve a oportunidade de aprofundar conhecimentos sobre o tema e aspectos ligados à investigação.

Confirmou-se a convicção de que esta problemática é pertinente e mais actual do que nunca, tendo em conta as novas formas de gestão no sector da saúde, que não evoluem sem um sistema de informação eficiente, suportado pelas novas tecnologias da informação e comunicação.

Podemos ainda concluir que, os resultados mostram que a eficácia da liderança e da mudança organizacional, aumenta com o estabelecimento de metas e regras bem definidas; com a definição de níveis de desempenho; com o respeito pelos ideais e sentimentos de todos os intervenientes; com a tomada de decisões em conjunto e com o objectivo de atingir mais e melhor dentro de um espírito empreendedor, dinâmico e visionário.

Em jeito de conclusão, mencionam-se duas constatações apresentadas por quem (inquiridos) de alguma forma contribuiu para que este projecto se tornasse realidade e que expressam a percepção exacta que tiveram e têm da importância de todo este processo. Assim passo a citar:

- “... *por vezes as tarefas podem-se tornar penosas mas o benefício considera-se e apresenta-se superior...*”
- “... *as pequenas coisas às vezes fazem a diferença...*”

8. Referências bibliográficas

Bardin I.(1994). *Análise de conteúdo*. Edições Setenta: Lisboa. P. 226.

Barros P. P. (1999). *Eficiência e qualidade: mitos e contradições*. Colóquio – debate *Eficiência e justiça em cuidados de Saúde*. Academia das Ciências: Lisboa.

Bell J. (1997). *Como realizar um projecto de investigação*. Gradiva. Pp. 19-22.

Bilhim J. (2001). *Teoria organizacional: estruturas e pessoas*. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas: Lisboa.

Biscaia J.L. (2000). *Qualidade em saúde. Uma perspectiva conceptual*. *Qualidade em Saúde*, nº 0, pp. 6-10.

Boavida A. M. & Ponte J. P. (2002). *Investigação colaborativa: Potencialidades e problemas*. In GTI (Org), *Reflectir e investigar sobre a prática profissional*. APM: Lisboa. Pp. 43-55.

Bogdan R. & Biklen S. (1991). *Investigação qualitativa em educação - Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto Editora. Colecção Ciências da Educação.

Burns N. & Grove S. K. (1993). *The practice of nursing research: conduct, critique and utilization*. 2ed. Philadelphia: W.B. Saunders.

Campos A.C. (2001). *A batalha da qualidade*. *Qualidade em Saúde*, nº5.

Capela L. (2001). *Manual prático para a certificação e gestão com base nas normas ISO: um guia para os métodos e processos mais modernos*. Verlag Dashofer. Edições profissionais, Lda: Lisboa. Unidade 3. Cap. 2.

Carapeto C. & Fonseca F. (2005). *Administração pública, modernização, qualidade e inovação*. Edições Sílabo, Lda: Lisboa.

Carapeto C. & Fonseca F. (2006). *Administração pública – modernização, qualidade e inovação*. Edições Sílabo: Lisboa. 2ª Edição.

Carmo H. & al (1998). *Metodologias de investigação: guia para a auto-aprendizagem*. Universidade Aberta Editora: Lisboa.

Carr D. K. & Littman D. J. (1992). *Excelência nos serviços públicos, gestão da qualidade total na década de 90*. Qualitymark Editora: Rio de Janeiro.

Carvalho M. M. (2005). *Histórico da gestão da qualidade: gestão da qualidade - teoria e casos*. Elsevier: Rio de Janeiro. Cap.1, pp. 2-24.

Chiavenato I. (2002). *Administração dos novos tempos*. Makron Books: São Paulo.

Chizzotti A. (2005). *A pesquisa e seus fundamentos filosóficos*. Cortez: São Paulo.

Comissão E. (2000). *Saúde XXI - Programa operacional da saúde 2000-2006*. Quadro Comunitário de Apoio III: Lisboa.

Constituição da República Portuguesa (2001). Porto Editora: Lisboa. P.36.

Cunha R. C. (1992). *A gestão de recursos humanos na estratégia da empresa*. Instituto de emprego e formação profissional. Colprinter: Lisboa.

Dale B. & Bunney H. (1999). *Total quality management blueprint*. Blackwell Publishers: Oxford.

Dershin H. (1996). *Dimensions of quality a framework for quality management in health care*. Health Quality Journal. Nov - Dez 18 (6), pp.11-26.

Direcção Geral da Saúde e Ministério da Saúde (1997). *Carta dos direitos e dos deveres dos doentes*. Lisboa.

Donaldson L. J. (2001). *Safe high quality care: investing in tomorrow's leaders*. *Quality health Care* 10 (2). Pp.108-112.

Esteves L. (2008). *Visão panorâmica da investigação - acção*. Porto Editora. Colecção Infância.

Franco M. L.P. B. (1986). *O que é análise de conteúdo*. PUC: São Paulo.

