



**Universidade de
Aveiro
2011**

Departamento de Ciências Sociais, Políticas e do
Território

VÂNIA REGINA

GODINHO SAMPAIO

PERCEÇÕES SOBRE QUALIDADE NA SAÚDE:

EFEITOS DA ACREDITAÇÃO



**Universidade de
Aveiro
2011**

Departamento de Ciências Sociais, Políticas e do
Território

**VÂNIA REGINA
GODINHO SAMPAIO**

**PERCEÇÕES SOBRE QUALIDADE NA SAÚDE:
EFEITOS DA ACREDITAÇÃO**

Dissertação apresentada 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 Doutora Teresa Carvalho, Professora Auxiliar do Departamento de Ciências Sociais, Políticas e do Território da Universidade de Aveiro, e do Mestre António Ferreira, Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis

Dedico este trabalho ao meu porto de abrigo e minha fonte de energia inesgotável - à minha família:

meus Pais, minha filha Maria João, ao Eduardo, ao Rui e Cascatinha

O júri

Presidente

Doutor Rui Armando Gomes Santiago,
Professor Associado com agregação do Departamento de Ciências Sociais
Políticas e do Território da Universidade de Aveiro.

Arguente

Doutora Maria João Machado Pires da Rosa,
Professora Auxiliar do Departamento de Economia, Gestão e Engenharia
Industrial da Universidade de Aveiro.

Orientadora

Doutora Maria Teresa Geraldo Carvalho,
Professora Auxiliar do Departamento de Ciências Sociais Políticas e do
Território da Universidade de Aveiro.

Coorientador

Mestre António Manuel dos Santos Ferreira,
Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha
Portuguesa de Oliveira de Azeméis.

Agradecimentos

A concretização desta dissertação é o resultado de um percurso de aprendizagem, trabalho e renovação constante da motivação para superar obstáculos, que se tornou possível graças à colaboração valiosa de muitas pessoas a quem manifesto a minha profunda gratidão:

- À minha orientadora, Professora Doutora Teresa Carvalho, pela disponibilidade, simpatia, encorajamento e partilha do seu saber,
- Ao meu coorientador, Mestre António Ferreira, pelos ensinamentos, pela disponibilidade de tempo e meios que foram fundamentais para a conclusão deste trabalho,
- Ao corpo docente do Departamento de Ciências Sociais, Políticas e do Território da Universidade de Aveiro que durante todo este processo enriqueceram os meus conhecimentos com o seu saber,
- À Doutora Sandra Bastos pelo solícito apoio logístico,
- Aos dirigentes do Hospital de Ovar que autorizaram a realização deste estudo de caso,
- A todos os profissionais do Hospital de Ovar que voluntariamente colaboraram na recolha dos dados que possibilitou a concretização dos objetivos deste estudo,
- A todos os meus familiares e amigos que sempre me encorajaram e minimizaram as minhas ausências, os meus desânimos e crises de mau feitio.

palavras-chave

Qualidade em saúde, Profissionais de saúde, Percepção da Qualidade, Acreditação hospitalar.

resumo

O hospital Francisco Zagalo de Ovar foi um dos hospitais portugueses que, em 2005, concretizou a sua acreditação total pelo *King's Fund Health Quality Service*. Trata-se de um processo tido como burocrático e que acarreta sobrecarga para os profissionais nele envolvidos, mas cujo objetivo final é a melhoria nos resultados dos cuidados de saúde aos utentes, através da melhoria da dinâmica de procedimentos da qualidade de toda a organização.

Sendo a envolvimento e empenho dos profissionais de saúde, fundamental para o sucesso e continuidade de projetos desta natureza, importa analisar, que percepção têm da relevância deste tipo de intervenções, bem como das melhorias que os mesmos efetivamente permitem alcançar, decorridos seis anos da sua descontinuação. Este é pois o objetivo deste estudo de caso.

O mesmo inicia-se com a construção do quadro teórico, em que se procurou contextualizar o surgimento dos modelos de gestão da qualidade, partindo do conceito atual de qualidade, da sua aplicação aos serviços públicos e particularmente aos serviços de saúde, evidenciando a influência que fatores como as reformas da administração pública e do próprio sistema de saúde tiveram, no que hoje se considera ser o conceito de qualidade em saúde.

A segunda parte constitui a investigação empírica, em que se procedeu à análises dos dados recolhidos através do questionário construído com base no quadro teórico e a partir do objetivo definido para o estudo. Os resultados foram obtidos junto de uma população de 148 profissionais multidisciplinares, com uma representatividade de 77,1%, que revelaram globalmente uma percepção boa da qualidade dos serviços da Instituição. Verificou-se que os participantes no projeto de acreditação foram mais críticos que os não participantes e que não existem diferenças significativas na percepção dos profissionais integrados antes e depois do projeto. Foi ainda efetuada análise de conteúdo dos problemas identificados como obstáculos à qualidade, apontando-se sugestões de melhoria para a Instituição. De igual modo são lançadas pistas para futuros trabalhos de investigação nesta área.

keywords

Health Quality, Health professionals, Perception of Quality, Hospital Accreditation.

abstract

The hospital Francisco Zagalo from Ovar was one of the Portuguese hospitals that, in 2005, accomplished its full accreditation by the King's Fund Health Quality Service. It's a process seen as bureaucratic and carries overhead for professionals involved in it, but the ultimate goal is the improvement of outcomes in health care to patients, by improving the dynamic quality procedures throughout the organization.

As the involvement and commitment of health professionals is vital to the success and continuity of such projects, it's important to assess which perception they have of the relevance of such interventions, as well as the improvements that they actually achieved, after six years of its discontinuation. This is, therefore, the purpose of this case study.

It begins with the construction of the theoretical framework which sought to contextualize the potential of quality management models, based on the current concept of quality, applied to public services and particularly health services, showing the influence factors such as public administration reforms and the health system itself had, in what is now considered to be the concept of quality in health.

The second part is the empirical research, which undertook the analysis of data collected through the questionnaire build on the theoretical framework and from the objective of the study. The results were obtained from a population of 148 multidisciplinary professionals with a representation of 77.1%, which showed generally a good perception of the quality of the Institution. It was found that the participants in the accreditation project were more critical than non-participants and there are no significant differences in the perception of professionals integrated before and after the project. It was also developed content analysis of the issues identified as barriers to quality, pointing out suggestions for improvement for the Institution. Also clues are released for future research in this area.

| INDICE GERAL | Página |
|----------------------------|---------------|
| Índice de Quadros..... | iii |
| Índice de esquemas..... | iv |
| Lista de Abreviaturas..... | v |

| | |
|------------------------|----------|
| INTRODUÇÃO..... | 1 |
|------------------------|----------|

PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

| | |
|--|-----------|
| 1 - QUALIDADE: O CONCEITO E SUA APLICAÇÃO AOS SERVIÇOS PÚBLICOS.... | 4 |
| 1.1 – Contexto atual do conceito de qualidade..... | 4 |
| 1.2 - Modelos de reforma da administração pública e a qualidade..... | 7 |
| 1.2.1 - Evolução da reforma da administração pública Portuguesa..... | 9 |
| 1.3 - Modelos e instrumentos da qualidade nos serviços públicos..... | 12 |
| 2 - QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE..... | 16 |
| 2.1 - Conceitos de qualidade em saúde..... | 16 |
| 2.1.1 - Definições de qualidade em saúde..... | 16 |
| 2.1.2 - Dimensões da qualidade em saúde..... | 17 |
| 2.1.3 - Consensos sobre qualidade em saúde..... | 20 |
| 2.2 - Abordagem de Donabedian à problemática da qualidade na saúde..... | 21 |
| 2.3 - Evolução das abordagens à gestão da qualidade em saúde..... | 22 |
| 3 - AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE..... | 24 |
| 3.1 - Modelos de avaliação da qualidade em saúde..... | 24 |
| 3.2 - Génese da acreditação e contexto atual..... | 26 |
| 3.3 - Experiência Portuguesa de acreditação hospitalar..... | 29 |
| 3.4 - Outros projetos de avaliação da qualidade em saúde..... | 31 |
| 4 - EVOLUÇÃO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE..... | 33 |
| 5 - CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO SNS..... | 40 |
| 5.1 - Tipo de recursos humanos em saúde e sua dimensão..... | 40 |
| 5.2 - Papéis dos profissionais de saúde e a qualidade..... | 43 |
| 5.3 - Perceções dos profissionais face aos processos de qualidade..... | 44 |

PARTE II – ESTUDO DE CASO

| | |
|---|-----------|
| 1 - CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO DO ESTUDO DE CASO..... | 52 |
| 1.1 - História e evolução do Hospital de Ovar..... | 52 |

| | |
|---|-----------|
| 1.2 - Caracterização dos recursos humanos do HFZ..... | 53 |
| 1.3 - Acreditação pelo KFHQS e contexto atual da gestão da qualidade..... | 55 |
| 2 - METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO..... | 57 |
| 2.1 - Questões e objetivos da investigação..... | 57 |
| 2.2 - Hipóteses de investigação..... | 58 |
| 2.3 - Definição de conceitos e construção do quadro conceptual..... | 58 |
| 2.4 - Metodologia de recolha de informação..... | 60 |
| 2.5 - Instrumento para a recolha de dados..... | 60 |
| 2.6 - Procedimentos para a recolha de dados..... | 63 |
| 2.7 - População do estudo de casos..... | 65 |
| 3 - APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS: ESTATÍSTICA DESCRITIVA..... | 67 |
| 3.1 - Caracterização da população..... | 67 |
| 3.2 - Resultados obtidos relativos ao conceito de acreditação..... | 69 |
| 3.3 - Resultados relativos ao conceito de perceção da qualidade..... | 70 |
| 3.3.1 - Identificação de processos de melhoria da qualidade..... | 70 |
| 3.3.2 - Identificação da existência dos princípios da qualidade..... | 71 |
| 3.3.3 - Identificação de melhoria dos resultados da qualidade..... | 72 |
| 3.4 Características psicométricas das variáveis em estudo..... | 74 |
| 4 - VERIFICAÇÃO DAS HIPÓTESES: ESTATÍSTICA INFERENCIAL..... | 77 |
| 5 - ANÁLISE DE CONTEÚDO SOBRE OBSTÁCULOS À QUALIDADE..... | 83 |
| 6 - ANÁLISE CRÍTICA DOS RESULTADOS..... | 86 |
| 7 - CONCLUSÃO..... | 96 |
| Sugestões para estudos futuros e limitações do estudo..... | 98 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 99 |
| Legislação consultada..... | 107 |
| ANEXOS | |

| INDICE DE QUADROS | pagina |
|--|---------------|
| Quadro 1: Critérios de avaliação dos Modelos de Excelência..... | 15 |
| Quadro 2: Dimensões da qualidade dos cuidados de saúde..... | 18 |
| Quadro 3: Tríade de Donabedian..... | 22 |
| Quadro 4: Certificação pelas ISO versus acreditação..... | 25 |
| Quadro 5: Grupos de Profissionais do Serviço Nacional de Saúde..... | 41 |
| Quadro 6: Número de efetivos por grupo de profissionais de saúde..... | 42 |
| Quadro 7: Recursos Humanos do HFZ entre 2005 e 2011..... | 54 |
| Quadro 8: Operacionalização das variáveis relativas à caracterização da população..... | 61 |
| Quadro 9: Operacionalização de variáveis relativas às questões de investigação..... | 62 |
| Quadro 10: Habilitações académicas e grupo profissional..... | 67 |
| Quadro 11: Tipo de vínculo contratual e tipo de função de chefia..... | 68 |
| Quadro 12: Reconhecimento do projeto de acreditação implementado, importância atribuída à acreditação e função no projeto..... | 69 |
| Quadro 13: Identificação do grau de implementação de processos de melhoria contínua da qualidade..... | 71 |
| Quadro 14: Identificação do grau de implementação de princípios da qualidade..... | 72 |
| Quadro 15: Identificação do grau de melhoria dos resultados da qualidade..... | 73 |
| Quadro 16: Coeficientes de consistência interna (<i>Alfa de Cronbach</i>) da dimensão Processos da melhoria contínua da qualidade..... | 74 |
| Quadro 17: Coeficientes de consistência interna (<i>Alfa de Cronbach</i>) da dimensão Princípios da Qualidade..... | 75 |
| Quadro 18: Coeficientes de consistência interna (<i>Alfa de Cronbach</i>) da dimensão Melhoria dos resultados da qualidade..... | 76 |
| Quadro 19: Médias e desvios padrões das dimensões da Perceção da Qualidade relativamente aos participantes no projeto de acreditação e aos não participantes e resultados do teste <i>t-Student</i> para grupos independentes..... | 77 |

| | |
|---|----|
| Quadro 20: Médias e desvios padrões das dimensões da Perceção da Qualidade relativamente aos profissionais integrados na Instituição antes ou depois do processo de acreditação e resultados do teste <i>t-Student</i> para grupos independentes..... | 79 |
| Quadro 21: Médias e desvios padrões das dimensões da Perceção da Qualidade relativamente aos profissionais clínicos e não clínicos e resultado do teste <i>t-Student</i> para grupos independentes..... | 80 |
| Quadro 22: Médias e desvios padrões das dimensões da Perceção da Qualidade relativamente aos profissionais com e sem funções de chefia e resultado do teste <i>t-Student</i> para grupos independentes..... | 81 |
| Quadro 23: Análise de conteúdo relativa aos problemas de qualidade..... | 83 |

INDICE DE ESQUEMAS

| | |
|--|----|
| Esquema 1: Elementos da triologia de Donabedian..... | 21 |
|--|----|

LISTA DE ABREVIATURAS

ACSA - *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía*
ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
AP – Administração Pública
ARS – Administração Regional de Saúde
CAF – *Common Assessment Framework*
CEE – Comunidade Económica Europeia
DGS – Direção Geral da Saúde
DQS – Departamento da Qualidade na Saúde
EFQM – *European Foundation for Quality Management*
EPE - Empresas Públicas Empresariais
ERS – Entidade Reguladora da Saúde
EUA – Estados Unidos da América
GQT – Gestão da Qualidade Total
HFZ – Hospital Francisco Zagalo
INE – Instituto Nacional de Estatística
IOM – *Institute of Medicine*
ISO – *International Organization for Standardization*
IQS – Instituto da Qualidade em Saúde
ISQUA – *International Society for Quality in Health Care*
JCAHCO – *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*
JCI – *Joint Commission International*
KFHQS – *King's Fund Health Quality Service*
MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MS – Ministério da Saúde
NGP – Nova Gestão Pública
NPM – *New Public Management*
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OGE – Orçamento Geral do Estado
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPSS – Observatório Português dos Sistemas de saúde
PEC – Programa de Estabilidade e Crescimento
PNAH – Programa Nacional de Acreditação de Hospitais
PNS – Plano Nacional de Saúde
PPP – Parcerias Público-Privadas
PRACE - Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado
QUAR – Quadro de Avaliação e Responsabilização
SIADAP - Sistema de Avaliação e Desempenho da Administração Pública
SIGIC - Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia
SMA – Secretariado para a Modernização Administrativa
SINAS – Sistema de Avaliação em Saúde
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SPA - Setor Público Administrativo
TIC – Tecnologias de Informação e Comunicação
TQM – *Total Quality Management*
USF – Unidade de Saúde Familiar
WHO – *World Health Organization*

INTRODUÇÃO

As estratégias para a gestão da qualidade nas instituições de saúde tiveram início em Portugal, no final da década de 1990 em grande parte impulsionadas com a criação do Instituto Português da Qualidade (IQS). O fenómeno da acreditação hospitalar aconteceu com grande incidência no plano nacional, na primeira década de 2000. No contexto da Lei orgânica do Ministério da Saúde (MS) de 2006, o IQS foi extinto e parte das suas atribuições herdadas pela Direção Geral da Saúde (DGS), mais especificamente pelo seu Departamento da Qualidade na Saúde (DQS), que anunciou recentemente a conclusão do manual de acreditação que serve de base ao novo modelo de acreditação em saúde, adotado do modelo andaluz, *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía* (ACSA) (DQS, 2011).

O hospital Dr. Francisco Zagalo de Ovar (HFZ) é um hospital do Setor Público Administrativo (SPA) que concretizou em 2005 a sua acreditação total pelo *king's Fund Health Quality Service* (KFHQS) no âmbito do então Programa Nacional de Acreditação de Hospitais (PNAH). A sua atual missão é *"elevar a qualidade dos cuidados de saúde diferenciados prestados à população que serve, satisfazendo assim as necessidades e expectativas dos seus utentes bem como dos seus profissionais, apostando numa política de saúde de proximidade, integrada com os diversos atores sociais, mobilizadores de sinergias que propiciem "Mais e melhor saúde mais perto de si"* (HFZ, 2011).

Tendo em conta quer o impacto que o fenómeno da acreditação teve durante a década de 2000 no âmbito do PNAH, quer a missão atual do HFZ e *"Partindo do princípio que o fator humano é um elemento central na cultura de uma organização..."* (Vilela, 2006:1) entendemos estar desta forma, constituído o cenário propício para a realização do nosso estudo. Numa Instituição, que passou pelo processo de acreditação hospitalar, evidencia-se a importância de aceder às perceções que os profissionais têm das implicações deste fenómeno ao nível da qualidade dos serviços e em que medida estão sensíveis às questões da gestão da qualidade. Estes constituem os fatores fundamentais que motivaram a realização deste estudo. A concretização deste estudo de caso centrou-se numa abordagem empírica qualitativa.

A estruturação deste trabalho é feita em duas partes. Na primeira, procuramos expor a construção do modelo teórico. Este iniciou-se com uma abordagem sobre o conceito atual da qualidade, que nos levou a analisar a sua aplicação aos serviços públicos em geral e aos serviços de saúde em particular. Nesta abordagem procuramos ter em conta a importância das reformas na Administração Pública (AP) e

do Serviço Nacional de Saúde (SNS) na definição atual de qualidade em serviços de saúde. Neste percurso detivemo-nos, embora de forma sucinta, na análise dos modelos e instrumentos de avaliação da qualidade, tanto dos serviços públicos, em geral, como dos serviços de saúde, em particular, com o intuito de evidenciar os seus princípios fundamentais. No caso dos modelos de avaliação da qualidade em saúde procuramos clarificar mais especificamente os aspetos relacionados com a acreditação hospitalar. Como corolário do nosso quadro teórico, procuramos caracterizar os profissionais de saúde, pela importância que têm na concretização de objetivos e resultados de saúde e por constituírem o nosso objeto de estudo. Neste ponto tivemos a preocupação de analisar as perceções dos profissionais de saúde face aos processos de qualidade, reunindo aspetos evidenciados nos estudos a que tivemos acesso, relacionados com vários elementos referentes ao impacto do fenómeno da acreditação hospitalar.

A segunda parte constitui a investigação empírica que se insere no âmbito de um estudo de caso. Iniciamos com a abordagem das características mais relevantes da Instituição onde este estudo se realizou, nomeadamente a caracterização dos recursos humanos, dos aspetos relativos à acreditação e do contexto atual da gestão da qualidade.

A abordagem empírica foi orientada para permitir encontrar pistas de resposta para as questões iniciais da pesquisa, nomeadamente: Quais as perceções dos profissionais de saúde relativamente à qualidade dos serviços hospitalares? e Qual a influência que a acreditação teve nessas perceções?

Os dados foram recolhidos através da aplicação de um questionário a uma população de 148 profissionais. Este questionário traduz uma abordagem quantitativa com o objetivo de aceder às perceções dos diferentes grupos de profissionais relativamente à qualidade dos serviços, tendo por base as dimensões estabelecidas para esta variável. A maioria das questões eram fechadas embora se tivesse, também, incluído, uma questão aberta. Recorremos ao uso da análise qualitativa nesta questão para aceder às perceções gerais dos profissionais, relativamente a situações que constituíssem obstáculos às práticas de qualidade. A análise crítica dos dados recolhidos, através deste instrumento, é apresentada, seguida das conclusões do trabalho, suas limitações e sugestões para futuros trabalhos.

PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1 - QUALIDADE: O CONCEITO E SUA APLICAÇÃO AOS SERVIÇOS PÚBLICOS

As percepções dos profissionais de saúde sobre a qualidade constituem o objetivo central do estudo que nos propomos desenvolver, tendo como foco os aspetos especificamente relacionados com os serviços de saúde públicos. Entendemos por isso, ser importante contextualizar o conceito de qualidade no universo do setor público e dos serviços de saúde em particular, tendo em conta a importância que a reforma da AP teve neste processo. Estes constituem precisamente, os temas que nos propomos tratar de seguida.

1.1 – Contexto atual do conceito de qualidade

Começamos por realizar uma breve abordagem das circunstâncias socioeconómicas que determinaram a emergência do conceito de qualidade, do que ele representa atualmente, com o intuito de clarificar a sua aplicação aos vários setores de atividade.

São hoje do domínio comum as circunstâncias socioeconómicas mais marcantes na evolução do conceito de qualidade. A revolução industrial, o aumento da inovação tecnológica, a expansão industrial, a internacionalização de produtos e mercados, a crise do petróleo que desencadeou a necessidade de redução de custos, o posterior desenvolvimento da eletrónica e dos sistemas de comunicação em particular da informática, constituíram uma cadeia de circunstâncias que contribuíram para uma rápida intensificação do processo de Globalização a que Palmer se refere como "*...uma diminuição ou eliminação de restrições impostas pelo Estado sobre o intercâmbio entre fronteiras e o cada vez mais integrado e complexo sistema global de produção e intercâmbio...*" (Palmer *in* Moreira, Jalali e Alves 2008: 83).

Este processo desencadeou um grau de exigência crescente relativamente à qualidade dos produtos e ao custo do seu processo de produção. Consequentemente as circunstâncias socioeconómicas que referimos desencadearam, paralelamente, a evolução do conceito de qualidade. Este tema é amplamente abordado na literatura por vários autores, não constituindo por isso novidade as várias etapas pelas quais evoluiu o conceito de qualidade, que culminou no que hoje se designa por Gestão da Qualidade Total (GQT), ou *Total Quality Management* (TQM), que se traduz na emergência de um modelo de gestão da qualidade *bottom-up* em que as decisões são partilhadas por todos os envolvidos no processo de produção, da melhoria contínua do mesmo e da qualidade, em alternativa ao modelo tradicional Taylorista¹ de gestão

¹ Designa um sistema de organização do trabalho concebido por Frederick W. Taylor, baseado na divisão de tarefas, cuja execução foi previamente estudada e planeada em função do alcance dos menores tempos de produção (Loffler, 2001).

top-down demasiado hierarquizado e centralizada na gestão de topo (Gariso, 2007; Carapeto e Fonseca, 2006; Loffler, 2001; Rocha, 2006).

A TQM, resulta assim, da evolução e agregação de vários conceitos desenvolvidos ao longo do tempo, com o contributo de vários autores que estudaram as questões da qualidade. Para uma melhor clarificação, no anexo 1, apresentamos, com base numa sistematização efetuada por Carapeto e Fonseca (2006), uma enumeração breve dos contributos dos principais autores sobre qualidade.

Apesar da diversidade de conceitos de TQM, podemos considerar que existe unanimidade entre os vários teóricos relativamente a um conjunto básico de quatro princípios que lhe são inerentes e que se podem resumir, de acordo com Carapeto e Fonseca (2006) do seguinte modo:

1- Empenho e liderança da gestão de topo - espera-se que os gestores de topo se empenhem em construir um sistema de gestão adaptado à organização, motivando com o seu exemplo e liderança firme a mudança de comportamentos;

2- Investir na estratégia e no sistema de gestão - é importante desenvolver uma estratégia de longo prazo para que a qualidade seja integrada com outras estratégias que lhe são inerentes como as Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) e os recursos humanos. Pretende-se que sejam criadas condições organizacionais e estruturais que permitam o desenvolvimento do processo de qualidade nas rotinas de trabalho, envolvendo e consciencializando todos os trabalhadores no sentido da mudança para a qualidade;

3- Orientar a organização para o cliente - sendo o objetivo das organizações ir de encontro ao que o cliente delas espera, recomenda-se a criação de mecanismos de comunicação com o mesmo, de modo a obter a informação que permita a antecipação às suas expectativas. É igualmente importante o desenvolvimento de indicadores de desempenho interno e externo através de *benchmarking*² ou de inquéritos aos clientes, de modo a serem aplicados em avaliações periódicas, viabilizando a obtenção do *feedback* necessário para avaliar e melhorar, pela aprendizagem, o plano da qualidade;

4- Criar um sistema de gestão de recursos humanos - o processo de melhoria requer o envolvimento de todos os elementos da organização, de forma a despertar o seu interesse e participação, através da delegação de competências, encorajando as pessoas a controlar, gerir e melhorar os processos que têm sob a sua responsabilidade (*empowerment*). Apostar na formação dos trabalhadores de modo a que estes

² Consiste em medir serviços, práticas e resultados, por comparação com competidores ou empresas reconhecidas como líderes de excelência, constituindo uma forma de implementar mudança e melhoria (Rocha, 2006).

desenvolvam as suas capacidades para a melhoria continua, definir os papéis que cada um tem no trabalho em equipa tal como o reconhecimento e a recompensa pelo desempenho e a comunicação ativa, incluindo a recolha de sugestões, são estratégias consolidadoras da motivação para a melhoria continua.

Na década de 90 do século passado surge um conceito novo ligado à qualidade, designado por Reengenharia e que Hammer e Champy *in* Rocha (2006) definem como o repensar e reestruturar radicalmente os processos empresariais, no sentido de se alcançarem melhorias drásticas em indicadores críticos como sejam os custos, a qualidade, o atendimento e a velocidade de produção. Para alguns autores este conceito não passa de um *neotaylorismo* que não resolve alguns problemas das empresas e que resulta frequentemente na redução de pessoal e na baixa moral da organização, por se focalizar demasiado na diminuição de custos (Rocha 2006).

Foster e Jonker (2003) destacam um conjunto de conceitos ligados à qualidade, que incluem para além do controlo, garantia e avaliação da qualidade, critérios como: o envolvimento de todos os membros da organização - planeamento de Hoshim³, com especial empenho da gestão de topo em assegurar o envolvimento dos *Stakeholders*⁴, incorporando a relação com os mesmos nas tomadas de decisão; a *Accountability*⁵ como critério de sucesso, a ênfase na qualidade global como prioridade; a redução dos custos, a melhoria da produtividade e da imagem da organização como consequência da qualidade; a estrutura organizacional, o fluxo de informação e decisão têm uma abordagem horizontal das equipas que incluem funcionários e os *Stakeholders* importantes.

Foi deste conjunto de conceitos fundamentais que caracterizam atualmente a TQM e que servem de base para a prática da qualidade nas organizações, que hoje se utiliza o conceito de excelência na gestão das organizações, focalizado na otimização de recursos, nos objetivos da organização, na proatividade com os clientes na persecução das suas necessidades, no incentivo ao empreendedorismo dos colaboradores para a inovação constante e no cumprimento de procedimentos. Atualmente este conceito passou também a incorporar aspetos relacionados com a

³ Conceito que define o encorajamento dos colaboradores a empreender ações da análise de problemas, criação de planos de melhoria, monitorização dos processos e implementação de melhoria com empenho individual e autonomia (Rocha 2006).

⁴ Parte interessada ou interveniente dos quais depende o sucesso que qualquer planeamento estratégico (Foster e Jonker, 2003).

⁵ Termo de influência anglo-saxónica que pretende designar a obrigação dos membros de um órgão administrativo ou representativo de prestarem contas do desempenho da organização (Carapeto e Fonseca, 2006).

defesa do ambiente, do consumidor, com segurança, educação e saúde (Rocha, 2001).

1.2. - Modelos de reforma da administração pública e a qualidade

O contexto de introdução dos modelos de gestão da qualidade nas organizações públicas ocorre num ambiente de reformas mais profundas na AP. Destas assume particular relevância, a tendência para o recurso a modelos e práticas tradicionalmente dominantes no setor privado, enquadrados num contexto de transformações do Estado de Providência⁶ (*Welfare* na terminologia anglo-saxónica). Em termos gerais, o Estado deixa de ser perspetivado como o garante do bem-estar social dos cidadãos e como parte importante da economia Keinesiana⁷, para passar a ser interpretado como sobrecarga e impedimento ao amplo desenvolvimento económico e social, devendo a regulação do Estado ser substituída pela do mercado (Araújo, 2007; Carvalho, 2009; Neves 2003).

De entre as correntes gestionárias que protagonizaram o processo de reforma da AP existem diferentes perspetivas, sendo a distinção entre a Nova Gestão Pública (NGP) ou *New Public Management* (NPM) e a Reinvenção do Governo ou *Reinventing Government* as que se revestem de maior relevância (Carapeto e Fonseca, 2006).

De acordo com alguns autores portugueses, a NGP pode ser considerada como a manifestação da ideologia managerialista no campo das instituições públicas. As principais mudanças que promove nos sistemas e nas instituições públicas podem-se classificar de acordo com duas dimensões fundamentais – as reformas estruturais e organizacionais (descentralização, competição e avaliação) e as reformas culturais ('ethos' empresarial e orientação para o consumidor) (Carvalho, 2009). Araújo (2007) considera que a base disciplinar deste modelo é eclética, no sentido em que foram várias as teorias que contribuíram para a sua evolução: o *managerialismo* que enfatiza a gestão como melhor instrumento para melhorar a eficácia e o sucesso social cujos princípios e práticas são aplicáveis quer ao setor privado quer ao público; o racionalismo dos conceitos da Escolha Pública⁸ (*Public Choice* na terminologia anglo-

⁶ Designa um conjunto de sistemas de proteção social que se havia imposto como solução para os múltiplos problemas económicos e sociais que emergiram como consequência da 2ª Guerra Mundial (Neves, 2003).

⁷ A teoria desenvolvida por John Maynard Keynes que atribuiu ao Estado o direito e o dever de conceder benefícios sociais que garantam à população um padrão mínimo de vida (Rocha 2001).

⁸ Teoria da Escolha Pública desenvolvida por Buchanan e Tullock e que aplica à política, aos seus intervenientes e aos serviços públicos, os conceitos da economia de mercado dando ênfase à não intervenção corretora do Estado na economia e nas chamadas falhas de mercado (Buchanan e Tullock *in* Alves e Moreia, 2004).

saxónica), e a teoria da Agência e dos custos de transação, cuja perspectiva introduz a racionalidade económica na análise dos problemas da AP.

A metodologia da NGP foi rapidamente adotada nos anos 80 e 90 do século passado por vários países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE). O Reino Unido foi um dos primeiros países a implementá-la pela administração Thatcher. Nesta altura, adota os conceitos da TQM, que combina com mecanismos de mercado e técnicas de gestão do setor privado, aplicando-se quer à reforma institucional quer à reforma administrativa, em aspetos como a melhoria da gestão através da profissionalização dos gestores públicos tendo como principais objetivos, a redução da despesa pública, o reforço da responsabilidade e da satisfação dos consumidores (Carapeto e Fonseca 2006).

A partir dos anos 90 do século passado, as ideias desta abordagem foram reequacionadas sob a perspectiva da *Reinventing Governement* que conjuga para além dos conceitos da TQM, da NGP os da reengenharia. É dado aos funcionários o poder de usar a sua criatividade no seu trabalho e na prestação de serviços, deixando a privatização de ser o principal motor das reformas. Este modelo constituiu um ponto de referência da administração Clinton e Al Gore, defendendo uma cultura de AP tida como mais flexível, inovadora, empreendedora e com capacidade real de resolver problemas. Ao mesmo tempo procura promover uma maior participação do cidadão enquanto cliente (Carapeto e Fonseca 2006).

Por outro lado, a corrente participativa teve especial relevância nos anos 90, pelo facto de permitir aos governos legitimar as suas ações, através do envolvimento dos cidadãos e funcionários na tomada de decisões. Neste contexto em que o Estado é visto como uma empresa cujos acionistas são os cidadãos contribuintes, sendo das suas contribuições que o mesmo se sustenta, surge o conceito de *Accountability*, ou seja, da prestação de contas por parte do governo perante os cidadãos, tendo estes o poder de o legitimar ou não pelos processos legislativos (Carapeto e Fonseca 2006).

Uma nova abordagem designada por "Terceira Via" (Getwirtz, 2002) ganha particular relevância a partir de 1995 apresentando-se como uma ideologia aplicada à reforma administrativa, que se situa entre o neoliberalismo e a social-democracia, evidenciando-se como uma alternativa às velhas soluções políticas dualistas para as questões sociais (governo forte/mercado livre; setor publico/privado; direitos/responsabilidades). Trata-se da implementação de políticas que procuram responder aos desafios que emergiram com a globalização, as relações com instituições políticas internacionais e com o desenvolvimento das TIC (Getwirtz, 2002).

Perante a emergência de novos problemas sociais, de novas necessidades dos cidadãos e das restrições financeiras, considera-se como imprescindível a melhoria do

desempenho da AP. O desafio de se desenvolver uma atitude pró-ativa de mudança de metodologias de trabalho, com vista à melhoria contínua é uma prerrogativa política. Contudo, a adoção de uma filosofia de qualidade e excelência por parte do setor público não parece ser fácil e imediata.

1.2.1 - Evolução da reforma da administração pública Portuguesa

Depois da breve abordagem realizada com base numa perspetiva global das reformas na AP, vamos procurar desenvolver uma análise igualmente breve das características que estas reformas tiveram em Portugal e dos momentos impulsionadores de maiores mudanças.

Os quase cinquenta anos de duração da política do Estado Novo marcaram profundamente as características da AP Portuguesa. No entanto, nas últimas décadas, a sua reforma tem vindo a ganhar uma dimensão importante. Isto deve-se fundamentalmente a dois grandes acontecimentos com efeitos comutativos no rumo e no ritmo de desenvolvimento do nosso país: a abertura a um regime democrático que a revolução política de abril de 1974 desencadeou e a adesão à Comunidade Económica Europeia (CEE) em 1986.

Foi pela via legislativa que Portugal deu início às suas reformas, consagrando na Constituição da República Portuguesa princípios fundamentais em matéria organizativa e estruturantes do nosso sistema jurídico-político concebendo uma AP próxima dos cidadãos de modo a diminuir o excesso de burocracia e permitir a sua participação através de associações públicas, sindicatos e outras formas de representação democráticas (Carapeto e Fonseca 2006).

Analisando as diferentes fases do processo de reforma da AP, começamos por referir um primeiro período que ocorreu entre 1974 e 1985 salientando a influência que teve a instabilidade política que se viveu depois da queda do Estado Novo e do processo de descolonização que se seguiu no desempenho governamental. Por estas razões a modernização administrativa em Portugal, só viria a ganhar forma em meados da década de 80 do século passado, contrariando a regra da maioria dos outros países, em que a mesma se reporta aos anos 70. Araújo (2005) considera que a ênfase das reformas, nesta altura, se focalizou na desburocratização e destaca nomeadamente a institucionalização do poder local, o estatuto do pessoal dirigente e a criação de estruturas de formação na administração central e local.

Ao analisar as conclusões da OCDE sobre as mudanças na AP, Rocha (2001) refere um segundo período entre 1986 e 1995 em que as reformas da AP portuguesa convergiram no sentido da adoção da NGP, impulsionada pela criação do Secretariado para a Modernização Administrativa (SMA), e que teve um desempenho fundamental

no processo da promoção, aconselhamento e avaliação das medidas de modernização, a par dos movimentos reformistas iniciados em vários países da OCDE. Araújo (2005) identifica neste período, quatro características fundamentais da matriz gestonária: orientação para os resultados e clientes; esforço na mudança de valores e atitudes; preocupação com o pragmatismo e melhoria da qualidade dos serviços e do seu desempenho. Por seu lado, Rocha (2001) entende ainda que neste período se podem considerar duas fases: 1ª Fase de desintervenção e desburocratização entre 1986 - 1992 em que se iniciou a privatização de empresas públicas, o recurso ao *outsourcing*⁹ e a reestruturação da própria AP com a publicação do Código de Procedimento Administrativo que consagra um conjunto de princípios que incrementam uma mudança e modernização administrativa; 2ª Fase de gestão da qualidade nos serviços públicos entre 1993 - 1995 que consistiu na informação e mobilização da sociedade para as questões da qualidade, no investimento na formação dos profissionais da AP e a aprovação das cartas da qualidade em serviços públicos (Rocha 2001).

Num terceiro período, mais curto, que decorre entre 1996 e 1998, Rocha (2001) entende que a reforma da AP em Portugal assumiu a nova corrente do *Reinventing Government* que se evidenciou numa reforçada aposta da participação de organizações representativas dos trabalhadores no sentido da motivação para a concertação de objetivos de melhorar a qualidade de bens e produtos dos serviços públicos. Foi ainda dada ênfase ao recurso a tecnologias de informação avançadas que se traduzissem numa maior desburocratização, racionalização e simplificação de estruturas e procedimentos administrativos (Rocha 2001). Para Araújo (2005), a partir de meados da década de 1990, para além da influência do paradigma gestonário nas reformas administrativas, verificou-se em Portugal uma influência significativa das ideias da denominada terceira via, o que resultou numa maior preocupação com a qualidade dos serviços públicos, a melhoria da relação administração/cidadãos e a adoção de formas inovadoras de fornecimento de serviços públicos.

O período seguinte que decorre entre 1999 a 2010, foi particularmente rico em medidas legislativas e iniciativas que se traduziram na modernização administrativa evidenciada pelo protagonismo que as questões relacionadas com o *e-government* (sociedade de informação) tiveram na inovação através do recurso às TIC, no sentido de simplificar procedimentos e promover a interação com o cidadão.

Magalhães e Vieira (2004) apontam quatro grandes objetivos para a implementação da reforma da AP neste período: dar primazia à gestão orientada por

⁹ Termo de influência anglo-saxónica que significa 'externalização' mas que tem tido várias interpretações, pretendendo designar a delegação de serviços a terceiros e por isso também designada por 'terceirização' (Carapuça 2003).

objetivos, sem esquecer que os mesmos devem estar ligados aos processos de forma a consolidar o desempenho; implementar sistemas de informação como elemento catalisador de mudança, instrumento de controlo promotor de indicadores de apoio à gestão; gerir os recursos humanos, flexibilizando-os tendo especial atenção ao recrutamento, remuneração, avaliação de desempenho, carreiras, formação e gestão executiva; legitimar a liderança no sentido de que o exemplo de mudança seja congruente, partindo do modelo comportamental das chefias, da *Accountability* e do reconhecimento do mérito (Magalhães e Vieira 2004). O protagonismo dos sistemas de informação foi dividido com questões como a ênfase na qualidade, nomeadamente com a criação em 1999 do Sistema de Qualidade dos Serviços Públicos, a diminuição do peso das contas públicas através da racionalização da organização dos vínculos e das carreiras favorecendo a mobilidade dos funcionários públicos, generalizando-se o princípio da avaliação e responsabilização do desempenho numa aproximação ao conceito de *Accountability*.

Segundo Araújo (2005), a partir de meados da década de 2000, em virtude da crise económica, os cortes orçamentais criaram pressões no funcionamento e investimento público. A criação do Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado (PRACE), surge num clima em que as políticas de contenção da despesa pública, foram acompanhadas pela racionalização das atividades do Estado, que teve início com a reforma do Serviço Nacional de Saúde (SNS), alargando-se a outras áreas nomeadamente à educação e à segurança social, tendo sido extintos muitos organismos públicos. Nesta sequência surge o SIMPLEX, um programa de simplificação legislativa e administrativa, criado para facilitar a relação entre os cidadãos e as empresas na sua articulação com a Administração Central. Estas medidas visam aumentar a qualidade dos serviços públicos e a sua orientação para os resultados. Este objetivo foi acompanhado pela implementação do Sistema de Avaliação e Desempenho da Administração Pública (SIADAP) que pretendia induzir uma cultura de mérito e avaliação de resultados. Esta avaliação de desempenho diz respeito, quer aos serviços tendo como referência o Quadro de Avaliação e Responsabilização (QUAR), quer aos dirigentes e aos trabalhadores da AP, independentemente da modalidade de constituição da relação jurídica de emprego público. Estas medidas, visam melhorar a qualidade e os resultados nos serviços públicos.

Assinala-se ainda neste período a criação em 2004 do Instituto Português da Acreditação, que tem por missão reconhecer competências técnicas a agentes económicos de avaliação de conformidade e em 2007 a criação do Instituto Português

da Qualidade com funções e coordenação do Sistema Português da Qualidade para credibilizar a atividade de agentes económicos e do laboratório nacional de metrologia.

Nos últimos anos surgiram sucessivos Programas de Estabilidade e Crescimento (PEC) que preveem um conjunto de medidas de consolidação orçamental que visam reforçar e acelerar a redução de défice excessivo e o controlo do crescimento da dívida pública. Este programa foi sofrendo várias revisões e reedições, especialmente em 2010, no sentido de reforçar os seus princípios face à evolução do contexto socioeconómico¹⁰.

Esta análise permite-nos perceber que a preocupação com a qualidade constituiu um importante desígnio em todos os períodos da reforma da AP Portuguesa.

1.3 - Modelos e instrumentos da qualidade nos serviços públicos

Exposta a forma como o léxico da qualidade foi sendo incorporado nas reformas do setor público importa agora enunciar, de forma breve, os principais modelos e instrumentos de garantia e avaliação da qualidade em serviços públicos.

A criação de modelos de gestão da qualidade em serviços públicos, teve como objetivo proporcionar-lhes os mecanismos de demonstração da qualidade dos seus procedimentos, dos seus sistemas, dos seus bens e serviços, de acordo com um conjunto de princípios de gestão eficaz, eficiente e de funcionamento desburocratizado de processos, com vista à satisfação das necessidades explícitas e implícitas dos cidadãos. De acordo com os promotores da reforma da AP em Portugal, é esta filosofia de gestão que define o conceito de qualidade em serviços públicos (Decreto-Lei nº 166-A/99 de 13 de maio).