Fortin (1999). *Os objectivos da investigação e suas questões ou hipóteses. Processo de enfermagem: da concepção à realização*. Lusociência: Loures. Pp. 35-43; 99-110.

Freire A. (1997). *Estratégia sucesso em Portugal*. Gabinete do Secretário de Estado da Saúde (1993), in Despacho. Ministério da Saúde. Editora Verbo. 9ª Edição. Agosto. P. 430.

Gamboa S. S. (1996). *Epistemologia da pesquisa em educação*. Dissertação de Mestrado. UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas: Campinas.

Gil A. C. (1999). *Como elaborar projectos de pesquisa*. Atlas: Lisboa.

Godoy A. S. (1995). *Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais*. *Revista de Administração de Empresas*. São Paulo, v. 35, n. 3, pp. 20-29.

Instituto para a qualidade na formação (IQF), IP (2006). *Gestão de operações e logística - domínios profissionais – evolução das qualificações e diagnóstico das necessidades de formação*. Pp. 9 - 73.

Johston R. & Clark G. (2005). *Service operations management*. FT Prentice Hall: Harlow. Lisboa. 2ª Edição.

Laville C. & Dionne J. (1999). *A construção do saber*. Belo Horizonte: UFMG. P. 340.

Lessard H. M. & Goyette G. & Boutin G. (1990). *Investigação qualitativa- Fundamentos e práticas*. Instituto Piaget: Lisboa.

Machado P. B. & Nunes R. (2007). *Diagnostico da qualidade dos serviços públicos da saúde* in Nunes R. & Brandão C.. *Humanização da Saúde*. Gráfica de Coimbra: Coimbra. Janeiro. Pp.111-150.

Mezomo J.C. (2001). *Gestão da Qualidade na saúde: Princípios básicos*. Manole. Pp. 111-118.

Ministério da Saúde (1998). *Saúde em Portugal uma estratégia para o virar do século 1998-2002*. Lisboa.

Ministério da Saúde (2000). *3º Quadro comunitário de apoio: 2000-2006*. Programa operacional Saúde XXI. Complemento de programa. Setembro.

Morris B. (1989). *Total quality management*. International Journal of Health Care Quality Assurance, 2 (3). Pp. 4-6.

Neto A. J. S. (2003). *Grau de satisfação do utente relativamente ao acolhimento proporcionado pelo enfermeiro no serviço de urgência*. “Servir”. Lisboa. Vol. 51, n.º 5, pp. 214-227.

Normas ISO: *Um guia para os métodos e processos mais modernos*. Edições Profissionais, Lda: Lisboa. Verlag Dashofer. Unidade 3. Capítulo 2.

NP-EN-ISO 8402. Instituto Português da Qualidade (1997). In *Gestão da qualidade e garantia da qualidade-vocabulário*. Monte da Caparica.

NP-EN-ISO 9001-2000. Instituto Português da Qualidade (2001). In *Sistemas de Gestão da Qualidade – Requisitos*. Monte da Caparica. 2ª Edição. Março.

NP-EN-ISO 9001-2008. Instituto Português da Qualidade (2008). In *Sistemas de Gestão da Qualidade – Requisitos*. Monte da Caparica. 3ª Edição. Novembro.

Nunes R. & Rego G. (2002). *Prioridades na saúde*. Mc Graw Hill: Lisboa. P.113, xxi-xxii.

Ovretveit J. (1992). *Health service quality*. Blackwell Scientific Press: Oxford.

Pereira M. J. L. B. & Fonseca J. G. M. (1997). *Faces da decisão, as mudanças de paradigma e o poder da decisão*. Makron Books: São Paulo.

Pires R. (2000). *Qualidade: sistemas de gestão da qualidade*. Edições Sílabo.

Pires A. R. (2004). *Introdução à gestão da qualidade - sistemas de gestão da qualidade*. Edições Sílabo: Lisboa. Cap.1, pp.19-49.

Pisco L. (2001). *Cooperação: A chave para a qualidade e para o sucesso*. Qualidade em Saúde, nº5, p. 2.

Polit D. F. & Hungler B. P. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Artes Médicas: Porto Alegre. 3.ª Edição.

Programa Operacional Saúde XXI (2000). Ministério da Saúde. Lisboa.

Pui-Mun L. (2002). *Sustaining business excellence through a framework of the best practices in TQM*. The TQM Magazine, 12 (3), pp. 142-149.

Quivy R. & Campenhoudt L. V. (1992). *Manual de investigação em ciências sociais*. Gradiva: Lisboa.

Quivy R. & Campenhoudt L. V. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais*. Gradiva: Lisboa.

Ribeiro J.L.P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa.

Richardson R.J. (1989). *Pesquisa social, métodos e técnicas*. Atlas Editores: São Paulo.

Rocha J. A. O. (2006). *Pensamentos sobre a qualidade: Visão dos principais teóricos*. Gestão da Qualidade: Aplicação aos Serviços Públicos. Escolar Editora: Lisboa. Cap.2, pp.15-42.