De acordo com Rocha (2006) e Carapeto e Fonseca (2006) podemos considerar fundamentalmente três modelos de garantia da qualidade em serviços públicos em Portugal: as *International Organization for Standardization* (ISO) 9000; as cartas da qualidade e os modelos de excelência.

ISO 9000: No que diz respeito a estas normas, elas expressam um consenso internacional sobre as boas práticas de gestão que permitem assegurar a qualidade constante de produtos e serviços, em resposta às expectativas dos clientes e pretendem ser aplicáveis a todos os setores de atividade. A família destas normas têm vindo a sofrer várias revisões tendo a última ocorrido em 2008. A mais conhecida é a ISO 9001 «Sistemas de gestão da qualidade – Requisitos» na qual se baseia a

¹⁰ A título de consulta, procuramos sistematizar sequencialmente, no anexo 2, as reformas mais significativas da AP Portuguesa entre 1974 e 2010.

atividade de certificação estabelecendo os requisitos de um sistema de gestão da qualidade. Estas normas prevêm uma auditoria ao sistema de qualidade por uma entidade independente e externa, de modo a que a organização/instituição possa obter uma certificação de conformidade relativamente ao cumprimento das mesmas. No entanto, a sua função é meramente garantir que a organização certificada é capaz de respeitar os requisitos de qualidade para fornecer produtos e serviços em conformidade. Tal não deve ser confundido com um modelo de excelência de gestão da qualidade, que implica a aplicação de processos de autoavaliação e o desenvolvimento de uma estratégia de criação de uma cultura de qualidade.

São oito os princípios de gestão da qualidade preconizados por estas normas, assentes na melhoria contínua do desempenho organizacional, que considera os interesses de todos os *stakeholders* (ISO, 2010):

1- Foco no cliente - dependendo as organizações dos seus clientes, é recomendável que atendam às suas necessidades atuais e futuras, aos seus requisitos e procurem antecipar as suas expectativas;

2- Liderança - os líderes estabelecem os valores da missão e o rumo da organização. Cabe-lhes a eles criarem e manterem um ambiente interno, no qual as pessoas possam estar totalmente envolvidas, no propósito de atingir os objetivos da organização;

3- Envolvimento de pessoas - pessoas de todos os níveis são a essência de uma organização, o seu total envolvimento possibilita o uso das suas capacidades para o benefício da mesma;

4- Abordagem do processo - os resultados desejados são alcançados mais eficientemente quando as atividades e os recursos relacionados são geridos como um processo;

5- Abordagem sistémica para a gestão - identificar, entender e gerir os processos inter-relacionados como um sistema, que contribui para a eficácia e eficiência da organização no sentido de esta atingir os seus objetivos;

6- Melhoria contínua - é conveniente que a melhoria contínua do desempenho global da organização seja o seu objetivo permanente;

7- Abordagem à tomada de decisão baseada em factos - as decisões eficazes são baseadas na análise de dados e informação;

8- Benefícios mútuos nas relações com os fornecedores - uma organização e seus fornecedores são interdependentes, e uma relação de benefícios mútuos aumenta a capacidade de ambos agregarem valor.

Este modelo tem uma aplicação significativa em serviços públicos, nomeadamente em câmaras municipais, serviços e instituições da saúde (Carapeto e

Fonseca, 2006; Croft, 2008; Gariso, 2007; Legidio-Quigley, Mckee, Nolte e Glinos, 2008; Silva, 2004; WHO, 2003).

Cartas da qualidade: Trata-se de um modelo mais simples, cuja ideia essencial é aumentar a qualidade dos serviços através da avaliação ou análise que os utilizadores têm deles. Trata-se da concretização formal num documento acessível a todos os utilizadores de um serviço/instituição, do compromisso de atuação do mesmo, perante os seus clientes. Nesse documento é considerado relevante a definição de aspetos como: a política de qualidade da Instituição, informação aos clientes, avaliação da qualidade (por inquéritos ou questionários aos clientes), tratamento de reclamações e mecanismos de autorregulação. Este modelo tem uma implementação significativa em unidades de cuidados de saúde primários e em alguns institutos públicos como é o caso do Instituto Nacional de Estatística (INE) (Rocha, 2006).

Modelos de Excelência: Estes resultam do desejo das organizações/instituições encontrarem um modelo ou padrão através do qual possam ser avaliadas ou comparadas, relativamente ao seu desempenho na aplicação de técnicas de qualidade. Estes modelos de autoavaliação estão normalmente associados à atribuição de prémios, que se baseiam em critérios rigorosos de qualidade, em que os participantes competem com o objetivo da melhoria. São modelos que funcionam como *Benchmarks* de casos de sucesso da TQM e embora tenham origens diferentes apresentam critérios comuns, nomeadamente a liderança, a gestão de recursos humanos, a orientação para os processos da organização, a melhoria contínua, os resultados e a satisfação do cliente, o impacto ambiental e a responsabilidade social. São destacados na literatura os seguintes modelos:

- O *Deming Prize* - criado no Japão em 1951, em honra da Edward Deming: premeia pessoas e empresas que se distinguiram na área da qualidade total;
- O *Malcolm Baldrige National Quality Award* - instituído nos Estados Unidos da América (EUA) em 1987 com o intuito de desenvolver a qualidade nas empresas vindo posteriormente a abranger organizações de saúde e educação;
- O *European Excellence Model* - instituído em 1991 pela *European Foundation for Quality Managmnet* (EFQM): contempla critérios relativos aos meios com que as organizações realizam as suas atividades chave e, critérios relativos à forma como os resultados são alcançados;
- A *Common Assessment FrameWork (CAF)* - instituído pela União Europeia em 2000, derivado do EFQM mas mais simples e adaptado à AP.

Os modelos EFQM e CAF têm uma importância particular, pela implementação como instrumento de autoavaliação, em estabelecimentos de ensino, institutos e organizações públicas (Carapeto e Fonseca, 2006; Coelho, Sarrico e Rosa, 2008; Legidio-Quigley *et al*, 2008; Rocha 2006; WHO, 2003; Rosa e Amaral, 2007). No Quadro 1 pretendemos enunciar de forma breve os critérios de avaliação dos quatro modelos que se destacam na literatura.

Quadro 1 - Critérios de avaliação dos Modelos de Excelência

| Dening Prize | Malcolm Baldrige Quality Award | EFQM | CAF |
|---|---|-------------------------------|--|
| Políticas e planeamento da organização | Liderança | Liderança | Liderança |
| Organização e sua gestão | Planeamento estratégico da qualidade | Política e estratégia | Estratégia e planeamento |
| Foco nos recursos humanos: educação e disseminação da qualidade | Foco na força de trabalho | Gestão de pessoas | Gestão de recursos humanos |
| Standardização, uniformização | Avaliação, análise e gestão do conhecimento | Recursos e parcerias | Recursos e Parcerias |
| Informação da qualidade: recolha transmissão e organização | Gestão de processos | Gestão por processos e factos | Gestão dos processos e das mudanças |
| Atividades de garantia da qualidade | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | Satisfação dos profissionais | Resultados relativos às pessoas |
| Manutenção e controlo da qualidade | Focalização no mercado e nos clientes | Satisfação dos clientes | Resultados orientados para o cidadão-cliente |
| Análise da Melhoria | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | Impacto na sociedade | Resultados na sociedade |
| Resultados | Resultados | Resultados da atividade | Resultados de desempenho chave |

Fonte: adaptação de Carapeto e Fonseca (2006: 51) e Rocha (2006: 79-85)

Apesar da diversidade de instrumentos e de modelos de gestão da qualidade nos serviços públicos, destacam-se da sua análise, um conjunto de princípios comuns que englobam os meios necessários para alcançar os resultados pretendidos através da aprendizagem e inovação constantes como: Liderança; Focalização no cliente; Gestão e envolvimento de recursos humanos; Aprendizagem e inovação; Gestão de recursos e de parcerias; Estratégia e planeamento da melhoria contínua da qualidade; Resultados.

A implementação destes modelos e instrumentos é, ao nível das organizações públicas, particularmente pertinente no contexto da saúde, dada a sua relevância na avaliação dos resultados.

2 - QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

As reformas da AP em Portugal tiveram no sistema de saúde, a sua porta de entrada (Carvalho, 2009; Araújo, 2007). Assim sendo, a preocupação com as questões da qualidade tem uma relevância particular neste domínio do setor público assumindo-se hoje como um facto indiscutível sobre o qual existe consensualidade e extensa literatura.

Já no que diz respeito à sua sistematização, definição e significado não podemos dizer o mesmo, pois existem diferentes perspetivas, quer dos diferentes autores sobre esta matéria quer dos diferentes intervenientes que desempenham papéis na área da saúde sejam eles utilizadores/consumidores, fornecedores, profissionais de saúde ou outros *stakeholders* (Arah, Westert, Hust e Klazinga, 2006; Campbell, Roland e Buetow, 2000; Brown, Franco, Rafeh e Hatzell, 1998; Donabedian, 1980; Donabedian, 2003; Lloyd, 2004; McGlynn, 1997; Piligrimienè e Bučiūnienè, 2008; Pisco, 2001; WHO, 2003).

Segundo a WHO (2003) estas diferenças refletem também as mudanças na política da saúde, nomeadamente entre hospitais e redes de cuidados de saúde primários. O enfoque desta questão está a mudar da regulação institucional para o desenvolvimento integrado de sistemas de saúde e portanto do controlo estatístico para a melhoria dinâmica.

2.1 - Conceitos de qualidade em saúde

Neste ponto, pretendemos apresentar algumas das definições mais utilizadas referentes ao significado de qualidade em saúde, as suas dimensões bem como analisar a existência de consensos sobre ambas.

2.1.1 - Definições de qualidade em saúde

“Um bom serviço de saúde significa coisas diferentes para pessoas com valores diferentes”, (WHO 2003: 54). Neste sentido McGlynn (1997: 7) diz-nos que, de certa forma, a qualidade *“está nos olhos de quem a vê”* o que implica equilibrar os pontos de vista concorrentes e as necessidades dos pacientes, dos profissionais de saúde e dos diferentes *stakeholders*.

Em 1980 Donabedian (*in* Legidio-Quigley *et al* 2008: 2) define qualidade em saúde como sendo *“o tipo de prestação de cuidados em que se espera a maximização do bem-estar do doente, depois de o mesmo ter em consideração o balanço entre os ganhos e as perdas esperados nas várias fases do processo de prestação de cuidados de saúde”*.

Em 1984 a *American Medical Association* define a qualidade dos cuidados como "cuidados que consistentemente contribuem para a melhoria e manutenção da qualidade e/ou duração de vida" (Blumenthal, 1996: 891; Pilgrimienè e Bučiūnienè, 2008: 105) e identifica atributos específicos dos cuidados que devem ser observados ao determinar a sua qualidade, como sejam a promoção da saúde e prevenção da doença.

Em 1990 o *Institute of Medicine* (IOM) dos EUA, definiu a qualidade em saúde como "o grau em que os serviços de saúde para indivíduos e populações, aumenta a probabilidade dos resultados de saúde desejados e estes são consistentes com o conhecimento profissional atual" (Legidio-Quigley et al 2008: 2). Esta definição segundo Pilgrimienè e Bučiūnienè (2008) é uma das mais comumente aceites.

A *Joint Commission on Accreditation of healthcare Organizations* (JCAHCO) em 1993 define o conceito de qualidade como "o modo como os serviços de saúde, com o atual nível de conhecimentos, aumentam a possibilidade de obter os resultados desejados e reduzem a possibilidade de obtenção de resultados indesejados" (Sousa (2006: 310). Similarmente o mesmo conceito é definido em 1998 pelo Conselho da Europa, como "o grau em que o tratamento dispensado aumenta a probabilidade de o paciente conseguir os resultados desejados e diminuir a probabilidade de resultados indesejados, tendo em conta os conhecimentos atuais.", (Legidio-Quigley et al 2008: 2).

O *Departement of Health* do Reino Unido em 1997 define o conceito de qualidade em saúde como "Fazer o que é correto (o quê?); à pessoa correta (a quem?); no momento correto (quando?) e bem à primeira" (Legidio-Quigley et al 2008: 2).

A WHO em 2000 definiu a qualidade em cuidados de saúde como "o nível de concretização das metas intrínsecas de um sistema de saúde relativamente à melhoria da saúde e a capacidade de resposta às legítimas expectativas das populações", (Legidio-Quigley et al 2008: 2).

No trabalho que Legidio-Quigley et al (2008) elaboraram para o *European Observatory on Health Systems and Policies*, sobre a garantia da qualidade em cuidados de saúde na União Europeia, as definições de Donabedian (1980), do IOM dos EUA (1990), do departamento da saúde do Reino Unido (1997), do Conselho da Europa (1998) e da WHO (2000), são apontadas como as mais identificadas na literatura, em particular a de Donabedian (1980) e a do IOM dos EUA (1990).

2.1.2 - Dimensões da qualidade em saúde

Depois de analisadas algumas das definições mais usuais de qualidade em saúde, procuramos, agora, refletir sobre as suas principais dimensões. Neste sentido,

baseamo-nos nos contributos de diferentes autores (Bronw *et al*, 1998; Campbell *et al*, 2000; Donabedian, 2003; Legidio-Quigley *et al*, 2008; Mezomo, 2001).

Não obstante a dificuldade em definir o conceito de qualidade em saúde, como se pôde verificar pelo que acabamos de expor no ponto anterior, constatamos, contudo, ser possível identificar um conjunto de dimensões comuns às definições ou perspetivas dos diferentes autores.

O estudo de Legidio-Quigley *et al* (2008) apresenta-nos as dimensões mais comumente referidas de acordo com várias fontes e que apresentamos no Quadro 2.

Quadro 2 - Dimensões da qualidade dos cuidados de saúde

| Fontes | Donabedian (1988) | Maxwell (1992) | Departamento da saúde do UK (1997) | Conselho da Europa (1998) | IOM (2001) | JCAHO (2006) |
|----------------------|--------------------------|---------------------------------------|---|----------------------------------|---------------------------------|---|
| Dimensões | | | | | | |
| Efetividade | X | X | X | X | X | X |
| Eficiência | X | X | X | X | X | X |
| Acesso | X | X | X | X | | X |
| Segurança | X | | | X | X | X |
| Equidade | X | X | X | | X | |
| Adequação | X | X | | X | | X |
| Oportunidade | | | X | | X | X |
| Aceitabilidade | | X | | X | | |
| Resposta | | Respeito, Escolha, Informação | | | Respeito Foco no paciente | |
| Satisfação | | | X | X | | |
| Melhoria da saúde | X | | X | | | |
| Continuidade | | Competência técnica, Relevância | | | X | Disponibilidade, Prevenção, deteção antecipada |
| Outras | | | | Eficácia | | |

Fonte: Legidio-Quigley *et al* (2008: 5)

Não sendo estas dimensões abrangentes nem mutuamente exclusivas, percebemos no entanto, recorrendo ao mesmo estudo, que as dimensões da Efetividade e da Eficácia são incorporadas uma na outra sendo incluídas tal como a Eficiência, em todas as definições de qualidade em cuidados de saúde analisadas por estes autores. Estes referem-se à Efetividade/Eficácia como a medida em que a intervenção em causa produz os efeitos pretendidos e à Eficiência como a medida em que os objetivos são obtidos através da minimização do uso de recursos.

A dimensão do Acesso é também importante para a maioria das definições de qualidade nos cuidados, podendo ser operacionalizada de um modo geral como a

proporção de uma determinada população que necessita de serviços de saúde e que pode obtê-los.

A Segurança é uma dimensão cada vez mais importante nas várias abordagens e refere-se à redução de riscos não só para os pacientes como também para os profissionais.

Equidade é, também, incluída como uma dimensão importante em algumas classificações de qualidade e que implica considerações de justiça. Dependendo das circunstâncias, alguns indivíduos podem receber mais cuidados que outros, de acordo com as diferenças da sua capacidade de beneficiar ou de necessidades específicas.

É ainda frequentemente mencionado um conjunto de dimensões que se estendem às expectativas médicas, sociais e dos pacientes (de acordo com Legidio-Quigley *et al* (2008):

- A Adequação - tratamento adequado à situação de cada paciente;
- A Oportunidade - cuidado recebido dentro de um período de tempo razoável;
- A Aceitabilidade - como é prestado o cuidado do ponto de vista da atenção e da humanidade;
- Focalização no paciente - consideração pelas preferências e valores dos indivíduos e populações;
- Satisfação - para os pacientes, como os cuidados e a melhoria da saúde vai de encontro às suas expectativas e para os profissionais, como o trabalho vai de encontro às suas expectativas;
- A Continuidade do cuidado - referente à conectividade entre as diferentes etapas do percurso do paciente;
- A Tangibilidade/Amenidades - refere-se às características do serviço de saúde não diretamente ligadas à efetividade clínica, mas que incrementam a satisfação do paciente: conforto, limpeza, alimentação, etc.;
- As Relações interpessoais - referem-se à interação entre prestadores e pacientes, gestores e prestadores e equipas de saúde e populações;
- A Competência Técnica - refere-se a aptidões, capacidades e performance de prestadores, gestores e pessoal de apoio;
- Os Resultados - as mudanças no estado de saúde do paciente atribuídas aos cuidados recebidos.

Estas dimensões da qualidade são ainda analisadas por vários autores (Campbell *et al*, 2000; Giraldes, 2007; Kelley e Hust, 2007; Pilgrimienè e Bučiūnienè, 2008) no contexto das três categorias de cuidados enunciadas por Donabedian: Estrutura – Processo – Resultados (trilogia de Donabecian), sobre a qual faremos referência um pouco mais à frente.

2.1.3 - Consensos sobre qualidade em saúde

Pretendemos neste item, salientar os principais aspetos geradores de consenso na revisão da literatura sobre as questões da qualidade em saúde.

Tal como já referimos no ponto anterior, e segundo o trabalho dos autores Legidio-Quigley *et al* (2008), a definição de qualidade em saúde de Donabedian (1980) e a do IOM dos EUA (1990) são as que se destacam na revisão da literatura sobre este tema. Em particular a definição do IOM (1990) surge em consequência de uma revisão de mais de 100 definições e parâmetros da qualidade de cuidados em saúde de acordo com a presença ou ausência de 18 dimensões da mesma. Destas o IOM seleciona como mais relevantes 8 que se encontram discriminadas no Quadro 2. Comparando a definição de Donabedian com a do IOM, esta restringe o objetivo de melhorar o bem-estar total do paciente, em benefício da perspectiva de melhorar os resultados de saúde. Ao mesmo tempo transfere o foco dos pacientes para os indivíduos e populações, o que permite que a qualidade em saúde seja entendida não apenas como cura e reabilitação, mas passe a incorporar a promoção da saúde e a prevenção da doença.

Por outro lado, no que diz respeito à importância das diferentes dimensões da qualidade, autores como Blumenthal (1996), Campbell *et al* (2000), Pilgrimienè e Bučiūnienè (2008), Sarapioni (2009) entre outros, são unânimes em concordar que ela depende do ponto de vista e da perceção que pacientes, prestadores/profissionais de saúde e gestores de saúde têm da qualidade em saúde.

Segundo estes autores os pacientes definem qualidade em saúde de acordo com as suas preferências e valores, valorizando os aspetos funcionais e o esforço que os profissionais desenvolvem no sentido de melhorarem a sua condição, o que enfatiza as dimensões da satisfação, eficácia, acessibilidade, relações interpessoais, continuidade e tangibilidade. Os prestadores/profissionais que estes autores consideram como clientes internos dos sistemas de saúde e elementos chave para os necessários processos de mudança, tendem a definir a qualidade em termos de atributos e resultados dos cuidados, enfatizando os aspetos técnicos de excelência com que são prestados os cuidados, atribuindo especial importância às dimensões da competência técnica, da adequação, eficácia e segurança. Os gestores de saúde não estando diretamente envolvidos na prestação de cuidados, tem um papel determinante nas decisões relativas a elas e consequentemente à sua qualidade. Estes tendem a enfatizar as dimensões da eficácia, eficiência, acesso e competência técnica como as mais importantes (Pilgrimienè e Bučiūnienè 2008).

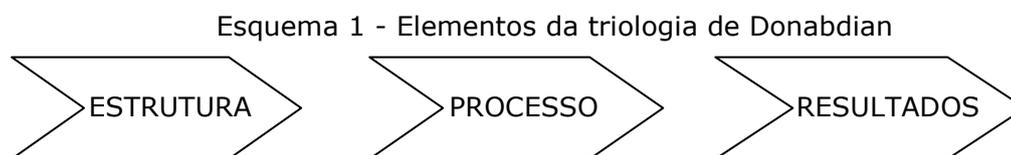
Numa ótica de integrar as diferentes perspectivas, e encontrar uma via que englobe as necessidades de todos os envolvidos, com base nas áreas de concordância

sobre estas dimensões, estes autores concluem que não é possível definir qualidade em saúde olhando unicamente para métodos estruturados e estatísticos, não só pela diversidade de dimensões que esta engloba como também pela dificuldade em quantificá-las. No entanto, na análise das diferentes perspetivas, os autores apontam 8 dimensões que classificam como as mais importantes por cada uma das partes envolvidas: Relações interpessoais; Tangibilidades; Competência técnica; Acessibilidade; Segurança; Eficácia; Eficiência e Resultados (Piligrimienè e Bučiūnienè 2008).