Santos A. N. & Teixeira A. (2007). *Gestão da qualidade: de Deming ao modelo de excelência da EFQM*. Edições Sílabo: Lisboa. Cap.1, pp.19-24. Cap.2, pp.27-40. Cap.3, pp.43-94. Cap.7, pp.123-137.

Silva J. C. (2001). *Qualidade em serviços públicos*. Qualidade em Saúde, Nº5, pp.8-9.

Simões A. L. A. & Fávero N. (2003). *O desafio da liderança para o enfermeiro*. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Pp. 567-573.

Trivinos A. N. S. (1987). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. Atlas: São Paulo. P.175.

Vala J. (1986). *A análise de Conteúdo*. In J.V., *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto.

Waltz C. F. & Strickland O.L. & Lenz E. R. (1991). *Measurement in nursing research*. 2nd ed. Philadelphia: Davis Co.

Witt A. (1981). *Pesquisa em enfermagem*. Associação Católica de Enfermagem e Profissionais de Saúde: Lisboa.

World Confederation for Physical Therapy (WCPT) (1995). *Declaration of principle: quality care*. Approved at the 13th General Meeting. June.

Webgrafia

Direcção-Geral da Administração Pública (2005). CAF (Common Assessment Framework): Portugal. *Study on de use of Common Assessment Framewor in European Public Administrations*. May 2005. http://www.dgap.gov.pt/docs_down/caf_giq/cooperacao_internacional/estudis_europeus/CAFstudy_2003_EN_V02.pdf (Consulta realizada em 09 de Setembro).

Direcção Geral da Administração na Saúde: <http://www.dgasaude.pt>. Artigo: *um novo paradigma para a saúde pública*. Consulta realizada a 22 de Outubro de 2009.

http://www.fae.edu/publicações/pdf/revista_da_fae. Consulta realizada em 17 de Novembro de 2009.

Morgado V. (2006). *Qualidade em saúde: uma exigência do presente, um investimento no futuro*. Disponível em www.iqs.pt (consulta realizada em 24 de Setembro).

Legislação consultada

Portugal (2002). Define o regime jurídico das parcerias em saúde com gestão e financiamentos privados. Decreto – Lei nº 185/2002 de 20 de Agosto.

Portugal, Ministério das Finanças (2003). Definição das normas gerais aplicáveis à intervenção do Estado na definição, concepção, preparação, concursos, adjudicação, alteração, fiscalização e acompanhamento global das parcerias público-privadas. Decreto – Lei nº 86/2003 de 26 de Abril.

Portugal, Ministério das Finanças e da Administração Pública (2006). Parcerias público-privadas. Decreto – Lei nº 141/2006 de 27 de Julho.

9. Anexos



ACTA DE REUNIÃO

Assunto: Definição e atribuição de tarefas **Data:** 28-09-2009

Presenças:

Assinaturas:

[Handwritten signatures]
Acta: *[Signature]*

Esta reunião teve como intuito a apresentação dos objetivos do estudo: Avaliação da Monitorização do Sistema de Gestão da Qualidade. Foi estipulado e definido:

- Queles estariam mais apto e/ou disponível para executar determinado tarefa;
- A quem couber se iria executar as tarefas;
- Tarefas definidas por limites por a concretização das tarefas

Foi especificado como se iria proceder à realização destas tarefas e relatórios devidos



COLABORADOR A					
Tarefa	Periodicidade	Material	Destinatário	Efectuado	
				Sim	Não
Avaliação de Inquéritos	Mensal (até dia 10)	Pasta de medições	Sist. informático	X	
Satisfação dos utentes relativamente ao tempo de espera	Mensal (até dia 10)	Pasta de medições	Sist. informático	X	
Erros nas conferências de credenciais	Mensal (até dia 10)	Pasta de medições	Sist. informático	X	
Evolução de actos médicos por tipo	Mensal (até dia 10)	Pasta de medições	Sist. informático	X	
Actualização do Curriculum vitae	31 de Dezembro	Pasta de R. H.	Sist. informático	X	
Entrega de certificados de formação externa e interna	SQN		Colaborador D	X	
Fazer ocorrências	SQN	i.02	Tabuleiro	X	

COLABORADOR B					
Tarefa	Periodicidade	Material	Destinatário	Efectuado	
				Sim	Não
Auditorias	Mensal	i.16	Pasta Direcção	X	
Actas	Mensal	i.13	Pasta Direcção	X	
Avaliação de ocorrências	Mensal	i.02	Pasta Direcção	X	
Elaboração de reuniões	Mensal	i.167	Pasta Direcção	X	
Actualização das listagens gerais	Mensal	Sist. informático	Pasta Direcção	X	
Análise de satisfação de utentes	Mensal	Sist. informático	Pasta medições	X	
Verificação das acções correctivas abertas	Mensal	Pasta Direcção	Pasta Direcção	X	
Revisão e planeamento	Anual	Pasta Direcção	Pasta Direcção	X	
Actualização do Curriculum vitae	31 de Dezembro	Pasta de R. H.	Sist. informático	X	
Validação do software	Anual	Sist. informático	Pasta respectiva	X	
Impressão de listagens gerais (CI, impressos,etc)	Anual	Sist. informático	Pasta Direcção	X	
Elaborar Plano de formação	Anual	Sist. informático	Pasta Direcção	X	
Verificação da eficácia das medições	Semestral	Pasta de medições	Revisão/Planeam.	X	
Descrição de funções / Desempenhos	SQN	i. 35	Pasta Direcção	X	
Fazer CI da Direcção e Qualidade	SQN	i.07	Colaborador H	X	
Fazer ocorrências	SQN	i.02	Tabuleiro	X	
Alterações de procedimentos/novos procedimentos QUA	Janeiro / SQN	Sist. informático	M. Q. / Pasta DIR	X	
Formação inicial sobre qualidade	SQN	Sist. informático	Capa de RH	X	
Eficácia das acções de formação	SQN	Sist. informático	Capa de RH	X	
Aptidão profissional	SQN	Sist. informático	Capa da Direcção	X	

COLABORADOR C					
Tarefa	Periodicidade	Material	Destinatário	Efectuado	
				Sim	Não
Registar quando chegam os reagentes (dar baixa)	Diário	i.61	Capa	X	
Registos de temperaturas arcas	Diário	i. 91	Capa	X	
Verificação do impresso das colheitas - atraso/ingestões	Diário	i.115		X	
Registo de pedidos em falta (Armazém)	Diário	i.60	Colaborador J	X	
Plano de calibração e manutenção	Mensal (até dia 10)	i.138	Colaborador B	X	
Estatística de produtos não conformes / repetições / confirmações	Mensal (até dia 10)	Pasta de medições	Sist. informático		X
Backups controlo electroforeses / Lipidogramas	Mensal	Gravação aparelho		X	
Verificação dos registos controlos/manutenção/calibração-electroforeses/Lipidogramas	Mensal		Capa	X	
Verificação dos prazos de validade de todos os reagentes e consumíveis	Semestral (Fev/ Jul)	Armários e frigoríficos IMU e SEP		X	
Actualização do Curriculum vitae	31 de Dezembro	Pasta de R. H.	Sist. informático	X	
Alterações de procedimentos / novos procedimentos SEP	Janeiro / SQN		Sist. inform./ Capa	X	
Anexar relatórios das manutenções externas	SQN		Capa	X	
Fazer ocorrências	SQN	i.02	Tabuleiro	X	
Impressão dos impressos análises em atraso (sala COL)	Semanal	i.115	Sala de colheitas	X	
Registo lote de abertura de reagentes	SQN	i.62	Capa	X	
Anexar pedidos às facturas	SQN		Colaborador H	X	
Entrega de certificados de formação externa e interna	SQN		Colaborador D	X	

COLABORADOR D					
Tarefa	Periodicidade	Material	Destinatário	Efectuado	
				Sim	Não
Actualização do Curriculum vitae	31 de Dezembro	Pasta R. H	Sist. informático	X	
Manutenção das capas dos funcionários	Anual			X	
Fazer ocorrências	SQN	i.02	Tabuleiro	X	
Listagem de funcionários	SQN			X	
Arquivo de documentação dos funcionários	SQN			X	
Listagem de formação dos funcionários	SQN			X	
Realização de CI	SQN	i.07	Colaborador H	X	

COLABORADOR E					
Tarefa	Periodicidade	Material	Destinatário	Efectuado	
				Sim	Não
Registar sempre quando chegam os reagentes (dar baixa)	Diário	Pasta / i.61		X	
Registo de pedidos em falta (Armazém)	Diário	i.60	Colaborador J	X	
Limpeza e manutenção da Hotte	Semanal (6ª feira)			X	
Verificação dos registos manutenção/ Cal./Controlos do aparelho de urinas	Mensal	i.11	Capa	X	
Verificação dos prazos de validade de todos os reagentes e consumíveis	Semestral (Fev./Julho)	SEP		X	
Actualização do Curriculum vitae	31 de Dezembro	Pasta R. H.	Sist. informático	X	
Fazer ocorrências	SQN	i.02	Tabuleiro	X	
Registo lote de abertura de reagentes	SQN	i.62	Capa de registos	X	
Entrega de certificados de formação externa e interna	SQN		Colaborador D	X	

COLABORADOR F					
Tarefa	Periodicidade	Material	Destinatário	Efectuado	
				Sim	Não
Evolução do nº sinistrados	Mensal (até dia 10)	Pasta de medições	Sist. informático	X	
Evolução de actos de enfermagem	Mensal (até dia 10)	Pasta de medições	Sist. informático	X	
Evolução de Electrocardiogramas	Mensal (até dia 10)	Pasta de medições	Sist. informático	X	
Verificação dos prazos de validade do material COL / ENF	Mensal			X	
Actualização do Curriculum vitae	31 de Dezembro	Pasta de R. H	Sist. informático	X	
Fazer CI - Enfermagem e Electrocardiogramas	SQN	i.07	Colaborador H	X	
Fazer ocorrências	SQN	i.02	Tabuleiro	X	
Elaboração dos procedimentos de enfermagem, ECG e revisão	SQN / Janeiro		Colaborador B	X	
Elaboração da ficha de equipamento	SQN		Colaborador B	X	
Entrega de certificados de formação externa e interna	SQN		Colaborador D	X	