2.2 - Abordagem de Donabedian à problemática da qualidade na saúde

Tendo em conta a importância que ainda hoje possuem os estudos desenvolvidos por Donabedian sobre as questões da qualidade na saúde (Arah *et al*, 2006; Blumenthal 1996; Brown *et al*, 1998; Chassin e Galvin, 1998; Giraldes, 2007; Kelley e Hust, 2006; Legido-Quigley *et al*, 2008; Piligrimienè e Bučiūnienè, 2008; Salmon, Heavens, Lombard e Tavrow, 2003; Serapioni 2009), surge-nos como pertinente uma análise, ainda que breve, dos aspetos mais relevantes da teoria deste autor.

Na década de 80 do século passado, este autor propôs uma abordagem à Garantia da Qualidade através de um modelo muito simples, mas muito útil, à problemática da qualidade na saúde, composta por três elementos:



A propósito desta tríade, Donabedian (2003) chama à atenção para dois aspetos. Primeiro, que os seus elementos não são atributos da qualidade, mas somente tipos de informação que podemos obter com base no que podemos inferir independentemente de a qualidade ser boa ou má. Segundo, que as inferências sobre a qualidade não são possíveis sem que haja uma relação pré-determinada de causa efeito entre estes três elementos que não têm fronteiras definidas entre si, o que significa que os resultados são consequência dos processos, que por sua vez são consequência da estrutura. Não representam, desta forma, alternativas que conduzem a resultados equivalentes. No Quadro 3, enunciamos os princípios básicos desta tríade:

Quadro 3 – Tríade de Donabedian

| Tríade de Danabedian para a Garantia da Qualidade em saúde |
|---|
| <p>Estrutura - pretende designar as condições sob as quais os cuidados são fornecidos, ou seja <u>o que existe</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recursos materiais: infraestruturas, instalações e equipamentos; • Recursos humanos: numero, variedade e qualificações dos profissionais; pessoal de apoio • Características organizacionais: estrutura hierárquica e funcional do <i>staff</i>, métodos de avaliação de desempenho, funções de ensino e investigação, sistemas de financiamento, etc. |
| <p>Processo - pretende designar todas as atividades que constituem os cuidados de saúde desempenhadas por profissionais de saúde, mas incluindo também outros envolvidos nos cuidados, os próprios pacientes e as suas famílias, ou seja <u>o que se faz</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Na prestação direta de cuidados de saúde como o diagnóstico, tratamento, reabilitação, prevenção e educação do paciente e ainda no atendimento e informação ao paciente • No suporte aos cuidados incluindo questões como o aprovisionamento e manutenção de equipamentos |
| <p>Resultados - pretende designar as mudanças (desejáveis e indesejáveis) em indivíduos e populações que podem ser atribuídos aos cuidados de saúde, ou seja <u>o que acontece atribuível aos cuidados médicos</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mudanças no estado de saúde; • Mudanças nos conhecimentos adquiridos pelos pacientes e seus familiares que podem influenciar futuros cuidados; • Satisfação dos pacientes e seus familiares com os cuidados recebidos e com os respetivos resultados |

Fonte: Adaptado de Donabedian (2003)

2.3 - Evolução das abordagens da gestão da qualidade em saúde

Ao abordarmos o conceito de qualidade em saúde, temos noção de que não se trata de um conceito estático, exigindo por isso uma reflexão ainda que breve, sobre os diferentes sentidos e significado que lhe têm sido atribuídos ao longo do tempo.

Segundo a WHO (2003) os modelos de gestão da qualidade que foram sendo desenvolvidos no setor da saúde, tiveram o seu surgimento com a fase do Controlo de qualidade em que a preocupação se centrava na conformidade com normas predefinidas, a fim de controlar os processos dentro de limites aceitáveis (caso dos procedimentos laboratoriais).

Seguiu-se a fase da Avaliação da qualidade (*Quality Assessment* na terminologia anglo-saxónica) em que o desempenho é comparado com as expectativas, padrões ou metas, identificando assim oportunidades de melhorar, sem no entanto impor soluções ou tomar ações corretivas.

Durante a década de 80 do século passado, a Garantia da qualidade (*Quality Assurance* na terminologia anglo-saxónica) tornou-se a designação mais comum nos países ocidentais e teve grande importância. É precisamente neste âmbito que se

situam os estudos de Donabedian. Esta designação foi gradualmente posta em causa por ser considerada por alguns críticos como demasiado estática (WHO 2003).

Surge assim o conceito de Gestão da Qualidade Total no setor da saúde integrado no processo de gestão. O processo da qualidade passa a ser baseado na participação de todos os membros de uma organização visando o sucesso a longo prazo, através da satisfação dos clientes, benefícios para todos os membros da organização e para a própria sociedade, num esforço concertado de liderança e equipa. Os seus valores fundamentais foram incorporados pelas políticas governamentais relativas às questões da saúde, bem como pelos critérios do *Malcom Baldrige Award* e pela ISO (WHO 2003).

O conceito de Melhoria contínua ganhou ênfase com a crescente evidência de que a qualidade não podia ser encarada como um dado adquirido (*status quo*) mas sim como um esforço ativo para identificar os pontos fracos como oportunidades de melhoria.

A designação de Desenvolvimento da qualidade dos cuidados a partir da década de 1990, foi encarada como um processo dinâmico que identifica e utiliza os melhores resultados de saúde para realizar práticas superlativas, abrangendo conceitos gerais de controlo, avaliação, melhoria e garantia da qualidade, constituindo assim o foco atual em qualidade de Sistemas de Saúde.

Governança clínica é outra designação que surge no contexto da qualidade em saúde com a abordagem profissional à auditoria clínica, mas que alguns críticos como Saturno (1999) consideram apenas como uma moda e que o importante, no que diz respeito à qualidade em saúde, é saber o que se faz, não o que se lhe chama.

Pelo que acabamos de expor, fica claro que todos os modelos abordados se incluem de alguma forma na gestão da qualidade em saúde praticada atualmente, não sendo por isso mutuamente exclusivos, mas sim complementares no objetivo do ciclo da melhoria contínua da qualidade, dependendo a sua aplicação do respetivo contexto.

3 - AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE

Neste ponto pretendemos abordar a importância dos principais modelos de avaliação da qualidade em saúde, de forma mais particular, a acreditação, a sua génese e a evolução da estratégia da qualidade do Plano Nacional de Saúde (PNS).

A qualidade constitui um dos fatores decisivos para o desenvolvimento dos sistemas de saúde e surge hoje como exigência de todos os envolvidos nos cuidados prestados nas instituições de saúde.

A utilização de instrumentos de avaliação da qualidade em saúde, que permitam não só obter um diagnóstico do funcionamento e dos resultados de uma organização, como contribuir para a melhoria contínua dos procedimentos técnicos, organizacionais e dos resultados, é tida como fundamental perante o contexto atual de modernização e melhoria contínua dos serviços de saúde focalizados no primado do paciente.

3.1 - Modelos de avaliação da qualidade em saúde

Os modelos mais frequentemente referidos na literatura relativamente à avaliação e/ou gestão da qualidade em serviços de saúde vão desde a 'Revisão externa por pares' (*Peer review*), passando pelos Modelos de Excelência (*Malcolm Baldrige*, EFQM) e pela Certificação pelas ISO 9000, até aos diversos programas de acreditação internacionais (Legidio-Quigley *et al*, 2008; Shaw, 2000; WHO, 2003).

Tanto os Modelos de Excelência como as ISO 9000, já foram abordados neste trabalho no âmbito dos modelos de avaliação da qualidade em serviços públicos. Assim, começamos por explicar resumidamente a avaliação da revisão por pares, voltando a abordar a certificação pelas ISO, somente de modo a esclarecer a distinção entre este processo e a acreditação.

A Revisão por pares teve origem na Holanda e é descrita como uma avaliação *in loco*, com base em padrões derivados implicitamente de orientações práticas, levadas a cabo por profissionais das áreas clínicas quase sempre uni-disciplinares, focalizando-se na melhoria das práticas clínicas, desenvolvimento profissional e melhoria da qualidade dos serviços (Legidio-Quigley *et al*, 2008; Shaw, 2000). Este tipo de avaliação era a única conhecida nas organizações burocráticas profissionais.

A Certificação de produtos, serviços ou organizações é um processo através do qual, auditores acreditados avaliam e reconhecem formalmente a conformidade com requisitos e critérios predeterminados pelas normas de certificação, sendo as mais conhecidas as ISO (Carapeto e Fonseca, 2006; Legidio-Quigley *et al*, 2008; Shaw, 2004; WHO, 2003). Não se trata de um sistema de gestão da qualidade, mas sim de garantia da qualidade (Domingues, 2003).

A acreditação de uma Instituição de saúde é definida na literatura, como um processo desenvolvido por esta, sob a orientação de uma equipa de profissionais externos ou de uma entidade acreditadora, focalizado nas suas funções e práticas como um todo, com o objetivo de assegurar que as mesmas respeitem um determinado conjunto de normas e critérios, referentes nomeadamente a aspetos como a gestão, segurança, qualidade dos cuidados e o tratamento dos doentes (Legidio-Quigley *et al*, 2008; Montagu, 2003; Shaw, 2000; Shaw, 2004; WHO, 2003). Este processo inclui a autoavaliação, uma pesquisa de campo, auditorias intermédias, auditoria final e o respetivo relatório, o que permite uma apreciação global da Instituição (Pomey, Pierre, François e Bertrand 2004).

Segundo Sousa, Pinto, Costa e Uva (2008) esta panóplia de modelos de avaliação da qualidade *“têm como denominador comum a introdução de melhorias orientadas numa lógica de accountability, efetividade clínica, análise de resultados e segurança dos pacientes”* (Sousa *et al* 2008: 58).

No quadro 4 apresentamos um resumo dos conceitos chave que permitem compreender a distinção entre a filosofia da certificação pelas ISO e a acreditação.

Quadro 4 - Certificação pelas ISO versus acreditação

| Certificação ISO | Acreditação |
|---|---|
| Norma de requisitos baseados nos princípios de gestão da qualidade | Norma de padrões de gestão da qualidade |
| Obriga à conceção do sistema de gestão da qualidade | Aplicação direta dos padrões do sistema de gestão da qualidade |
| Normas aplicáveis a todos os setores de atividade | Normas de aplicação específica para hospitais |
| Possibilidade de utilizar as práticas mais adequadas à organização desde que cumpram os pontos da norma | Obrigatoriedade na adoção dos padrões previstos na norma |
| Não incorporam conceitos de melhoria contínua | Incorporam conceitos de melhoria contínua e avaliação de resultados em pacientes |
| Certificação concedida por várias entidades acreditadas para o efeito | Acreditação concedida por Entidades acreditadoras supra institucionalmente reconhecidas |

Fonte: adaptação de Silva (2004: 33)

No que diz respeito especificamente à acreditação, Rooney e Ostenberg (1999) identificam como sendo os seguintes, os seus principais objetivos:

- Melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, estabelecendo objetivos para que as organizações de saúde atinjam padrões previamente estabelecidos;
- Estimular a integração e a gestão dos serviços de saúde;

- Criação de base de dados comparativos de diferentes instituições de saúde, de forma a selecionar um grupo representativo de padrões e critérios relativos à estrutura, processo e resultados das organizações;
- Reduzir os custos dos cuidados de saúde, aumentando a eficiência e eficácia dos serviços;
- Promover a formação e o suporte dos gestores e profissionais de forma a que estes tenham capacidades para melhorar as estratégias e práticas de saúde;
- Fortalecer a confiança dos pacientes na qualidade dos serviços;
- Reduzir os riscos quer para pacientes quer para profissionais.

Segundo a *Internation Society for Quality in Health Care* (ISQUA), numa perspetiva de abrangência global, a acreditação pode ser traduzida nos seguintes aspetos:

“O mais antigo e mais conhecido processo estabelecido para avaliação dos serviços de saúde; processo formal de garantir a prestação de cuidados seguros e da mais elevada qualidade; processo baseado em padrões, criado e desenvolvido por profissionais de saúde para os serviços de saúde; um processo de desenvolvimento que utiliza as competências dos pares formados e organizados em equipa” (ISQUA, 2009).

Segundo Griffiths, diretor do King’s Fund Health Quality Services (KFHQS), Instituição que desenvolveu um programa de acreditação de unidades hospitalares,

“...procuramos integrar as lacunas detetadas através de um processo de avaliação feita por uma equipa externa ao hospital. Nesta avaliação, são compilados todos os procedimentos que integram o trabalho de administrativos, médicos, enfermeiros, auxiliares e demais colaboradores da organização. Da análise dos procedimentos - que permite detetar erros e falhas - resultam indicações corretivas destinadas a melhorar os desempenhos, com reflexos na qualidade dos serviços prestados” (Griffiths in Afonso 2000: 21).

O diretor do KFHQS refere ainda três grandes vantagens deste modelo: maior segurança dos cuidados prestados; uniformização de procedimentos e registos médicos; melhoria da acessibilidade aos equipamentos de saúde e outros parâmetros.

3.2 - Génesis da acreditação e contexto atual

Dada a relevância da acreditação no contexto hospitalar, importa compreender melhor o contexto do seu surgimento e relevância na atualidade.

A acreditação hospitalar teve a sua origem nos EUA em 1917, como iniciativa do *American College of Surgeons*. Na sequência dos avanços na área cirúrgica, principalmente da anestesia, que originou a necessidade de internamento do paciente,

procurou-se instaurar um programa de padronização hospitalar. Estas circunstâncias provocaram o estabelecimento em 1919, de regras mínimas para os cuidados prestados a estes pacientes. O processo rapidamente se multiplicou pelos hospitais americanos, estimulando a criação, em 1951, da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), que desde o início preservou o seu caráter de independência em relação a outras instituições. Desenvolvendo novas e precisas metodologias a partir do acumular de experiências, a organização expandiu-se e fundou a *Joint Commission International* (JCI), que presta serviços de consultoria a programas de acreditação em todo o mundo (Legidio-Quigley *et al*, 2008; Shaw, 2000; WHO, 2003).

Este modelo de acreditação tem como referencial um manual, que contém um conjunto de normas internacionais, resultado de um longo processo de evolução e aperfeiçoamento. A acreditação hospitalar, segundo as normas da JCI, tem a seguinte filosofia: avaliar globalmente a organização, tendo como pressuposto que o utente representa um conjunto bastante complexo de processos e funções; utilizar normas consensuais para a avaliação da qualidade; envolver todos os profissionais de saúde no desenvolvimento das normas e avaliação dos processos; focalizar no utente o desenvolvimento das normas e a avaliação destes processos, bem como as questões da segurança e efetividade dos cuidados prestados e criar uma cultura de melhoria contínua da qualidade (JCI, 2009).

Esta filosofia rapidamente se difundiu em todo o mundo, sendo vários os programas de acreditação desenvolvidos internacionalmente: o *Canadian Council on Health Services Accreditation* (CCHSA) no Canadá; o *King's Fund Health Quality Services* (KFHQS) no Reino Unido; a *Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé* (ANAES) em França; o *Programma di Accreditamento Istituzionale Regione Marche* (PAIRM) em Itália; o programa da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía* (ACSA) em Espanha; *Council for Health Services Accreditation of Southern África* (COHSASA) na África do Sul; o Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) no Brasil; o *Quality Improvement Council Review/Accreditation Program* (QICRAP) na Austrália e muitos outros. A maioria destes programas tem uma participação voluntária dos países que os desenvolvem, excetuando-se a França, Inglaterra e a Itália, em que o seu caráter é mandatário (Legidio-Quigley *et al*, 2008; Montagu, 2003; WHO, 2003).

Como refere Shaw (2004), facilmente se depreende que esta diversidade de programas de acreditação leva a que cada país responsável por desenvolver e gerir o seu sistema de acreditação, o adapte às suas características particulares embora existam princípios gerais que são universalmente aceites, como: a focalização na melhoria dos cuidados prestados aos utentes; uso de padrões explícitos/escritos;

focalização nos procedimentos e processos organizacionais; avaliação externa por elementos com experiência profissional nos serviços de saúde e elaboração de recomendações de melhoria por parte dos avaliadores.

No entanto, referem ainda Shaw (2004), Lopes (2007) e WHO (2003), que desta diversidade de programas de acreditação, emerge na União Europeia, a necessidade de convergência e coerência destes programas em função de um conjunto de fatores decorrentes em grande medida, do processo de globalização, nomeadamente: a mobilidade de doentes; a formação dos profissionais; liberalização de serviços e a proteção e segurança dos doentes no espaço comunitário. Neste sentido, têm ocorrido conferências anuais organizadas pelo ISQUA e que levaram ao desenvolvimento da *Agenda for Leadership in Programs for Health Accreditation* (ALFHA). Este programa tem publicado princípios e normas comuns de avaliação e de acreditação de acreditadores (WHO, 2003).

A reunião da Organização Mundial de Saúde (OMS) em St Johns, Canadá em 1995, focalizou-se na aplicabilidade das diferentes metodologias de garantia de qualidade em saúde nos países desenvolvidos. Os seus participantes considerado que a acreditação é a abordagem mais importante para a melhoria da qualidade nas estruturas de cuidados de saúde, embora salientando que o seu impacto nos países com menos recursos ainda não tinha sido devidamente estudada e avaliada (WHO, 2003).

Apesar do reduzido número de estudos publicados sobre o impacto da acreditação em hospitais e nos seus sistemas de saúde, Pomey *et al* (2004) mencionam no seu trabalho, estudos realizados na Austrália, Canadá e Estados Unidos em que os resultados divergem. No que diz respeito à Austrália, a avaliação do impacto da acreditação revelou enormes benefícios nas áreas organizacionais, de segurança e definição da missão hospitalar, tendo os profissionais de enfermagem contribuído mais para esses benefícios do que os clínicos. No Canadá os resultados do processo de acreditação, iniciado em 1995 serviram para fazer a clivagem entre a garantia da qualidade e a melhoria contínua da qualidade, tendo por um lado melhorado os processos de comunicação, e em menor grau, as práticas clínicas. Por outro lado os indicadores desenvolvidos pelos grupos de auto avaliação, não permitiram a monitorização da performance da organização. Pomey *et al* (2004) consideram que estes estudos avaliam a acreditação como um processo de melhoria contínua ou de gestão da qualidade total, referindo tal como a WHO (2003) que se trata de uma abordagem importante, apesar de alguma divergência quanto aos seus resultados, que conduz a benefícios como um processo de mudança, pois envolve todos os intervenientes e todas as áreas das instituições de saúde.

3.3 - Experiência Portuguesa de acreditação hospitalar

Com o desenvolvimento e exigências clínicas dos cuidados de saúde, bem como com o desenvolvimento do SNS, impôs-se a criação no MS de uma entidade com atribuições específicas no âmbito da melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados de saúde. Assim, como referimos anteriormente, em 27 abril de 1999, foi criado pela Portaria nº 288/99 o IQS, incumbindo-lhe, no quadro das medidas de política de saúde superiormente estabelecidas, a definição e o desenvolvimento de normas, estratégias e procedimentos com vista à melhoria contínua da qualidade na prestação dos cuidados de saúde (França, 2002).

Ainda em 1999, o MS e o recentemente criado IQS assinaram um protocolo de colaboração com KFHQS com o objetivo do estabelecimento de uma parceria para colaborar no desenvolvimento do Sistema Português da Qualidade na Saúde. Deste protocolo resultou o Programa Nacional de Acreditação de Hospitais (PNAH), que previa a acreditação dos Hospitais do SNS pelo modelo KFHQS (França, 2002; IQS, 2009).

Inicialmente foram sete os hospitais piloto que celebraram contratos de participação no PNAH, nomeadamente os hospitais do Barlavento algarvio – Portimão, Dr José Maria Grande – Portalegre, Santa Marta – Lisboa, Fernando Fonseca – Amadora, S. Teotónio – Viseu, Garcia da Orta – Almada e a unidade de saúde local de Matosinhos. A partir daqui, vários outros grupos de hospitais se juntaram a este projeto, tendo o PNAH sido alargado a um número significativo de Unidades da Saúde no continente e ilhas (Boavista, Ribeiro e França, 2000).

O trabalho desenvolvido pela equipa do PNAH resultou na consolidação de alguns valores principais deste tipo de processos, nomeadamente: "*Transparência na gestão das organizações, responsabilização, comunicação, planeamento, trabalho em equipa, inovação e cultura da qualidade centrada no doente*" (Boavista, Simões e França, 2004: 14).

No entanto o PNS 2004-2010 identificou a existência de uma escassa cultura da qualidade aliada a um défice organizacional dos Serviços de Saúde, assim como a falta de indicadores de desempenho e de apoio à decisão. Este plano apontou como orientação estratégica a melhoria da qualidade organizacional dos serviços de saúde e, em 2004, a Unidade de Missão para os Hospitais Sociedades Anónimas (SA), veio a adotar o modelo da JCI para acreditação destes hospitais (PNS, 2004-2010).

Em 2005 ocorre a implementação do PRACE e no seu contexto a extinção do IQS, sendo as respetivas atribuições repartidas entre a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e a DGS. Posteriormente, e no âmbito da primeira alteração à Lei orgânica do MS, procedeu-se à transferência das competências em matéria de

qualidade organizacional, anteriormente atribuídas à ACSS, para a DGS, uma vez que se concluiu que a separação das competências na área da qualidade entre a DGS e a ACSS, fruto da extinção do IQS, não tinha sido a opção mais funcional (Decreto-Lei nº 234/2008, de 2 de dezembro).

A partir de janeiro de 2009, a DGS, assumiu as competências nas áreas do planeamento e programação da política para a qualidade no SNS, cabendo-lhe prosseguir e desenvolver a cultura de melhoria contínua da qualidade, da segurança do doente e a disseminação de boas práticas clínicas e organizacionais. Para o efeito, foi criado o Departamento da Qualidade na Saúde (DQS), sucedâneo do IQS, através da Portaria nº 155/2009 de 15 de fevereiro. Nessa sequência, foi aprovada a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde através do Despacho nº 14223/2009, de 24 de junho, que define as prioridades para a concretização da política para a qualidade na saúde, nomeadamente, adotar um modelo nacional e independente de acreditação e implementá-lo oficialmente através de um PNS (Despacho nº 14223/2009, de 24 de junho).

Assim, o DQS passa a englobar o programa de acreditação de hospitais e de centros de saúde, bem como as ações que visam garantir mais segurança aos doentes (*patient safety*), promoção da qualidade clínica, boas práticas, incluindo iniciativas de prevenção e controlo de doenças, conforme o seu organigrama apresentado no site oficial (DQS, 2011).

Tornando-se necessário adotar um modelo de acreditação, foram definidos pela DGS os seguintes critérios:

- Alinhamento com as grandes linhas da estratégia nacional para a qualidade na saúde;
- Transversalidade e facilidade de adaptação aos vários tipos de unidades que constituem o sistema de saúde português, avaliação por profissionais da saúde nacionais e possibilidade de alargamento a outras áreas de acreditação em saúde;
- Sustentabilidade económica, de forma a permitir a adoção generalizada do modelo de acreditação escolhido.

Não obstante os méritos reconhecidos aos vários modelos de acreditação anteriormente implementados em Portugal, a escolha recaiu sobre o Modelo ACSA, por se considerar ser o que melhor se adapta aos critérios acima enunciados, por ser um modelo consolidado e reconhecido, concebido para um sistema público de saúde de organização semelhante ao português e destinatários idênticos em termos demográficos e epidemiológicos (DQS, 2011).

Este Modelo da ACSA foi aprovado por Despacho da Ministra da Saúde (Despacho nº 69/2009, de 31 de agosto) como modelo oficial e nacional de acreditação em saúde, de opção voluntária, estando a ser celebrado um protocolo de colaboração e cooperação entre a DGS e ACSA. Esse protocolo visa assegurar a implementação do modelo em Portugal. Contudo, o modelo terá de ser adaptado à realidade portuguesa, cabendo à DGS, através do DQS, definir e propor o necessário suporte normativo e regulamentar, bem como identificar áreas e oportunidades de melhoria.

O modelo de acreditação contempla cinco dimensões sobre as quais incide a avaliação da qualidade. Essas dimensões são: o cidadão, centro do sistema de saúde; Organização da atividade centrada no utente; os profissionais; os processos de suporte e, por ultimo, os resultados. Cada uma dessas cinco dimensões inclui um conjunto de requisitos normativos, que globalmente, constituem o manual de normas para a acreditação de unidades de saúde. Estas dimensões e critérios do manual estão discriminados exaustivamente no site da DGS (DQS, 2011).

De acordo com a DGS este programa deve ser entendido não como um fim em si mesmo, mas antes, como uma ferramenta para o desenvolvimento da estratégia da qualidade, constituindo um estímulo para a aplicação de boas práticas, de procedimentos normalizados da qualidade e segurança, de metodologias de avaliação do risco e de estudos de custo-efetividade na prestação dos cuidados de saúde. O seu objetivo final será uma mudança cultural, com vista a alterar o atual paradigma de prestação de cuidados, centrados na organização, para um novo paradigma de cuidados, centrados no cidadão.

3.4 - Outros projetos de avaliação da qualidade em saúde

Embora com uma filosofia um pouco distinta dos modelos que abordamos no ponto anterior, gostaríamos de fazer uma breve referência a dois projetos relativos à qualidade em saúde que chamaram a nossa atenção durante a nossa revisão da literatura.

O primeiro, de âmbito internacional, é mencionado por Veillard, Champagne, Klazinga, Kazandjian, Arah e Guisset (2005) o desenvolvimento de uma ferramenta de avaliação da performance hospitalar (*Performance Tool for the Assesment of Hospitals - PATH*). Esta ferramenta foi desenvolvida através do trabalho de peritos mundiais nestas matérias, tendo por base as orientações estratégicas da OMS focalizadas em seis dimensões inter-relacionadas: efetividade clínica, segurança, centralidade no cliente, gestão responsável, orientação para o pessoal e eficiência. Este projeto-piloto enfatiza o uso de indicadores internos e está a ser implementado

em 8 países com o objetivo de aperfeiçoar o seu instrumento de trabalho antes de se expandir a sua utilização.

O segundo é um projeto nacional, designado por Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS), e que surgiu no enquadramento das atribuições legais da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), nomeadamente de acordo com a alínea b) do artigo 36º do Decreto-Lei nº 127/2009, de 27 de maio. Segundo este diploma incumbe a esta entidade *"Promover um sistema de classificação de saúde quanto à qualidade global, de acordo com critérios objetivos e verificáveis, incluindo os índices de satisfação dos utentes"*. Este projeto foi desenvolvido por protocolo entre a ERS e o consórcio Siemens-JCI que avançou, já em 2009, como projeto-piloto de excelência clínica na área de ortopedia em diversos hospitais, com caráter voluntário, tendo sido publicados em 2010 os primeiros resultados. Visa avaliar de forma objetiva e consistente a qualidade dos cuidados de saúde em Portugal, com base em indicadores que permitam obter um *rating* dos prestadores. A publicação deste *rating* tem por objetivo garantir aos utentes/clientes o acesso a informação que lhes permita incrementar a capacidade de decisões e de fazer escolhas adequadas relativamente aos cuidados de saúde, promovendo desta forma a melhoria contínua dos mesmos (SINAS, 2011).

A inclusão das preocupações com a qualidade nas instituições de saúde está diretamente relacionada com a evolução verificada neste setor em Portugal tornando-se, por isso, relevante expor as principais tendências ocorridas neste domínio.

4 - EVOLUÇÃO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

Neste capítulo propomos rever um pouco do que constituiu a evolução do SNS, tendo em conta os fatores relativos à qualidade no sentido global, que marcaram o seu desenvolvimento e atual configuração.

Ao analisarmos a evolução do SNS recorrendo a autores distintos (Baganha, Reibeiro e Pires, 2002; Carapinheiro e Page, 2001; Carvalho, 2009; relatórios do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS); Portal da Saúde (2010); Sakellarides, Reis, Escoval, Conceição e Barbosa, (2007), percebemos que aquilo que hoje se designa por SNS atravessou várias fases sob a influência de circunstâncias de diversa natureza.

De acordo com as fontes a que recorreremos podemos considerar seis períodos distintos, embora com fronteiras ligeiramente diferentes, conforme as perspetivas dos diferentes autores, que correspondem também a seis períodos marcantes da agenda política.

A primeira fase anterior a 1970 que Carapinheiro e Page (2001: 84) identificam como a fase de "*edificação dispersa*". O que provavelmente importa reter desta fase é o facto de terem sido desenvolvidas medidas legislativas que permitiram estipular reformas na saúde que acabariam por constituir a base do SNS e que surgiram num contexto de políticas globais de saúde do Pós 2ª Guerra Mundial e das quais emergiram organizações internacionais, como a OMS. Neste período foram criados em Portugal, institutos dedicados a problemas de saúde pública específicos como a tuberculose e a saúde materna. Os indicadores socioeconómicos e de saúde em Portugal eram bastante desfavoráveis comparativamente ao contexto da Europa Ocidental de então e a capacidade de financiamento dos serviços de saúde públicos era muito limitada.

A segunda fase que decorre entre 1971 a 1980 segundo Carvalho (2009) mas que o OPSS (2003) estende até 1985 e que corresponde à criação, consolidação e expansão do SNS e que Carapinheiro e Page (2001: 93) caracterizam como a fase de "*subordinação internacional convergente*" pela viragem da antiga para a nova saúde pública consolidada em medidas concretas num contexto internacional e configuradas também no plano nacional. Em 1971 teve lugar a reforma do Sistema de Saúde e Assistência conhecida como "Reforma de Gonçalves Ferreira", que representa o primeiro esboço de um SNS.

A revolução de abril de 1974 trouxe nova visibilidade às reformas da saúde que tiveram início com a aprovação da nova Constituição em 1976, permitindo a efetiva criação do SNS. O Despacho Ministerial de 1978 conhecido como "Despacho Arnaut"

constituiu, pela primeira vez, a garantia da universalidade, generalidade e gratuidade do acesso à saúde de todos os cidadãos bem como a comparticipação medicamentosa.

Com a Lei nº 56/79 de 15 de setembro o SNS passa a dispor de autonomia administrativa e financeira com uma estrutura organizativa que compreende órgãos centrais, regionais e locais, dispondo de serviços prestadores de cuidados de saúde primários e de cuidados diferenciados. Esta lei promove ainda a nacionalização dos hospitais das Misericórdias e resultou também no provimento do financiamento do SNS pelo Orçamento Geral do Estado (OGE) com base nos fundos sociais (Portal da saúde, 2010: História do SNS).

Os gastos totais em saúde entre 1974 e 1980 aumentaram em cerca de 40% e o resultado mais positivo deste investimento foi o aumento, de quase 100%, na cobertura à população com os centros de saúde a desempenharem um papel fundamental na melhoria dos indicadores de saúde da população (Baganha e Ribeiro 2002).

Carvalho (2009: 194) considera que se inicia entre 1980 e 1995, uma **terceira** fase na evolução do SNS que denomina de "Recuo nos princípios do SNS", por ter ocorrido a transição de um modelo em que o Estado exercia o controlo direto para um modelo em que o mesmo assume um papel maioritariamente de supervisão.

Foram criadas as Administrações Regionais de Saúde (ARS) pelo Decreto-Lei nº 254/82 de 29 de junho, o que constitui uma forma importante de consolidação do SNS ao nível local. O MS é criado pelo Decreto-Lei nº 344-A/83 de 25 de julho ditando a sua autonomia.

É nesta fase de evolução do SNS que ocorreram várias revisões constitucionais (1982, 1989, 1992) sendo a de 1989 a ter mais significado para a estrutura do SNS por produzir uma alteração ao nº 2 do artigo 64º, tendo como efeito a alteração do critério de gratuidade, passando a designar-se "tendencialmente gratuito tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos" o que demonstra já uma preocupação crescente com critérios de rentabilidade económica e financeira.

A entrada de Portugal na CEE, em 1986, expôs o país às tendências reformistas neoliberais dos restantes países da Europa, o que na opinião de Carvalho (2009) se traduziu no setor da saúde, por dar relevo ao papel do setor privado, à responsabilização individual relativamente ao financiamento do SNS, bem como para a sua orientação mais empresarial. Estas circunstâncias ficaram contextualizadas pelo Decreto-Lei nº 19/88 referente à Lei da Gestão hospitalar que revela as preocupações com o peso das despesas da saúde no OGE, assumindo como princípios fundamentais da gestão hospitalar, a qualidade e a rentabilidade dos serviços.

Tal como noutros países europeus, ficam reforçadas as competências dos órgãos de gestão pelo Decreto Regulamentar nº 3 /88 de 22 de janeiro, sendo abandonadas as direções do tipo colegial, os titulares de gestão passam a ser nomeados pela tutela e são introduzidos modelos de gestão empresarial.

A Lei nº 48/90 de 24 de agosto, Lei de Bases da Saúde, veio concretizar a reestruturação do SNS. Pela primeira vez, a proteção da saúde é perspectivada não só como um direito, mas como uma responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, com liberdade de procura de prestação de cuidados. Ao determinar que o SNS seja constituído por entidades públicas e privadas que desenvolvam a promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, fica demarcada a inflexão no SNS. O Estado deixa de ser o único financiador e prestador do SNS, assumindo sobretudo um papel de regulador das atividades e dos intervenientes no sistema de saúde (Carvalho 2009).

A criação do modelo de gestão privada para hospitais públicos assegurada por uma entidade contratada que ocorreu em 1993 com o Hospital Fernando Fonseca (Amadora Sintra), através de um consórcio com uma companhia de seguros, terá sido a medida mais marcante da retração do Estado e que Sakellarides *et al* (2007) consideram a primeira manifestação prática da lei de bases de 1990.

A quarta fase da evolução do SNS segundo várias fontes (Carvalho 2009, OPSS 2001 e 2003, Sakellarides *et al* 2007), decorre entre 1995 e 2002 e consideram-na como uma "aproximação à ideologia de mercado" (Carvalho 2009: 199) em que a reforma do SNS segue a abordagem da NGP (Portal da saúde: história do SNS 2010).

Carapinheiro e Page (2001: 99-100) consideram que este período se inicia sob uma "dependência supranacional transversal" por ter correspondido à integração de medidas e determinações da União Europeia e estratégias ligadas à OMS como a Carta de Ljubljana de 1996 que define os princípios fundamentais que um sistema de saúde deve preconizar: submetido a valores; orientado para a saúde; centrado nas pessoas; corretamente financiado e orientado para os cuidados de saúde primários e para a qualidade dos cuidados prestados.

Foram encetadas medidas que priorizam a melhoria do acesso como a recuperação das listas de espera com o prolongamento do período de atendimento de centros de saúde e hospitais, bem como a criação dos Sistemas Locais de Saúde (SLS), que representam a otimização na gestão de um conjunto de recursos que se articulam e se complementam, integrando centros de saúde, hospitais e outras instituições com intervenção na área da saúde numa determinada área geográfica, como constitui exemplo a experiência piloto entre o Hospital Pedro Hispano em

Matosinhos e os centros de saúde da região. Neste contexto surge o novo regime de organização e funcionamento dos designados "centros de saúde de terceira geração".

A qualidade em saúde e todas as atividades relacionadas com esta área tem um destaque particular neste período com a criação do IQS, cujas incumbências já fizemos referência no capítulo anterior.

No que diz respeito aos modelos de organização e gestão de hospitais do Estado, este período ficou marcado pela introdução de regras de gestão privada de recursos humanos, de bens e aquisição de serviços. Iniciou-se esta experiência no Hospital de São Sebastião em Santa Maria da Feira, cujo modelo tem como objetivo principal a tentativa de melhorar a eficiência organizacional, cabendo às ARS's e outras entidades externas ao MS, a avaliação e controlo do desempenho hospitalar.

A implementação da ideia da contratualização nos serviços de saúde, como meio de gestão com recurso a contratos e respetiva responsabilização pelo incumprimento contratualizado, demarcando a distinção entre prestação e financiamento, constituiu uma medida que gerou crítica e que terá representado uma tentativa de quase mercado na opinião de Carvalho (2009). Esta autora distingue dois tipos de contratualização: uma macro entre hospitais e financiador pretendendo-se abandonar o modelo de financiamento retrospectivos que atribui fundos com base na despesa do ano anterior, para passar a um modelo baseado na definição dos produtos e seus custos/preços; outra micro entre administração e departamentos funcionais que tem expressão nos Centros de Responsabilidade Integrados (CRI) nos hospitais do SNS, criados pelo Decreto-Lei nº 374/99 de 18 de setembro. Os CRI constituem estruturas orgânicas de gestão intermédia, agrupando serviços e/ou unidades funcionais homogêneos e ou afins. A descentralização da tomada de decisão, do planeamento e do controlo dos recursos visa introduzir a componente empresarial na gestão destas unidades (Antunes, 2001).

Já no final deste período, entra em funcionamento mais um hospital público, o Hospital do Barlavento Algarvio, mas com regras de gestão privada ao nível dos recursos humanos e da contratação de bens e serviços.

Ainda em 2002, é alterada a eleição pela nomeação dos diretores clínicos e dos enfermeiros diretores pelo Decreto-Lei nº 39/2002 de 26 de fevereiro. O novo regime de gestão hospitalar é aprovado pela Lei nº 27/2002 de 8 de novembro, aplicável aos hospitais que integram a rede de prestação de cuidados de saúde, e ganham expressão institucional os modelos de gestão do tipo empresarial (EPE).

A quinta fase do desenvolvimento do SNS, decorre entre 2002 e 2005 e que tanto Carvalho (2009) como Sakellarides *et al* (2007) caracterizam com um período de orientação para a privatização e aproximação à liberalização.

As mudanças no contexto da economia Europeia que sofre uma inversão do seu anterior crescimento, conferindo a possibilidade de a agenda política contemplar várias medidas de contenção da despesa pública, traduziram-se na área da saúde em medidas de liberalização que ganham uma expressão mais determinante. A discrepância característica do período anterior entre as iniciativas postuladas nos documentos oficiais e a sua implementação prática atenuou-se. Carvalho (2009) destaca três fatores que potenciaram esta rutura com o percurso anterior das políticas de saúde: o contexto económico internacional transversal relativamente a medidas a implementar; o desempenho do MS como um ator externo e especialista na área da gestão o que incutiu um cariz *managerialista* até então alheio à cultura da saúde, e ainda a estratégia de marketing político que objetivou superar as dificuldades de relacionamento entre os cidadãos e as organizações, nomeadamente através da criação do portal do cidadão. Promoveu-se a sua satisfação relativamente aos serviços prestados, tendo sido criados mecanismos de informação sobre os serviços para os utentes bem como de recolha da sua opinião sobre os serviços recebidos, obtendo-se assim não só o seu apoio, mas também um instrumento que justifica a implementação de mudança com base na opinião do cidadão.

Neste período a inovação ficou marcada pela criação do PNS com o objetivo de facilitar e integrar a articulação de todos os intervenientes que atuam no campo da saúde, bem como a criação da ERS. Trata-se de uma entidade independente cuja missão é regular e supervisionar as atividades do setor da saúde atendendo os princípios da qualidade, segurança com zelo pelo respeito das regras de concorrência e defesa dos direitos dos utentes (ERS, 2011).

São implementadas as alterações introduzidas pela nova Lei nº 27/2002 de 8 de novembro, lei de gestão hospitalar, que consigna quatro formas jurídicas diferentes no enquadramento dos hospitais em Portugal: "a) *hospitais públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial*, b) *hospitais públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial*, c) *sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos* e d) *hospitais privados*" (Carvalho 2009: 208). As diferenças que distinguem estas formas de enquadramento dos hospitais são basicamente: o regime jurídico que passa de direito público para direito privado; a natureza da gestão deixa de ser administrativa e passa a ser empresarial e a gestão de recursos humanos deixa de ser determinada pelas normas da função pública e passa a ser pelas normas do direito laboral. Teve como consequência a celebração de contratos programa anuais com todos os hospitais do SNS para o financiamento dos cuidados de saúde a prestar. Numa perspetiva de aproximação

entre as unidades de saúde do SNS, estes contratos incluem indicadores de qualidade e eficiência na utilização de recursos e elevação dos níveis de eficiência, fixando objetivos e tabelas de preços (Lopes, 2007).

A conversão de 31 Hospitais públicos em SA com capitais exclusivamente públicos, para além de ser uma extensão das experiências inovadoras de gestão, representou o ponto alto da liberalização no setor da saúde, tal como a regulamentação das Parcerias Público-Privado (PPP) para a construção de dez hospitais. As alterações introduzidas na gestão dos hospitais do Setor Público Administrativo (SPA), nomeadamente, através do crescente *outsourcing* e a criação de uma nova linha de financiamento no Programa Saúde XXI para a iniciativa privada constituem outras iniciativas importantes neste período (Sakelarides *et al* 2007).

O Decreto-Lei nº 93/2005, de 7 de janeiro transforma os anteriores hospitais SA em Empresas Públicas Empresariais (EPE), alterando-se o estatuto jurídico, sem no entanto alterar as formas de gestão nem a relação com o Estado. O Decreto-Lei nº 233/2005 de 29 de dezembro transforma em EPE os hospitais Santa Maria e S. João e dá início à criação dos Centros hospitalares no contexto de uma política de otimização de recursos (MS, 2009).