COLABORADOR G					
Tarefa	Periodicidade	Material	Destinatário	Efectuado	
				Sim	Não
Registar sempre quando chegam os reagentes (dar baixa)	Diário	Pasta / i.61		X	
Registos de temperaturas frigoríficos	Diário			X	
Registo de pedidos em falta (Armazém)	Diário	i.60	Colaborador J	X	
Verificação dos prazos de validade de todos os reagentes e consumíveis	Semestral (Fev. / Julho)	Frigoríficos e armários BIO e HEM		X	
Avaliação de certificados calibração (pipetas, sondas,etc)	Anual		Capa	X	
Actualização do Curriculum vitae	31 de Dezembro	Pasta de R. H	Sist. informático	X	
Registo lote de abertura de reagentes	SQN	i.62	Capa de registos	X	
Actualização do Manual de colheitas	JAN/JUN/DEZ			X	
Revisão de procedimentos / novos procedimentos COL	Janeiro / SQN		Capa	X	
Fichas de segurança dos reagentes	SQN		Capa	X	
Fazer ocorrências	SQN	i.02	Tabuleiro	X	
Entrega de certificados de formação externa e interna	SQN		Colaborador D	X	

COLABORADOR H					
Tarefa	Periodicidade	Material	Destinatário	Efectuado	
				Sim	Não
Análise de satisfação dos utentes	Mensal			X	
Avaliação de ocorrências	Mensal			X	
Verificação da eficácia das medições	Semestral			X	
Revisão e planeamento	Anual			X	
Actualização do Curriculum Vitae	31 de Dezembro	Pasta de R. H	Sist. informático	X	
Avaliação de fornecedores	2 em 2 anos			X	
Resposta a reclamações	SQN			X	
Entrega de certificados de formação externa e interna	SQN		Colaborador D	X	

COLABORADOR I					
Tarefa	Periodicidade	Material	Destinatário	Efectuado	
				Sim	Não
Registo de pedidos em falta (Armazém)	Diário	i.60	Colaborador J	X	
Fazer backups dos aparelhos Bioquímica	Mensal			X	
Verificação dos registos de controlos, manutenção e calibração da BIO e SER	Mensal		Capas	X	
Avaliação de métodos	Mensal			X	
Actualização do Curriculum vitae	31 de Dez.	Pasta de R. H.	Sist. informático	X	
Avaliação de desempenho de todo o pessoal afecto aos ensaios	Anual - 31 DEZ		Colaborador B	X	
Fazer CI	SQN	i.07	Colaborador H	X	
Fazer ocorrências	SQN	i.02	Tabuleiro	X	
Registo lote de abertura de reagentes e Serologia	SQN	i.62	Capa de registos	X	
Execução dos pedidos reagentes	Janeiro / SQN			X	
Entrega de certificados de formação externa e interna	SQN	i.52	Colaborador H	X	
Ficha e Plano de Equipamento (i.06)	SQN		Colaborador D	X	

COLABORADOR J					
Tarefa	Periodicidade	Material	Destinatário	Efectuado	
				Sim	Não
Numerar ocorrências	Mensal				X
Listagem de ocorrências por sectores e datas	Mensal		Capa		X
Inscrições de análises por centro de colheitas	Mensal (até dia 10)	Pasta de medições	Sist. informático		X
Imprimir contagem dos actos médicos por tipo	Mensal				X
Imprimir a Evolução de análises pedidas	Mensal				X
Imprimir Evolução do nº de inscrições por centro colheita	Mensal		Colaborador B		X
Imprimir prazo de entrega resultados análises - AGU/LAC	Semestral		Colaborador B		X
Imprimir Listagem de Análises Subcontratadas	Semestral		Colaborador B		X
Actualização do Curriculum vitae	31 de Dezembro	Pasta de R. H	Sist. informático	X	
Revisão dos procedimentos / novos procedimentos INF	Janeiro / SQN		Capa	X	
Fazer ocorrências	SQN	i.02	Tabuleiro	X	
Entrega de certificados de formação externa e interna	SQN		Colaborador D	X	