Uma sexta fase do desenvolvimento do SNS que decorre entre 2006 e 2010 foi por nós considerada e elaborada. O OPSS (2009) caracteriza-a como um período de nova ênfase no serviço público. Pelos elementos disponíveis no portal da saúde do MS, nesta fase observou-se a conversão de grande número de hospitais públicos em EPEs, deu-se continuidade à constituição de novos centros hospitalares e procurou-se dar atenção aos cuidados de saúde emergentes.

Em 2006, por via do Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho, é criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, visando dar resposta a cuidados especiais no contexto do envelhecimento da população, do aumento da esperança média de vida e da crescente prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes.

É importante referir o impacto que o PRACE teve ao nível do setor da saúde, conduzindo em abril de 2006, à aprovação das orientações gerais e especiais para a reestruturação dos ministérios que vieram a servir de base à aprovação da nova Lei orgânica do MS em 27/10/2006. Nesta sequência, verificou-se uma redução das estruturas do SNS de 48 para 26 incluindo 18 sub-regiões de saúde e 5 centros regionais de saúde. Foram também extintos a Direção Geral das Instalações e Equipamentos de Saúde (DGIES), o Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF) cujas atribuições foram transferidas para a atual Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e o Instituto da Qualidade em Saúde (IQS) cujas

atribuições passaram para o recentemente criado Departamento da qualidade na Saúde da DGS (Portaria nº 155/2009 de 10 de fevereiro).

O recurso à contratualização volta a ganhar ênfase nesta fase, bem como os cuidados de saúde primários com a criação em 2007 de algumas Unidades de Saúde Familiar (USF) como experiência piloto. Por outro lado, verificou-se um amplo projeto de racionalização da rede de cuidados, implicando o encerramento e centralização de blocos de partos bem como a requalificação de serviços de urgências e a reestruturação e aglomeração de grupos de hospitais com a criação de vários Centros Hospitalares (Portal da Saúde: história do SNS, 2010). Paralelamente são criadas taxas moderadoras de internamento e de cirurgia do ambulatório, preparando assim os cidadãos para a política de cofinanciamento do SNS.

O objetivo da melhoria do acesso aos cuidados de saúde primários concretizou-se através do alargamento das USF por todo o País e a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), pretendendo-se que possibilitem também o envolvimento ativo da comunidade. Desenvolveu-se a aposta nos cuidados de saúde integrados como forma de ajustar cuidados de saúde e apoio social de utentes com necessidades específicas de dependência temporária ou permanente, que resultou num total de 2870 camas no final de 2008, o que representou um acréscimo de 51% relativamente ao ano anterior (OPSS, 2009).

A qualidade nos serviços de saúde é novamente contemplada nesta fase através do Despacho do Ministério da Saúde nº 14223/2009 de 24 de junho que procede à aprovação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. Nesta sequência foi então criado o Departamento da Qualidade na Saúde (DQS) que passou a fazer parte da estrutura da Direção Geral da Saúde pela Portaria nº 155/2009 de 15 de fevereiro, cuja missão é promover e disseminar nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, uma cultura de melhoria contínua da qualidade, o que de certa forma podemos considerar que veio dar continuidade aos objetivos do extinto IQS.

5 - CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO SNS

Neste ponto do nosso trabalho pretendemos apresentar a caracterização dos profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde, pela implícita relação dialética que existe entre estes e o SNS, bem como pela importância que os recursos humanos têm, para que a concretização de políticas e objetivos de saúde se traduzam em resultados práticos e em serviços de saúde de qualidade (OPSS, 2009; WHO, 2000).

Existe ainda um outro aspeto da relação de reciprocidade, na medida em que por um lado se reconhece a importância do papel dos profissionais no desempenho e na modernização do sistema de saúde, e por outro, o próprio sistema de saúde, através da figura do Estado, desempenha um papel fundamental na consolidação das profissões e seus estatutos (Carvalho 2009: 107).

5.1 - Tipo de recursos humanos em saúde e sua dimensão

O relatório da WHO (2000) refere que podemos considerar recursos humanos da saúde, todo o pessoal clínico e não clínico envolvido em atividades cujo principal objetivo é a promoção, proteção ou melhoria da saúde dos indivíduos e das comunidades. Considera ainda que estes recursos humanos são o *input* mais importante de qualquer sistema de saúde, cuja performance depende em última análise, do conhecimento, das aptidões e das motivações das pessoas envolvidas na prestação de serviços e cuidados de saúde.

Dependendo das fontes de informação e consoante a ótica que adotamos perante as mesmas, poderemos *"...confrontarmo-nos com informação inconsistente sobre a dimensão da força de trabalho no setor da saúde."* (Martins, Biscaia, Conceição, Fronteira, Hipólito, Carrolho e Ferrinho, 2003: 513).

Segundo Castelo-Branco, Carinhas e Cruz (2008), de todos os grupos profissionais que integram a AP Portuguesa, o grupo de profissionais do MS é um dos mais representativos, com um total de 114.980 efetivos, ou seja 11,6 % dos funcionários e agentes da AP Portuguesa, sendo a sua idade média os 44 anos com uma taxa de feminização de 74,5 %.

Os grupos de profissionais do SNS estiveram até final de 2008 integrados em carreiras específicas e carreiras do regime geral da AP. No Quadro 5, apresentamos de forma resumida estes grupos de profissionais integrados nestes dois tipos de carreiras.

Quadro 5 - Grupos de Profissionais do Serviço Nacional de Saúde

| Grupos de Profissionais do Serviço Nacional de Saúde |
|--|
| CARREIRAS ESPECIFICAS/ESPECIAIS |
| <p>Médicos Carreiras: clínica geral, saúde pública e hospitalar (45 especialidades)</p> <p>Enfermeiros Especialidades: saúde materna e obstetrícia, médico-cirúrgica, reabilitação, saúde comunitária, saúde mental e psiquiátrica, saúde infantil e pediátrica</p> <p>Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica Áreas: análises clínicas e saúde pública, anatomia patológica, citologia e tanatologia, audiologia, cardiopneumologia, dietética, farmácia, higiene oral, fisioterapia, medicina nuclear, neurofisiologia, ortoprotésia, ortótica, radiologia, radioterapia, saúde ambiental, terapia da fala, terapia ocupacional,</p> <p>Técnicos Superiores de Saúde Áreas: engenharia sanitária, farmácia, física hospitalar, genética, laboratório, nutrição, veterinária, psicologia clínica</p> <p>Administradores Hospitalares</p> <p>Pessoal dos Serviços Gerais Áreas: ação médica, alimentação, tratamento de roupa, aprovisionamento e vigilância</p> |
| CARREIRAS do REGIME GERAL da AP |
| <p>Carreira técnica superior Áreas: assistentes sociais, juristas economistas e engenheiros</p> <p>Carreira Técnica Áreas: Técnicos de contabilidade, engenheiros técnicos, etc.</p> <p>Carreira técnico profissional Áreas: técnicos de eletromedicina, secretárias de unidades de saúde, etc.</p> <p>Carreira de assistente administrativo</p> <p>Carreira de tesoureiro</p> <p>Carreira de pessoal operário</p> <p>Carreira de pessoal auxiliar Áreas: motoristas, telefonista, operador de reprografia</p> |

Fonte: Rodrigues (2002)

Com a entrada em vigor da Lei nº 12-A/2008 de 27 de fevereiro que estabelece os novos regimes de vinculação, de carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exercem funções públicas, foram já produzidas algumas alterações em vários aspetos do seu regime enquanto outros produzirão efeitos em momentos sucessivos, o que irá permitir a sua adaptação gradual à AP. Isto verifica-se sobretudo no que diz respeito às carreiras especiais, das quais, apenas foram revistas as carreiras de enfermagem através do Decreto-Lei nº 248/2009 de 22 de setembro e, a carreira médica através do Decreto-Lei nº 177/2009 de 4 de Agosto. Nas restantes carreiras especiais estão ainda por definir os respetivos regimes de transição com os diferentes órgãos representativos dos grupos profissionais (sindicatos, ordens, associações, etc.), embora já tenham sido aplicados todos os aspetos gerais como por exemplo índices remuneratórios e respetiva codificação. Quanto às carreiras gerais, foram já aglutinadas em três tipos de acordo com três graus de complexidade dependentes do nível habilitacional:

- Técnico superior (áreas: assistentes sociais, juristas economistas e engenheiros, técnicos de secretariado);

- Assistente técnico (áreas: Técnico profissional, Assistente administrativo, tesoureiro);
- Assistente operacional (pessoal operário, pessoal auxiliar e de serviços gerais).

Mantém-se as carreiras especiais e gerais, mas o que anteriormente se designava por “Quadro de Pessoal” passa a dignar-se por “Mapa de Pessoal”.

Por outro lado, segundo os dados do Balanço Social Global do Ministério da Saúde de 2009 (Amaral, Lemos e Arraiolos, 2010), os seus efetivos representam um total de 130.590 com uma taxa de feminização de 75,1%, sendo o grupo habilitacional com curso superior, o mais representativo com 59,5%. No Quadro 6 é apresentado o número de efetivos por grupo de profissionais referente a 2009.

Quadro 6 – Numero de efetivos por grupo de profissionais de saúde

| Grupo de Profissionais | Nº |
|---|----------------|
| Corpos Especiais..... | 72.940 |
| Médicos..... | 23.266 |
| Enfermagem..... | 39.951 |
| Técnico Superior de Saúde..... | 1.889 |
| Técnico de Diagnóstico e Terapêutica..... | 7.834 |
| Dirigentes(a)..... | 1.060 |
| Técnico superior..... | 3.479 |
| Informático..... | 659 |
| Docente/Investigação(b)..... | 70 |
| Educa.Infancia e Doc.do Ens. Bás. E Sec.... | 106 |
| Pessoal de Inspeção..... | 55 |
| Assistente Técnico | 18.794 |
| Religioso..... | 109 |
| Chefias Administrativas..... | 773 |
| Assistente Operacional..... | 29.542 |
| Outro Pessoa(c)..... | 766 |
| Total | 127.471 |
| Prestadores de Serviços | 3.119 |
| Total Geral | 130.590 |

a)Inclui dirigentes superiores e intermédios;

b) Inclui Pessoal de Investigação Científica, Doc. Ens. Universitário
Doc. Ens. Sup. Politécnico;

c)Considera o total de efetivos inseridos em outras carreiras ou grupos.

Fonte: Amaral *et al* (2010: 14) ACSS

No que diz respeito aos efetivos por grupo profissional, o pessoal integrado nos corpos especiais¹¹ (médicos, enfermeiros, técnicos superiores de saúde e técnicos de

¹¹ A sua criação data de 1988 na sequência de um estudo de uma comissão presidida por Sousa Franco, que justificou legislativamente os corpos especiais da função pública, como carreiras com um nível de responsabilidade, estatuto, exigência, perigosidade, requisitos ou conteúdos funcionais especializados que justificam um regime legal próprio. Neste âmbito, os profissionais do SNS que são considerados como corpos especiais são os médicos, enfermeiros, técnicos superiores de saúde e técnicos de diagnóstico e terapêutica (Decreto-Lei nº 184/89 de 2 de junho).

diagnóstico e terapêutica) constituem cerca de 56% dos efetivos do MS. O grupo de profissionais com maior número de efetivos é o dos enfermeiros (39.951) logo seguido dos médicos (23.266). Os profissionais da carreira de Assistente operacional (serviços gerais, etc.) e Assistente técnico (administrativos, etc.) representam duas importantes parcelas dos efetivos do MS, constituindo respetivamente 22,6% e 14,4% dos referidos profissionais.

Cabe ainda aqui referir que a Lei de Bases da Saúde, no que diz respeito à política de recursos humanos para a saúde (base XV), que visa não só satisfazer as necessidades dos cidadãos mas também garantir a formação, a segurança e o estímulo dos profissionais incentivando-os à dedicação plena.

5.2 - Papéis dos profissionais de saúde e a qualidade

Neste ponto pretendemos abordar o ponto de vista de alguns autores, relativamente aos novos paradigmas dos papéis dos profissionais de saúde face aos desafios da qualidade neste setor.

"No campo da saúde, é indispensável que produção de conhecimento, formação profissional e prestação de serviços sejam tomados como elementos indissociáveis de uma nova prática." Feuerwerker (2003: 24). Segundo esta autora há que redefinir competências gerais para o exercício profissional no contexto da saúde, entendendo que os profissionais devem desenvolver competências nas seguintes áreas: avaliação, sistematização e tomada de decisões para o uso apropriado e eficaz de recursos, equipamentos, procedimentos e práticas; comunicação verbal e não verbal eficaz com os utentes; liderança e gestão multidisciplinar de equipas multiprofissionais; gerir, administrar os recursos humanos, materiais e da informação; capacidade de aprendizagem contínua, compromisso e responsabilidade com a aprendizagem e treino de futuros profissionais; aptidão para desenvolver ações de promoção, prevenção e reabilitação a nível individual e coletivo através de práticas dentro dos mais altos padrões de qualidade e ética integradas nas diferentes instituições do SNS (Feuerwerker, 2003).

Também Carapinheiro e Page (2001) referindo-se à carta de Ljubljana de 1996, elaborada com o objetivo de promover reformas estruturais nos sistemas de saúde Europeus, salientam que, uma das medidas propostas para a gestão da mudança, é que os profissionais de saúde sejam orientados para uma visão de trabalho multidisciplinar e não tanto tecnicista, passando estes a preocuparem-se com as questões relativas à qualidade e ao custo-benefício.

No que diz respeito especificamente ao papel dos profissionais e à qualidade dos serviços, Chassin e Galvin (1998) enfatizam que os profissionais de saúde devem

manter uma base de conhecimento dinâmico das suas profissões e usar esse conhecimento de forma adequada. Independentemente de quão boa seja a compreensão dos profissionais de hoje relativamente às medidas de qualidade, estes devem estar sempre preparados para reverem novos conhecimentos gerados com base no que funciona e no que não funciona nos cuidados de saúde, possibilitando a produção de resultados positivos para as organizações e para os pacientes. Cada vez mais, os profissionais de saúde praticam dentro dos grupos e dos sistemas de cuidados. O funcionamento desses sistemas no sentido de prevenir e minimizar os erros e os prejuízos a eles inerentes, a coordenação de cuidados entre os diversos profissionais e o assegurar que informação pertinente e exata sobre dados de saúde esteja disponível quando necessária, são pontos críticos para garantir cuidados de qualidade.

Ainda segundo Chassin e Galvin (1998) o facto de os sistemas de saúde enfrentarem problemas de qualidade, não deve ser tomado como uma acusação da competência ou motivação dos profissionais que neles prestam serviços. Consideram estes autores que, este grupo de profissionais representa uma série de disciplinas diferentes e estão entre os mais bem treinados tecnicamente, mais competentes e mais motivados relativamente a outros grupos de profissionais de diferentes áreas. Na maioria dos casos específicos de deteção de problemas na qualidade da assistência à saúde, não podemos atribuir à partida a responsabilidade aos profissionais. As respostas não são simples e muitas vezes envolvem falhas do sistema, inerentes a organizações complexas como as envolvidas na prestação de cuidados de saúde.

5.3 - Perceções dos profissionais face aos processos de qualidade

Na pesquisa que efetuamos encontrámos alguma literatura que procura analisar o impacto que os processos de qualidade, nomeadamente a acreditação, têm nos profissionais de saúde.

Assim começamos por apontar os aspetos evidenciados por um estudo realizado pelo IQS em 2004 junto dos profissionais clínicos e não clínicos de um conjunto de 12 hospitais que se encontravam em processo de acreditação. Este estudo teve a adesão maioritária dos profissionais de enfermagem e destaca aspetos do impacto da acreditação nos mesmos:

- Perceção da melhoria da qualidade introduzidas pela acreditação - a maioria dos respondentes espera no futuro melhorias do processo de acreditação, dois dos hospitais revelam sentirem já melhorias e quatro demonstram maior ceticismo relativamente às melhorias a alcançar;

- Participação dos respondentes no processo - a resposta com maior percentagem foi "nenhuma participação" ou "pequena participação";
- Autoavaliação da participação no processo - a maioria dos profissionais que participou no processo considera essa participação adequada;
- Propostas de solução e melhoria dos problemas - 50% dos profissionais considera que foram feitas propostas efetivas de solução e melhoria dos problemas;
- As alterações introduzidas facilitam o trabalho - 50% dos profissionais de 8 dos 12 hospitais responderam que sim e os profissionais com opinião negativa representam cerca de 25%;
- As alterações produzidas têm impacto direto sobre os doentes - 58% dos profissionais partilha a opinião de que sim;
- Valeu a pena o esforço tendo em vista os resultados esperados - verifica-se que 57% consideram que o esforço valeu a pena;
- Voltaria a estar tão envolvido - a maioria dos respondentes afirma que sim.

Nas conclusões, este estudo salienta que *"os resultados são globalmente positivos quer no que respeita ao impacto do processo de acreditação na organização, quer quando avaliadas questões diretamente relacionadas com o envolvimento e expectativas dos profissionais."* (Boavista et al 2004: 13-14).

Encontramos ainda um estudo Português recente de Lopes (2007) sobre "O Impacto da acreditação nas práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar". Trata-se de um estudo correlacional entre a perceção de 224 profissionais de um hospital em acreditação e de 144 profissionais de um hospital sem acreditação em que foram avaliadas as seguintes dimensões:

- Liderança - compromisso, apoio e envolvimento dos Conselhos de Administração com a qualidade;
- Orientação para o cliente - em que medida a organização responde às necessidades, direitos, solicitações, expectativas e satisfação dos clientes;
- Orientação para o pessoal - como é que a organização considera, envolve e desenvolve o seu pessoal;
- Aprendizagem e inovação - políticas de formação centrada nas necessidades, desenvolvimento e procura de inovação;
- Segurança - avaliação das estruturas e processos de prevenção ou redução de risco para os clientes, pessoal e ambiente;
- Gestão dos processos e dos recursos - como a organização orienta e controla processos chave e os recursos;

- A melhoria contínua – existência de uma política de melhoria contínua da qualidade e *benchmarking*.

Estas dimensões ou variáveis incluem cada uma delas vários indicadores. As diferenças percebidas entre os profissionais das duas instituições foram significativas em todas as dimensões. Para o hospital em acreditação, a liderança foi a dimensão mais pontuada e a orientação para o pessoal a menos. Para os profissionais do hospital sem acreditação, em oposição, a segurança foi a dimensão mais pontuada e a melhoria contínua a menos, como seria de esperar, por não possuir nenhum sistema de avaliação da qualidade (Lopes, 2007).

Pomey *et al* (2004) realizaram um estudo num hospital central universitário em França com 4.500 profissionais entre 1995 e 2001, depois da implementação obrigatória do processo de acreditação e que foi pioneiro no estudo do impacto deste processo, cujos resultados Lopes (2007), resume da seguinte forma:

“80,9 % dos profissionais consideraram o processo burocrático, mas as mudanças irreversíveis. Os profissionais adquiriram novos modelos de pensamento, com novo vocabulário, a autoavaliação e uma consciência de interdependência entre profissionais e departamentos. Os profissionais são capacitados para integrar novas atividades, como elaboração de protocolos na instituição, implementação de indicadores para avaliar os tratamentos e a adoção de um conjunto de normas clínicas para o hospital. São ainda, adotados novos valores como a colocação do doente e sua família no centro do processo, e uma política de gestão do risco. O hospital também aprende a importância de uma cultura de escrita.” (Lopes, 2007: 36).

Analizamos um outro estudo de Manzo (2009) sobre “O Processo de acreditação hospitalar na perspectiva de profissionais de saúde”, realizado num hospital de Belo Horizonte, Brasil, criado de raiz em processo de acreditação. Trata-se de um estudo qualitativo, do qual emergiram as seguintes quatro categorias empíricas e respetivos resultados:

- A acreditação na perspectiva dos profissionais de saúde - o estudo conclui que, independentemente da categoria profissional, não existe homogeneidade quanto ao entendimento, à aplicabilidade, à necessidade e à utilidade do processo.
- As implicações do processo de acreditação para pacientes, hospital e profissionais de saúde – para o hospital, são apontadas como repercussões positivas a boa imagem, a melhoria dos serviços do hospital, a referência

como organização de qualidade e a segurança; relativamente aos pacientes, os profissionais percecionam uma melhoria na prestação de serviços de saúde; para os profissionais foram apontados como aspetos positivos a possibilidade de crescimento pessoal, a aprendizagem, o orgulho na valorização do hospital, a segurança no desempenho das funções, a melhoria das condições de trabalho e a maturidade profissional. Relativamente aos aspetos negativos percecionados, este estudo aponta os seguintes: cobrança e stress impostos aos profissionais envolvidos; falta de valorização pelos objetivos atingidos e sobrevalorização dos erros cometidos.