COLABORADOR L					
Tarefa	Periodicidade	Material	Destinatário	Efectuado	
				Sim	Não
Registo de pedidos em falta (Armazem)	Diário	i.60	Colaborador J	X	
Fazer backups dos aparelhos de HEM e IMU	Mensal			X	
Verificação dos registos de controlos, manutenção e calibração de HEM, IMU, BACT	Mensal		Capas	X	
Avaliação de métodos	Mensal		Sist. informático	X	
Avaliação de desempenho de todo o pessoal afecto aos ensaios	Anual - 31 DEZ		Colaborador B	X	
Actualização do Curriculum vitae	31 de Dezembro	Pasta de R. H.	Sist. informático	X	
Controlo microbiológico do ar (Hotte e sala)	Mensal			X	
Fazer CI	SQN	i.07	Colaborador H	X	
Fazer ocorrências	SQN	i.02	Tabuleiro	X	
Ficha e Plano de Equipamento	SQN	i.06	Capa respectiva	X	
Registo lote de abertura de reagentes	SQN	i.62	Capa de registos	X	
Revisão de procedimentos / novos procedimentos HEM, IMU	Janeiro / SQN			X	
Execução dos pedidos reagentes	SQN	i.52	Colaborador H	X	
Entrega de certificados de formação externa e interna	SQN		Colaborador D	X	

COLABORADOR M					
Tarefa	Periodicidade	Material	Destinatário	Efectuado	
				Sim	Não
Revisão de procedimentos / novos procedimentos contabilidade	Janeiro / SQN		Capa	X	
Actualização do Curriculum vitae	31 de Dezembro	Pasta de R. H	Sist. informático	X	
Listagem de fornecedores e clientes novos	Mensal		Colaborador B	X	
Fazer ocorrências	SQN	i.02	Tabuleiro	X	
Entrega de certificados de formação externa e interna	SQN		Colaborador D	X	

COLABORADOR N					
Tarefa	Periodicidade	Material	Destinatário	Efectuado	
				Sim	Não
Registar sempre quando chegam os reagentes (dar baixa)	Diário	Pasta / i.61	Capa Separação	X	
Registo de pedidos em falta (Armazem)	Diário	i.60	Colaborador J	X	
Registo de pesagem com massas calibradas	Semanal	i.202	Capa	X	
Registo de temperaturas com sonda calibrada	Mensal		Capa	X	
Listagem da legislação	Mensal		Capa legislação	X	
Plano de calibração e manutenção	Mensal		Colaborador B	X	
Verificação dos prazos de validade de todos os reagentes e consumíveis	Semestral	Fevereiro e Julho		X	
Actualização do Curriculum vitae	31 de Dezembro	Pasta de R. H.	Sist. informático	X	
Anexar capa relatórios das manutenções externas	SQN			X	
Fazer ocorrências	SQN	i.02	Tabuleiro	X	
Registo lote de abertura de reagentes	SQN			X	
Registo de entrada e manutenção de vidros	SQN			X	
Fichas de segurança dos reagentes	SQN			X	
Entrega de certificados de formação externa e interna	SQN		Colaborador D	X	

COLABORADOR O					
Tarefa	Periodicidade	Material	Destinatário	Efectuado	
				Sim	Não
Impressão de ocorrências e colocação nos diversos sectores e recolha	Início de cada mês	CARDIOLOGIA, REC1, ENF, COL, SAD	Capa ocorrências a analisar	X	
Repetições requeridas pela entidade subcontratada	Mensal			X	
Actualização do Curriculum vitae	31 de Dezembro	Pasta de R. H.	Sist. informático	X	
Fazer CI de INF	SQN	i.07	Colaborador H	X	
Fazer ocorrências	SQN	i.02	Tabuleiro	X	
Entrega de certificados de formação externa e interna	SQN		Colaborador D	X	

COLABORADOR P					
Tarefa	Periodicidade	Material	Destinatário	Efectuado	
				Sim	Não
Listagem da legislação	Mensal			X	
Listagem de novas empresas de HST	Mensal			X	
Atraso nas visitas de HST	Semestral			X	
Actualização do Curriculum vitae	31 de Dezembro	Pasta de R. H.	Sist. informático	X	
Revisão de procedimentos / novos procedimentos HST	Janeiro / SQN			X	
Fazer CI de HST	SQN	i.07	Colaborador H	X	
Fazer ocorrências	SQN	i.02	Tabuleiro	X	
Entrega de certificados de formação externa e interna	SQN		Colaborador D	X	

COLABORADOR Q					
Tarefa	Periodicidade	Material	Destinatário	Efectuado	
				Sim	Não
Avaliação de ocorrências	Mensal			X	
Actualização do Curriculum vitae	31 de Dezembro	Pasta de R. H.	Sist. informático	X	
Revisão e planeamento	Anual			X	
Revisão de procedimentos / novos procedimentos HST	Janeiro / SQN			X	
Fazer CI de HST	SQN	i.07	Colaborador H	X	
Fazer ocorrências	SQN	i.02	Tabuleiro	X	
Entrega de certificados de formação externa e interna	SQN		Colaborador D	X	

COLABORADOR R e S					
Tarefa	Periodicidade	Material	Destinatário	Efectuado	
				Sim	Não
Verificação dos prazos de validade do material COL. / ENF./ Bloco	Mensal			X	
Actualização do Curriculum vitae	31 de Dezembro	Pasta de R. H.	Sist. informático	X	
Fazer CI - Enfermagem e Electrocardiogramas	SQN	i.07	Colaborador H	X	
Fazer ocorrências	SQN	i.02	Tabuleiro	X	
Elaboração dos procedimentos de ENF e ECG e revisão	SQN / Janeiro		Colaborador B	X	
Elaboração da ficha de equipamento	SQN		Colaborador B	X	
Entrega de certificados de formação externa e interna	SQN		Colaborador D	X	

COLABORADOR T					
Tarefa	Periodicidade	Material	Destinatário	Efectuado	
				Sim	Não
Erros nas conferências de credenciais	Mensal (até dia 10)	Pasta de medições	Sist. informático	X	
Entrega de certificados de formação externa e interna	SQN		Colaborador D	X	
Fazer ocorrências	SQN	i.02	Tabuleiro	X	
Actualização do Curriculum vitae	31 de Dezembro	Pasta de R. H	Sist. informático	X	

COLABORADOR U					
Tarefa	Periodicidade	Material	Destinatário	Efectuado	
				Sim	Não
Registo de pedidos em falta (Armazem)	Diário	i.60	Colaborador J	X	
Verificação dos registos de controlos, manutenção e calibração	Mensal			X	
Avaliação de métodos	Mensal		Sist. informático	X	
Avaliação de desempenho de todo o pessoal afecto aos ensaios	Anual - 31 Dez.		Colaborador B	X	
Actualização do Curriculum vitae	31 de Dezembro	Pasta de R. H	Sist. informático	X	
Revisão dos procedimentos / novos procedimentos AGU	Janeiro / SQN		Capa AGU	X	
Fazer CI de AGU	SQN	i.07	Colaborador H	X	
Fazer ocorrências	SQN	i.02	Tabuleiro	X	
Ficha e Plano de Equipamento (i.06)	SQN	i.	Capas AGU	X	
Registo lote de abertura de reagentes	SQN	i.62	Capa de registos	X	
Execução dos pedidos reagentes	SQN	i.52	Colaborador H	X	
Entrega de certificados de formação externa e interna	SQN		Colaborador D	X	

SIGLAS:

AGU - Laboratório de águas

BACT - Sector da bacteriologia

BIO - Sector da bioquímica

CI - Comunicação interna

COL - Sector das Colheitas

DIR - Direcção

ECG - Electrocardiogramas

ENF - Sector da enfermagem

HEM - Sector da hematologia

HST - Sector de higiene e segurança no trabalho

i - Impresso

IMU - Sector da imunologia

INF - Sector da informática

LAC - Laboratório de análises clínicas

MQ - Manual da Qualidade

QUA - Qualidade

REC 1 - Sector da recepção 1

RH - Recursos humanos

SAD - Sector administrativo

SEP - Sector da separação

SER - Sector da serologia

Questionário:

Anexo 3

Dados do profissional:

Idade: _____ Sexo: Fem. Masc. Anos de serviço: _____

1- Considera a mudança da monitorização do Sistema de Qualidade (SQ) positiva ou negativa? Porquê?

2- Qual a sua opinião em relação aos objectivos do S. Q. para o seu sector?

3- Quais as dificuldades sentidas na realização das funções que lhe foram atribuídas?

4- Na sua experiência do dia-a-dia de trabalho refira as dificuldades que sente em realizar as tarefas no tempo previsto.

5- Já tinha alguma função que realizasse no âmbito da monitorização do S.Q.? Em que aspecto acha importante o seu contributo nesta monitorização?

6- Neste processo de mudança foram definidas e distribuídas tarefas por alguns profissionais. Quanto a si esta distribuição foi importante para todo este processo? Descreva a sua opinião.

7- Qual a sua opinião em relação às ferramentas de trabalho fornecidas (sistema informático, impressos, documentos e registos)?

8- Quanto a si, as tarefas estão bem atribuídas? O que mudaria na distribuição de tarefas?

9- Da monitorização do S.Q. fazem parte várias tarefas. Sabe indicar quais?

10- Reconhece as tarefas atribuídas aos outros colaboradores? Em que medida as suas tarefas têm repercussões nas tarefas dos outros? Porquê?

11- De que forma os objectivos atingidos para o seu sector chegam até si? Essa informação chega em tempo oportuno? Sugere outra metodologia?