- Aspetos facilitadores e dificultadores da acreditação hospitalar - são apontados os seguintes aspetos facilitadores: a criação de raiz do hospital na filosofia da acreditação, a uniformização de práticas de conduta, a importância da liderança incentivadora de todo o processo, o trabalho em equipa e integração multidisciplinar. As dificuldades apontadas foram: a comunicação não eficaz, o não envolvimento de todos os profissionais, a falta de tempo, a sobrecarga de trabalho, falta de empenho e descontinuidade na manutenção do processo de qualidade após as auditorias.
- Estratégias apontados pelos profissionais de saúde para a manutenção do processo de qualidade - comunicação e transmissão de informação sobre a estratégia e objetivos da gestão, revisão contínua dos métodos e processos de trabalho, formação contínua, participação ativa e conjunta de equipas multidisciplinares, divisão de tarefas adequada entre os envolvidos e os diversos turnos, manutenção contínua do processo da qualidade, focalização na assistência contínua de qualidade e humanizada ao paciente.

Ainda um outro estudo de Jardali, Jamal, Dimassi, Ammar e Tchaghchaghian (2008) sobre a perceção de enfermeiras libanesas relativa ao impacto da acreditação hospitalar na qualidade dos cuidados salientam os fatores que explicam a mudança na qualidade dos serviços. Este estudo incide sobre um grupo de 59 hospitais que concluíram com sucesso o processo de acreditação e que acederam a participar no estudo. Foram utilizadas um conjunto de variáveis em que a variável dependente que se quer explicar foi:

- Resultados de qualidade - melhoria da satisfação dos clientes, da gestão dos recursos; dos resultados dos cuidados prestados, dos cuidados prestados pelos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) e manutenção de padrões altos de qualidade independentemente dos constrangimentos financeiros.

As variáveis independentes utilizadas para justificar os resultados da qualidade foram:

- Liderança, compromisso e apoio – compromisso empenho e envolvimento da gestão de topo em manter um ambiente propício à melhoria contínua, alocação dos meios disponíveis (ex: pessoas, tempo, equipamento, verbas) para a melhoria, transmissão de uma visão clara da melhoria da qualidade a toda a organização, capacidade de gerir as mudanças necessárias para a melhoria da qualidade dos cuidados, capacidade de gerar confiança de que os esforços resultam em melhoria dos resultados;
- Planeamento estratégico da Qualidade – disponibilidade de tempo adequado à necessidade de planeamento da melhoria, estabelecimento de objetivos para cada departamento ou grupo de trabalho, os objetivos de melhoria da organização são do conhecimento de todos, o pessoal é envolvido no desenvolvimento de planos de melhoria, as chefias intermédias têm um papel importante no estabelecimento de prioridades para a melhoria, as expectativas dos pacientes são consideradas como prioridades de melhoria;
- Gestão da Qualidade – a organização faz inspeções periódicas ao equipamento e fornecimentos para garantir que cumpre com os requisitos, a organização tem uma política eficaz de suporte a melhoria dos cuidados prestados, adaptação das políticas de qualidade aos serviços em criação ou desenvolvimento, os serviços são rigorosamente testados para a qualidade antes de serem implementados, a visão de garantia da qualidade da organização procura continuamente vias de melhoria, o registo documental dos problemas da qualidade é encorajado;
- Utilização de recursos humanos – a formação contínua é devidamente planeada e encorajada, bem como o estabelecimento de políticas de reconhecimento individual e coletivo pelo alcance dos objetivos de melhoria;
- Utilização de dados – empenho em aceder às expectativas e necessidades dos pacientes e sua utilização para a melhoria dos cuidados, tratamento das reclamações dos pacientes de forma a supera-las e evitá-las;
- Acreditação – envolvimento do pessoal da organização nas mudanças implementadas, aprendizagem e melhoria com as auditorias, benefícios da acreditação (melhoria no tratamento dos pacientes, motivação do pessoal e encorajamento ao trabalho de equipa, desenvolvimento de valores partilhados por todos os profissionais, melhoria na utilização dos recursos internos, melhoria da resposta às necessidades da população melhor articulação com os parceiros envolvidos na prestação de cuidados de saúde, melhoria da colaboração entre os parceiros do SNS, instrumento valido para a

implementação de mudança, organizações melhor preparadas para os desafios da mudança).

Estas variáveis e respetivos indicadores foram avaliados numa escala de Likert de cinco pontos. O Estudo conclui que os enfermeiros percecionam melhorias na qualidade como resultado da acreditação durante e depois do processo, embora com diferenças significativas em função da dimensão dos hospitais. As variáveis que justificaram os "Resultados de qualidade" (variável dependente) foram: liderança, compromisso e apoio, o uso de dados, a gestão da qualidade e o envolvimento do pessoal. Neste estudo os enfermeiros apontam, ainda, que para a acreditação efetivamente produzir resultados de melhoria nas práticas, existe a necessidade de avaliar a qualidade com base em indicadores de resultados para os pacientes (Jardali *et al* 2008).

Salmon *et al* (2003) apresentaram também um estudo sobre o impacto da acreditação na qualidade de um grupo de hospitais públicos, na província de Kwa Zulu-Natal na África do sul, que haviam contratualizado a sua acreditação com a entidade oficial de acreditação de serviços de saúde na África do sul, o *Council for Health Services Accreditation of Southern Africa* (COHSASA) em colaboração com a JCI. Assim, na designada província foram selecionados aleatoriamente um total de 20 hospitais estratificados pela sua dimensão. Destes, 10 entraram no programa de acreditação em 1998 e os outros 10 que ainda não tinham iniciado o processo foram usados como grupo de controlo. O estudo avaliou aspetos da estrutura e processos dos dois grupos de hospitais juntamente com oito dimensões da qualidade dos cuidados hospitalares colhidos por uma equipa de peritos independente:

- Perceção da qualidade pelos enfermeiros - foram analisados 26 itens destacando-se: a qualidade clínica; a cooperação e trabalho de equipa e a participação nas decisões
- Satisfação dos clientes;
- Educação para a medicação dos clientes;
- Acessibilidade dos registos médicos;
- Correção dos registos médicos;
- Correção das notas sobre cirurgias;
- Condições sanitárias do hospital;
- Rotulagem da ala dos stocks.

Dois anos depois do processo de acreditação, os resultados do estudo revelaram, melhorias significativas destes indicadores nos hospitais acreditados relativamente aos não acreditados, particularmente no que diz respeito à perceção da qualidade pelos

enfermeiros – percepção da qualidade clínica, trabalho de equipa e participação no projeto. Foram ainda apontadas duas implicações práticas deste estudo: o programa de acreditação do COHSASA teve sucesso ao aumentar a adesão dos hospitais públicos aos seus padrões de qualidade; há necessidade de trabalho adicional para determinar se os padrões de melhoria do COHSASA relativamente à estrutura e aos processos resulta em melhoria dos resultados (Salmon *et al* 2003: iii-43).

Ao analisarmos os resultados destes estudos, constatamos que a maioria dos profissionais de saúde reconhece que a acreditação acarreta melhorias quer para os cuidados prestados aos pacientes, quer para a organização e planeamento do trabalho em equipa, para a gestão do processo clínico, para a segurança quer de pacientes quer de profissionais e do ambiente. A importância das questões relacionadas com a liderança e o seu envolvimento neste processo, a utilização da informação nomeadamente a que diz respeito às expectativas e satisfação dos clientes, o planeamento estratégico e a revisão contínua do processo de melhoria, os resultados da gestão da qualidade, são os aspetos que se destacam na avaliação dos profissionais sobre o impacto da acreditação hospitalar.

PARTE II – ESTUDO DE CASO

1 - CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO DO ESTUDO DE CASO

Neste capítulo propomo-nos fazer uma breve abordagem da história e evolução da Instituição em que decorre o nosso estudo de caso, bem como a sua caracterização atual em termos dos cuidados prestados e dos recursos humanos de que dispõem. Procuraremos ainda apresentar uma breve contextualização da obtenção da acreditação pelo King's Fund em 2005¹².

1.1 - História e evolução do Hospital de Ovar

O edifício do atual Hospital de Ovar foi inaugurado em 1966, passando a pertencer à rede de hospitais do SNS desde setembro de 1976 com estatuto de Hospital Concelhio, altura em que se tornaram públicas as instituições que pertenciam, e eram geridas, por entidades privadas de solidariedade social, neste caso concreto a misericórdia de Ovar, que ainda hoje detém a posse das instalações. Em 1983 por despacho ministerial foi-lhe atribuída a categoria de Hospital Distrital de Ovar. Uma década depois, em 1993, também por despacho ministerial, em reconhecimento pelo empenho e dedicação do ilustre conterrâneo, Dr. Francisco Zagalo à causa de consolidação das condições de saúde da população, o Hospital de Ovar passou a ter a designação deste seu patrono que mantém até hoje – Hospital Dr. Francisco Zagalo (HFZ, 2011).

Segundo os dados do censo 2011 (INE, 2011), a população vareira é composta por 55.337 habitantes, mas a área de influência/atracção do Hospital é superior a 60 mil habitantes, abrangendo não só todas as freguesias do concelho, estendendo-se ainda a concelhos limítrofes, estando sujeito a um aumento significativo da procura dos seus serviços durante a época balnear, pelo seu enquadramento geográfico (HFZ, 2006).

Desde 1983 esta unidade hospitalar está classificada como Hospital de nível I, tendo, na altura, as valências básicas de Medicina Interna, Cirurgia geral, Pediatria, Obstetrícia/Ginecologia, Ortopedia, Radiologia, Patologia Clínica, Imunoterapia, Otorrinolaringologia, Fisioterapia/Fisioterapia e Serviço de Atendimento Permanente (SAP) /Serviço de Urgência (HFZ, 2006).

A proximidade do novo hospital de S. Sebastião com estatuto de EPE em Santa Maria da Feira, que entrou em funcionamento em 1999, teve repercussões na estrutura e organização do HFZ de Ovar. Assim, começou por perder em 1999 a

¹² Para a elaboração deste ponto foi utilizada como principal fonte de informação a página Web do HFZ acedida em 20/04/2011, bem como documentos internos da instituição.

valência da Obstetrícia/Ginecologia, seguindo-se a Pediatria em fevereiro de 2007 e ainda em dezembro do mesmo ano, o Serviço de Atendimento Permanente/Serviço de Urgência (SAP/SU). Com a extinção do SAP/SU, surge a necessidade de criar o Hospital de Dia que é uma estrutura organizacional com um espaço físico próprio onde se concentram meios técnicos e humanos qualificados, que fornecem cuidados de saúde, de modo programado, a doentes em ambulatório, em alternativa à hospitalização clássica, por um período não superior a 12 horas (HFZ, 2010).

Entretanto, em 2006 deu-se início ao projeto de integração do HFZ na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, tendo-se constituído uma equipa de gestão de altas e criado o projeto de uma Unidade de Convalescença com uma lotação de 20 camas (HFZ, 2010).

Presentemente o HFZ é uma unidade hospitalar com uma dotação global de 54 camas de internamento distribuídas por 18 camas de Cirurgia (1º piso), 20 de Convalescença (2º piso) e 16 camas de Medicina (3º piso). É uma Instituição que redirecionou a sua missão para a prestação crescente de cuidados de saúde em regime ambulatório à população da sua área de influência, nas valências de Cirurgia básica, afirmando-se ainda na prestação de cuidados agudos (convalescença e outros) e na atração alargada no âmbito da sua inclusão na Rede de Cuidados Continuados Integrados. Presta uma oferta ao nível da Consulta externa das especialidades de Medicina Geral, Cirurgia, Cardiologia, Ortopedia, Fisiatria, Urologia, Pediatria, Psicologia, Dietética e Ginecologia. Dispõem também de uma oferta de MCDT, nas áreas de Análises Clínicas, medicina transfusional, Radiologia, Farmácia, Fisioterapia, Dietética, Cardiopneumografia, Terapia da fala e Terapia Ocupacional. No contexto de uma missão de proximidade com as populações, é de referir que dispõem de um Serviço Social e Gabinete de Apoio ao Utente, bem como um Serviço de Voluntariado gerido pela Liga dos Amigos do HFZ¹³. Por outro lado, dentro do contexto de integração à escala nacional da sua prestação no SNS, também está inserido no Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) (HFZ, 2011).

1.2 - Caracterização dos recursos humanos do HFZ

A análise dos recursos humanos, que passaremos a fazer de seguida, fundamenta-se nos dados que nos foram fornecidos pelo Serviço de recursos humanos

¹³ No anexo 3-a) apresentamos o organigrama do HZF inicialmente publicado no site da instituição e que serviu de base ao nosso quadro conceptual. No anexo 3-b) apresentamos o organigrama que veio a substituí-lo já depois da conclusão do nosso estudo e que se encontra actualmente disponível no site da instituição (HFZ, 2011).

do HFZ (anexo 4). No Quadro 7 apresentamos os recursos humanos existentes no 1º semestre de 2005 e no 1º semestre de 2011.

Quadro 7- Recursos Humanos do HFZ entre 2005 e 2011

| Recursos Humanos 1º Semestre 2005 | Quadro | Outros Vínculos | TOTAL |
|--|---------------|----------------------------|--------------|
| Administrativo | 25 | 9 | 34 |
| Auxiliar | 54 | 6 | 60 |
| Clínico Geral | 1 | 0 | 1 |
| Dirigente | 5 | 1 | 6 |
| Enfermeiro | 64 | 12 | 76 |
| Médico | 23 | 17 | 40 |
| Operário | 3 | 0 | 3 |
| Serviço Geral | 1 | 0 | 1 |
| Serviço Social | 1 | 0 | 1 |
| Téc.Diag.Terapêutica | 15 | 0 | 15 |
| Técnico Profissional | 1 | 0 | 1 |
| Técnico Secretariado | 1 | 0 | 1 |
| Técnico Superior | 0 | 2 | 2 |
| Técnicos Superior de Saúde | 3 | 0 | 3 |
| TOTAL | 197 | 47 | 244 |
| 1º Semestre 2011 | Mapa | Outros Vínculos | |
| Assistente Operacional | 36 | 12 | 57 |
| Assistente Técnica | 20 | 10 | 30 |
| Dirigente | 1 | 2 | 3 |
| Enfermeiro | 42 | 11 | 53 |
| Médico | 15 | 8 | 23 |
| Téc.Diag.Terapêutica | 12 | 4 | 16 |
| Técnico Informático | 0 | 1 | 1 |
| Técnico Superior | 3 | 3 | 6 |
| Técnicos Superior de Saúde | 1 | 3 | 4 |
| TOTAL | 142 | 57 | 192 |

Fonte: Adaptação de Serviço de recursos humanos do HFZ

Entendemos ser importante obtermos dados relativos aos recursos humanos referentes ao primeiro semestre de 2005 (data da conclusão do projeto de acreditação) e ao primeiro semestre de 2011 (data da aplicação do questionário), de forma não só, a podermos analisar e entender as variações ocorridas neste período, como também definir a população alvo deste estudo. Vários fatores tiveram influência nas variações ocorridas neste período: o processo de reconversão de que foi alvo esta Instituição, nomeadamente com o encerramento da Pediatria e o SAP/SU em 2007 e a reconversão das carreiras da função pública ocorrida por via de Lei n.º 12-A/2008 de 27 de fevereiro e que estabelece os novos regimes de vinculação, de carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exercem funções públicas.

Da observação destes dados podemos verificar que o número de efetivos diminuiu em 21,3%, passando de um total de 224 no primeiro semestre de 2005 para 192 em igual período em 2011. Este facto ficou a dever-se, por um lado, ao

encerramento de serviços e conseqüentemente à mobilidade de profissionais para outras instituições, e por outro, à ocorrência de aposentações.

1.3 - Acreditação pelo KFHQS e contexto atual da gestão da qualidade

No contexto das estratégias do MS para o SNS definidas no PNAH desenvolvido pelo IQS, o Hospital Dr. Francisco Zagalo de Ovar, por iniciativa do então Conselho de Administração, iniciou o projeto de acreditação em outubro de 2002. Para tal seguiu o modelo de 2001 do KFHQS, com os apoios financeiros do programa Saúde XXI e da ARS centro. *"A implementação do PNAH surgiu como forma de vencer os obstáculos e fazer ressurgir a Instituição."* (Afonso 2004: 15).

Foi então constituído o grupo de trabalho do processo de acreditação bem como nomeada a sua gestora, dando-se início a um longo processo que passou por várias fases, a primeira das quais foi a de diagnóstico da situação da Instituição.

"Vários obstáculos foram etapa a etapa sendo vencidos, nomeadamente o envolvimento dos profissionais, que no seu ritmo já intenso de trabalho evitavam assumir mais sobrecarga de trabalho burocrático como o descrever procedimentos de práticas e respetivos registos. Com o apoio do grupo de trabalho que foi fornecendo ferramentas de apoio e atuou como difusor de linhas de orientação, os resultados desejados foram surgindo e servindo de incentivo para novos objetivos. As principais mudanças deste processo fizeram-se sentir ao nível da sistematização de procedimentos escritos dos cuidados prestados, da gestão do risco, do consentimento informado, da reorganização do processo clínico, do atendimento correto e informado ao utente, da receptividade dos profissionais a novos desafios e do seu envolvimento, da afirmação de uma cultura de partilha dinâmica de informação entre os membros das equipas multidisciplinares, na mudança da gestão de recursos financeiros e humanos, na identificação e priorização de necessidades, na monitorização e gestão das reclamações dos utentes (projeto "Sim Cidadão") e na preocupação com a melhoria continua" (Afonso 2004: 15-20).

Foi com base numa estreita relação de colaboração com o IQS que, em 2004, o HFZ obteve a acreditação provisória, e, em 2005, tornou-se no primeiro Hospital de nível I, a obter a acreditação total por uma organização internacional, o KFHQS. Este esforço, segundo as palavras proferidas pelo então Presidente do Conselho de Administração, no descerramento da placa que assinala a obtenção da acreditação total, resultou em melhorias significativas quer globalmente para a Instituição quer ao nível de cada Serviço nas suas diversas vertentes como seja: a definição da missão e objetivos, da gestão e administração, da contratação de serviços, de tecnologias de

gestão de informação, dos recursos financeiros e humanos, da formação, da comunicação, da gestão do risco, do processo clínico, dos direitos e necessidades dos doentes.

A extinção do IQS em 2006, no contexto das novas políticas para o SNS instituídas na sequência do PRACE, sem que as suas atribuições tivessem sido retomadas de forma efetiva por outra entidade, teve como consequência a descontinuidade dos processos de acreditação empreendidos ao abrigo dos protocolos celebrados com a referida entidade. Foi o caso do Hospital HFZ cujo processo de acreditação desde 2005 não teve continuidade, embora se tenha esboçado uma intenção de retoma do mesmo em 2008 com recurso ao manual de acreditação de 2003 do King's Fund. Este projeto ficou-se, no entanto, pela fase de diagnóstico e levantamento da situação, estando a aguardar pelo novo projeto de acreditação nacional, em estudo e elaboração pela DGS, mais propriamente pelo seu DQS. O grupo de trabalho da qualidade, mais propriamente o núcleo de acreditação, que foi nomeado em janeiro de 2009 conforme consta da Nota Informativa Interna nº 010902, pelas circunstâncias que acabamos de descrever, acabou por não dar continuidade às funções que lhe foram atribuídas.

Relativamente aos indicadores de qualidade e eficiência que constam do contrato programa de 2010, só foi possível apurar o resultado do indicador do acesso 'peso das primeiras consultas médicas no total das consultas', que se situou nos 33,77%, contra os 15% previstos no referido contrato relativamente a este indicador de qualidade (contrato programa 2010 do HFZ e dados fornecidos pela admissão de dentes).

Foi divulgado em nota informativa em 11 de fevereiro de 2011, pela intranet da Instituição, a participação do HFZ no projeto SINAS da ERS, em que o mesmo obteve o nível de excelência II na avaliação dos serviços de ortopedia, num universo de 61 hospitais participantes, apesar de, apenas 51 apresentaram registos suscetíveis de serem avaliados, classificando-se assim o HFZ na média nacional.

Pensamos pois, ser este um momento propício à realização deste estudo, considerando os objetivos atingidos no momento da concretização do projeto de acreditação, como referiu o então Presidente do Conselho de Administração, e o que de facto se verifica na Instituição atualmente ao nível princípios tidos como fundamentais para as práticas de qualidade em serviços de saúde, tendo em conta que o processo de acreditação foi descontinuado.

2- METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

Neste ponto do nosso estudo é chegado o momento de explicitar o percurso metodológico que serviu de base à investigação, começando por apresentar a questão principal que serviu de guia ao trabalho aqui apresentado. Procuraremos ainda clarificar o nosso objetivo e objeto de estudo bem como justificar a metodologia que selecionamos para o desenvolvimento deste estudo de caso.