Obrigado pela colaboração



ACTA DE REUNIÃO

Assunto: Pré-Teste

Data: 29-03-2010

Presenças:

Assinaturas:

Acta:

Reuniram-se os 3 coordenadores que realizaram o pré-teste e o Responsável de Qualidade para fazer elocução das dúvidas que surgiram e das ações encetadas. verificou-se que algumas questões tinham repetição de ideias o que levou a reformular ou mudar algumas questões, ou seja, as questões 2 e 4 foram reformuladas. Foi realizado o questionário porque chegou-se à conclusão que o resultado era o mesmo do questionário 1. Foi ainda reformulado o questionário 8 e 16



Exmo. Gerente do Centro Médico da Praça

Eu, Clara Natividade Dias dos Reis e Sá, a desempenhar funções de Técnica de Análises Clínicas e Saúde Pública e de Responsável da Qualidade nesta Clínica de Saúde, encontro-me a frequentar na Universidade de Aveiro o Mestrado em Gestão e Administração Pública, no qual tenho que desenvolver uma tese de investigação sobre esta área. Venho por este meio solicitar V. Ex.^a se digne autorizar o referido estudo sobre monitorização do sistema de Qualidade. Mais se informa que todos os registos serão tratados separadamente da sua identificação.

Sem outro assunto de momento,

Atentamente

 _____

São João da Madeira, 17 de Setembro de 2009

A Direcção Centro Médico
C.M.P. da Praça, Lda.
N.º 1520 - 3700-298 S. João da Madeira
Rua Vale do Vouga, N.º 1520 - 3700-298 S. João da Madeira
Tel. 256 830 700 - Fax 256 830 709 - Email: geral@cmpraca.com

Clara Natividade Dias dos Reis e Sá

Anexo 6

No âmbito do projecto de mestrado em Gestão e Administração Pública efectuado no Centro Médico da Praça, sobre a “*avaliação da monitorização do sistema de qualidade de um serviço de saúde*” faz parte integrante um questionário aos profissionais envolvidos neste processo de mudança.

Como tal e de forma a obtermos uma melhoria da qualidade da nossa organização e consequentemente uma melhoria contínua dos serviços que prestamos, torna-se indispensável a sua opinião.

Por tais motivos, agradecemos a sua colaboração no preenchimento do questionário em anexo.

É de salientar que todos os dados apresentados respeitam a confidencialidade dos autores.

Agradecemos desde já o seu contributo, com os melhores cumprimentos.

São João da Madeira, 12 de Abril de 2010

A Gerência

 **Centro Médico da Praça, Lda.**
Assinado por: [Assinatura]
N.º P.C. 50462452
Rua Vale do Vouga, N.º 1520 - 3700-298 S. João da Madeira
Tel. 256 830 700 - Fax 256 830 709 - Email: ger@cmpraca.com

A responsável da qualidade



Questionário:

Dados do profissional:
Idade: _____ Sexo: Fem. <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Anos de serviço: _____
Sector: _____

1- Considera a mudança da monitorização do Sistema de Qualidade (SQ) positiva ou negativa? Porquê?

2- Qual a sua opinião em relação aos objectivos do S. Q. para o seu sector? Considera que os objectivos planeados para o seu sector no âmbito da qualidade são adequados? Sim ou não? Comente.

3- Quais as dificuldades sentidas na realização das funções que lhe foram atribuídas?

4- Na sua experiência do dia-a-dia de trabalho refira se sente dificuldade em realizar as tarefas no tempo previsto. Se respondeu sim, diga porquê e quais.

5- Já tinha alguma função que realizasse no âmbito da monitorização do S.Q.? Actualmente, em que aspectos acha importante o seu contributo nesta monitorização?

6- Qual a sua opinião em relação às ferramentas de trabalho fornecidas (sistema informático, impressos, documentos e registos)?

7- Quanto a si, as tarefas estão bem atribuídas? O que mudaria na distribuição de tarefas?

8- Da monitorização do S.Q. fazem parte várias tarefas. Sabe indicar algumas que não lhe pertençam?

9- Em que medida as suas tarefas têm repercussões nas tarefas dos outros? Porquê?

10- De que forma os objectivos da qualidade atingidos para o seu sector chegam até si?
Essa informação chega em tempo oportuno? Sugere outra metodologia?

Obrigado pela colaboração



ACTA DE REUNIÃO

Assunto: Apresentação dos resultados do Inquérito e discussão

Data: 31/05/10

Presenças:

Dolores, Catarina, Ricardo, Elsa, Paula, Isabel, Ismim, Geomiro, Diana, Sónia, Ricardo, Vitor, Cláudio, Sofia, Ant. Fátima

Assinaturas:

Sofia, Catarina, Ricardo, Elsa, Ismim, Diana, Sónia, Vitor, Cláudio, Ant. Fátima, Geomiro, Dolores, Catarina, Ricardo, Vitor, Cláudio, Sofia, Ant. Fátima

Acta: 31/05/2010

Objectivo da reunião:
Divulgação do questionário efectuado sobre a qualidade; mais especificamente sobre a definição de metas na área de qualidade. Falou-se de todas as questões colocadas no inquérito e sobre a importância do sistema de Gestão da qualidade. Falou-se das ferramentas de trabalho e das melhorias destas. Foram divulgados alguns resultados pertinentes tanto por alguns colaboradores, aspectos positivos, aspectos negativos e a melhoria. Foram resolvidas e estipuladas algumas medidas para melhorar as não conformidades detectadas. Foram dadas as opiniões de todos e tomadas as devidas decisões.