Assim sendo, tendo em conta as razões que motivaram a realização do estudo, às quais nos referimos na introdução e no ponto anterior, consideramos estarem reunidas as condições que justificam a escolha da análise de estudo de caso do tipo descritivo, como metodologia de investigação para o nosso estudo empírico. Segundo Yin (2005: 32) a metodologia de estudo de caso é aquela *"que investiga um fenómeno contemporâneo dentro do seu contexto da vida real..."*. Para Carmo e Ferreira (2008) trata-se de um estudo que tem como principais características ser centrado num fenómeno - no nosso caso as perceções dos profissionais sobre a qualidade dos serviços - e num acontecimento - no nosso caso, o impacto da acreditação - e que pretende obter uma compreensão e uma descrição final consolidada do fenómeno em estudo.

2.1 – Questões e objetivos da investigação

Na perspetiva que é tida como a melhor forma de começar um trabalho de investigação científica em ciências sociais, estabelecemos como referência conceptual do desenho do nosso estudo, duas questões de investigação que enunciamos da seguinte forma:

Questão 1: Quais as perceções dos profissionais de saúde relativamente à qualidade dos serviços hospitalares?

Questão 2: Qual a influência que a acreditação tem nessas perceções?

Perante estas questões fundamentais que serviram de fio condutor à nossa investigação, e que nos conduziram ao enquadramento teórico que desenvolvemos na primeira parte deste estudo, torna-se claro que o nosso objeto de estudo engloba o universo dos profissionais de saúde, clínicos e não clínicos, da Instituição hospitalar selecionada - o HFZ. Também da questão de partida se subentende que o objetivo principal será:

- Aceder às perceções que os profissionais de saúde têm das práticas da qualidade na Instituição em estudo e ao impacto que a acreditação tem nessa perceção.

Deste objetivo emergem objetivos complementares como sejam:

- Identificar diferenças nas percepções da qualidade dos serviços entre os profissionais que participaram ativamente no processo de acreditação e os que não tiveram essa experiência;
- Identificar diferenças nas percepções da qualidade dos serviços entre os profissionais integrados na Instituição antes e depois do processo de acreditação;
- Identificar diferenças nas percepções da qualidade dos serviços entre os diversos grupos de profissionais;
- Identificar diferenças nas percepções da qualidade dos serviços entre os profissionais com funções de chefia e os restantes;
- Identificar os efeitos da acreditação nas percepções da melhoria da qualidade dos serviços.

2.2 - Hipóteses de investigação

Decorrente das nossas questões de partida, da clarificação dos objetivos do nosso estudo, e do nosso enquadramento teórico, construíram-se as seguintes hipóteses:

H1: Há diferenças significativas na percepção da qualidade dos serviços entre os profissionais que participaram ativamente e os que não participaram no projeto de acreditação.

H2: Há diferenças significativas na percepção da qualidade dos serviços entre os profissionais integrados na Instituição antes e depois do processo de acreditação.

H3: Há diferenças significativas na percepção da qualidade dos serviços entre os profissionais clínicos e os não clínicos.

H4: Há diferenças significativas na percepção da qualidade dos serviços entre os profissionais com e sem funções de chefia.

2.3 - Definição de conceitos e construção do quadro conceptual

Ao longo do nosso enquadramento teórico procurámos abordar, de uma forma geral, conceitos que entendemos serem importantes para o desenvolvimento do nosso estudo. Contudo, consideramos que para a construção da nossa análise, os conceitos mais relevantes merecem aqui uma referência, ainda que breve, com o objetivo de complementar a conceptualização da realidade que pretendemos demonstrar,

estabelecendo as variáveis do estudo e os respetivos indicadores. Nesse sentido passamos a abordar os seguintes conceitos:

- Perceção da Qualidade: no caso dos profissionais de saúde, que são o objeto do nosso estudo, este conceito pretende referir-se ao grau em que os mesmos identificam aspetos tidos como diretamente relacionados com o conceito de qualidade em saúde. Como já tivemos ocasião de referir no nosso quadro teórico, segundo vários autores, este conceito engloba um conjunto de várias dimensões como: liderança; orientação para o cliente/utente; gestão de recursos quer humanos, materiais, de informação/comunicação quer financeiros; com o envolvimento dos profissionais; com segurança, eficácia, eficiência, acesso, equidade; com os resultados e com o planeamento e gestão estratégica da melhoria contínua da qualidade, entre outros.
- Profissionais clínicos e não clínicos: dentro do conceito de profissionais de saúde que já analisamos no ponto 5 do nosso quadro teórico, várias fontes, incluindo Pilgrimienè e Bučiūnienè (2008) e o relatório da WHO (2000), consideram dois grupos: pessoal clínico, os profissionais que prestam cuidados assistenciais de saúde diretamente ao utente (médicos, enfermeiros, técnicos de saúde) e pessoal não clínico, profissionais que prestam serviços que agilizam a concretização da prestação de cuidados (administrativos, serviços de apoio, auxiliares);
- Profissionais com função de chefia: uma vez que este estudo não se dirige aos responsáveis máximos da Instituição, serão aqui considerados profissionais com funções de chefia, de acordo com a Lei nº 66-B/2007 de 28 de dezembro capítulo II artigo 4º, todos os que tenham atribuídas funções de chefias ou responsabilidade de serviços, «dirigentes superiores» (médicos - diretores e responsáveis de serviço - e técnicos superiores - responsáveis de serviço) ou os que exerçam chefias intermédias como responsáveis por equipas (enfermeiros chefes, técnicos coordenadores, chefes de secção e outros responsáveis).

O conjunto de hipóteses que formulamos anteriormente deixa subentender uma variável que representa o que se quer explicar e por isso mesmo se designa por dependente, sendo ela a 'perceção da qualidade'.

Existe um outro grupo de variáveis que pretendem representar a explicação possível e como tal se designam por independentes. Neste caso temos:

- Os profissionais que participaram ativamente no processo de acreditação e os que não tiveram essa experiência;
- Os profissionais integrados na Instituição antes e depois do processo de acreditação;

- Profissionais clínicos e não clínicos;
- Profissionais com funções de chefia e profissionais sem esse tipo de função.

Este conjunto de variáveis e respetivos indicadores levaram-nos à construção do nosso quadro conceptual sistematizado no anexo 5 e do instrumento de recolha de dados.

2.4 - Metodologia de recolha de informação

Procuraremos ao longo deste ponto clarificar as razões que justificam e legitimam a eleição do método e técnica de recolha de dados. Em função do objectivo e do objecto de estudo considerámos a metodologia quantitativa como a mais adequada para o nosso estudo. Os motivos para esta escolha prendem-se, por um lado, com o contexto do próprio estudo e com as vantagens que implicam para os inquiridos: tendo em conta que se trata de um tema delicado, que poderia suscitar relutância dos profissionais em aderirem ao mesmo, quer por receio de quebra de sigilo quer por desmotivação face a um instrumento de recolha de dados mais complexo. Do ponto de vista teórico, tivemos em conta que estes métodos têm como vantagens não só uma melhor quantificação de dados, que consequentemente facilitam a comparação entre situações, proporcionando a objetivação da informação recolhida e da respetiva análise, como ainda o facto de facilitarem a descrição de mudanças e a explicação da relação entre variáveis (Blaikie, 2000). No entanto, e com o intuito de possibilitar uma maior aproximação à visão da realidade dos inquiridos e do dinamismo do fenómeno que pretendemos estudar, faremos também algum uso, embora marginal, da metodologia qualitativa.

Assim sendo, no que diz respeito à metodologia quantitativa, procedeu-se à aplicação de um inquérito por questionário. Nas questões em que entendemos ser necessária uma maior flexibilidade de resposta, criamos espaço para que o inquirido pudesse fazer uma pequena discricção aberta das suas perceções relativamente à realidade que se pretendia estudar tendo sido sujeitas a um tratamento qualitativo.

Desta forma, com este recurso à combinação destas duas formas distintas de tratamento dos dados esperamos conseguir, não só, minimizar as desvantagens da metodologia quantitativa aproximando-nos tanto da explicação das questões em estudo e da sua compreensão, como ainda aceder à globalidade das perceções dos profissionais sobre a qualidade dos serviços, sejam elas positivas ou negativas.

2.5 – Instrumento para a recolha de dados

Baseamos a escolha do nosso instrumento de recolha de dados, partindo da perspectiva de Quivy e Campenhoudt (2008), segundo a qual os objetivos para os

quais o inquérito por questionário é especialmente adequado são: “O conhecimento de uma população enquanto tal: (...), os seus valores ou suas opiniões. A análise de um fenómeno social que se julga poder aprender melhor a partir de informações relativas aos indivíduos da população em questão. (...) Os casos em que é necessário interrogar um grande número de pessoas...” (Quivy e Campenhoudt, 2008: 189).

Este questionário foi fundamentalmente delineado com base no nosso quadro teórico que procuramos consolidar com uma consistente revisão de literatura. A sua estrutura integra três partes distintas e procurou reunir condições facilitadoras de resposta às questões de investigação (Anexo 6). Assim, a folha de rosto do questionário pretendeu constituir uma forma simples de informação sobre o objetivo do estudo, as partes temáticas que o compõem e a forma como cada uma das questões deve ser preenchida.

A primeira parte do questionário teve como objetivo a recolha de dados para a caracterização da população que procuramos operacionalizar no quadro 8.

Quadro 8 - Operacionalização das variáveis relativas à caracterização da população

| Variável | Tipo | Atributos |
|-----------------------------------|---|--|
| Idade | Quantitativa; continua | Expressa em anos |
| Sexo | Qualitativa nominal Fechada dicotómica | 1-Feminino 2-Masculino |
| Antiguidade na Instituição | Quantitativa; continua aberta | Expressa em mês e anos |
| Habilitações Académicas | Qualitativa Ordinal Fechada | 1-inferior ao 9º ano 2-9º ano 3-12º ano 4-Curso Técnico 5-Bacharelato 6-Licenciatura 7-Mestrado 8-Doutoramento |
| Grupo profissional | Qualitativa nominal mista | 1-Assistente operacional 2- Assistente Técnica 3- Enfermeiro 4- Médico 5- Técnico de Diagnóstico e Terapêutica 6- Técnico superior 7- Técnico superior de saúde Outro: _____ |
| Exercício de funções de chefia | Qualitativa dicotómica mista | 1-Sim, Qual: _____ 2-Não |
| Vínculo contratual | Qualitativa Nominal Mista | 1-Contracto de Trabalho por Tempo Indeterminado em funções públicas 2- Prestação de Serviços 3- Trabalho temporário Outro: Qual? _____ |

A segunda parte do questionário teve como objetivo a recolha de informação relativa ao tema da investigação em que as questões foram desenvolvidas com base

nos conceitos definidos no quadro teórico e no trabalho de Lopes (2007). As perguntas 1, 2 e 3 são relativas ao processo de acreditação.

Quadro 9 - Operacionalização de variáveis relativas às questões de investigação

| Acreditação | | | |
|---|---|---|--------------|
| Variável - Dimensão | Tipo | Atributos | |
| P1- Reconhecimento do projeto de acreditação implementado | Qualitativa nominal: mista | -Acreditação pelo <i>JCI</i> -Acreditação pelo <i>KFHQS</i> -Certificação ISO -Outros (especifique quais): -Outro | |
| P2- Participação no projeto | Qualitativa nominal Fechada dicotômica | -Sim -Não | |
| P2.1-Função no projeto | Qualitativa | Aberta | |
| P3- Importância atribuída à acreditação como instrumento de melhoria continua | Qualitativa Ordinal Fechada | -Nenhuma importância -Pouco importância -Importância média -Importância elevada -Não sabe | |
| Perceção da qualidade dos serviços | | | |
| Variável - dimensão | Tipo | Atributos | |
| P4- Implementação de processos de melhoria contínua da qualidade 9 itens | Qualitativa ordinal Fechada | 1-Nenhuma 2-Pouca 3-Média 4-Bastante 5-Total | Ns - Não sei |
| P5- Implementação de princípios da qualidade 9 itens | Qualitativa ordinal Fechada | 1-Nenhuma 2-Pouca 3-Média 4-Bastante 5-Total | Ns - Não sei |
| P6- Implementação de melhoria dos resultados da qualidade 13 itens | Qualitativa ordinal Fechada | 1-Nenhuma 2-Pouca 3-Média 4-Bastante 5-Total | Ns - Não sei |
| P7- Problemas que interferem na qualidade | Qualitativa Aberta | Descritiva | |

Legenda: P, número da pergunta

As perguntas 4, 5 e 6, referem-se a aspetos relativos à perceção da qualidade dos serviços pelos profissionais de saúde. São estruturadas com um carácter classificatório em que se utilizou uma escala ordinal de cinco pontos do tipo *Likert* (nenhuma implementação; pouca implementação; média implementação; bastante implementação; total implementação) com a possibilidade de os inquiridos optarem pelo indicador 'não sei' caso não tivessem informação ou opinião sobre estes indicadores. No quadro 9 procuramos operacionalizar as variáveis relativas às questões de investigação.

A pesquisa na literatura, não nos revelou nenhum instrumento de avaliação da percepção da qualidade dos serviços pelos profissionais de saúde. Deste modo, a estrutura destas questões que se referem a este conceito, não seguiu nenhum modelo específico, tendo as mesmas sido elaboradas com base em conceitos revistos no quadro teórico, nomeadamente nos Modelos e Prémios de Qualidade, no organigrama do HZF (anexo 3-a) (caso da questão 4), nos Princípios da Gestão da Qualidade Total identificados por vários autores (caso da questão 5) e em variáveis abordadas com outra estrutura por diferentes autores (Lopes, 2007; Manzo, 2009; Jardali *et al*, 2008; Salmon *et al*, 2003). Houve assim a preocupação de selecionar e estruturar questões que se consideraram significativas, e que foram apresentadas de forma a facilitar a adesão e o preenchimento dos questionários.

Incluímos na última pergunta (P7), uma questão aberta, solicitando aos inquiridos a descrição uma situação que pudesse interferir na qualidade dos serviços e que tivessem noção de ocorrer na Instituição. Esta questão pretendia não só abordar as questões da qualidade de uma perspetiva inovadora, a da identificação de problemas que interferem com qualidade, depois de ocorrência de um projeto de acreditação hospitalar, como ainda apontar pontos críticos concretos com vista à revisão dos processos de melhoria contínua da qualidade na Instituição.

2.6 - Procedimentos para a recolha de dados

A realização deste estudo foi submetida à aprovação do Conselho de Administração do HFZ conforme pode ser verificado pelo Anexo 7.

Depois da construção do inquérito, o mesmo foi submetido a um pré-teste com a sua aplicação a um grupo de 14 profissionais. Houve a preocupação de que estivessem representados todos os grupos profissionais a quem foi solicitado que apontassem dificuldades na compressão do conteúdo das questões e no preenchimento do questionário. Assim, este grupo foi constituído por 2 Administrativos (assistentes técnicos), 2 Auxiliares (assistentes operacionais), 2 Enfermeiros, 2 Médicos, 2 Técnicos de diagnóstico e terapêutica, 2 Técnicos superiores e 2 Técnicos superiores de saúde. Neste pré-teste, três dos inquiridos revelaram alguma dificuldade na compreensão linguística dos dois últimos critérios da questão 6, pelo que os mesmos foram reformulados de forma a colmatar a dificuldade apontada.

Após a autorização do Conselho de Administração para a aplicação do instrumento de recolha de dados (Anexo 8), procedeu-se à sua distribuição pelos diferentes serviços em número igual ao dos profissionais que lá exerciam funções. Os questionários foram entregues juntamente com um envelope para cada profissional, de modo a salvaguardar a confidencialidade das respostas.

O facto de a investigadora exercer funções na Instituição facilitou não só a aplicação do questionário aos grupos mais reduzidos e dispersos, como a sua recolha. Quanto aos grupos maiores, como enfermeiros e assistentes técnicos, foram realizadas reuniões com os enfermeiros chefes de cada serviço, a quem foram dadas as indicações para o seu preenchimento, distribuição e recolha. O mesmo aconteceu com os responsáveis de secção dos assistentes técnicos. Assim, a cada responsável por estes grupos foi solicitada colaboração no sentido de periodicamente relembrar o pedido de preenchimento do questionário e junto dos quais a investigadora periodicamente procedeu à recolha dos mesmos, tendo-se estabelecido para o efeito, a data limite de 30 de junho.

Os dados foram tratados informaticamente recorrendo ao programa de tratamento estatístico – *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) – versão 17 para *Windows*.

Foi feita uma análise descritiva dos resultados obtidos com base nas frequências (absolutas e relativas), as medidas de localização e tendência central (moda e médias aritméticas) e medidas de dispersão e variabilidade (desvio padrão, mínimos e máximos).

Verificou-se ter havido um número significativo de respostas 'não sei' (Ns) nas questões relativas à perceção da qualidade. Para o estudo das hipóteses que formulamos, foram utilizadas as respostas dos indivíduos que responderam na escala ordinal de cinco pontos que definimos previamente, sendo excluídos os que responderam 'não sei' e considerados como *missings* (não respostas) para evitar enviesamentos da estatística inferencial.

A consistência interna relativa à variável dependente 'perceção da qualidade' foi verificada pelo coeficiente *Alfa de Cronbach*. Segundo Pestana e Gageiro (2008), a consistência interna pode "...definir-se como a correlação que se espera obter entre a escala usada e outras hipotéticas do mesmo universo, com igual número de itens, que meçam a mesma característica" (Pestana e Gageiro, 2008: 527:528). Trata-se no fundo de um teste de fidelidade das medições que varia entre 0 e 1, considerando-se como:

Muito boa – α superior a 0,9

Boa - α entre 0,8 e 0,9

Razoável – α entre 0,7 e 0,8

Fraca a entre - α 0,6 e 0,7

Inadmissível – $\alpha < 0,6$

Desta forma, para a análise inferencial optou-se pelo teste paramétrico *t-Student* para duas amostras independentes, que se aplica sempre que se pretende comparar as

médias entre duas variáveis quantitativas de dois grupos diferentes de sujeitos em estudo. Este tipo de testes (paramétricos) têm também a vantagem de serem mais consistentes, mesmo quando não se verifica o pressuposto da normalidade da distribuição dos resultados (Pereira, 2008).

Os níveis de significância utilizados em todas as análises estatísticas são os seguintes:

$P > 0,05$ (a diferença não é significativa)

$P \leq 0,05$ (a diferença é significativa)

$P \leq 0,01$ (a diferença é muito significativa)

$P \leq 0,001$ (a diferença é altamente significativa)

2.7 – População do estudo de caso

O nosso objeto de estudo estende-se ao universo dos profissionais de saúde da Instituição hospitalar, o que nos permite uma visão global dos vários grupos profissionais da Instituição. O relatório da WHO (2000) caracteriza este grupo como todos os profissionais cuja atividade tem como objetivo a promoção, proteção e melhoria da saúde de indivíduos ou comunidades. Trata-se assim de um conjunto de indivíduos que possuem características em comum relevantes ou em conformidade com os critérios sobre os quais assenta a investigação (Blaikie, 2000).

De acordo com o procedimento que descrevemos no ponto anterior para a distribuição dos questionários, pretendeu-se estender o estudo de forma a abranger, tanto quanto possível, o objeto de estudo, ou seja o universo dos profissionais de saúde da Instituição hospitalar.

Entre o dia 6 e 24 de junho de 2011 foram distribuídos questionários a todos os funcionários da Instituição que totalizam 192 e foram rececionados até ao dia 30 do mesmo mês, 150 questionários. Destes foram eliminados dois: um por estar totalmente em branco e outro por só ter preenchido a parte inicial da recolha de dados demográficos.

Os restantes questionários foram considerados válidos e constituíram a nossa população que corresponde a 148 profissionais estando, então, nela representados todos os grupos profissionais.

Não foram incluídos neste estudo os profissionais com menos de um ano de atividade na Instituição por considerarmos o período de um ano como o mínimo para se consolidar as perceções sobre os temas da nossa investigação.

Dos critérios de inclusão na população constam ainda, não constituir o Conselho de Administração e aceder a participar livremente no estudo.

De acordo com os objetivos das hipóteses que formulamos para o nosso estudo, procedeu-se à estratificação da população em análise, de acordo com as características que definimos para cada grupo a estudar:

- os profissionais que participaram ativamente no projeto de acreditação e os que não tiveram essa participação;
- os profissionais que foram integrados na Instituição antes do processo de acreditação e os que só foram integrados depois;
- os profissionais clínicos e os não clínicos;
- os profissionais com funções de chefia e sem esse tipo de função.

3 – APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS: ESTATÍSTICA DESCRITIVA

Neste ponto iremos proceder à análise descritiva das variáveis relativas à caracterização da população, dos resultados obtidos relativos à dimensão da acreditação e dos resultados relativos às dimensões da perceção da qualidade dos serviços.

3.1 – Caracterização da população

Os 148 profissionais que constituíram a nossa população representam 77,1% do total de funcionários da Instituição. Esta população tem uma idade média de 44,7 anos (mínima 22 e máxima 74) em que 118 indivíduos são do sexo feminino (79,7 %) e 30 do sexo masculino (20,3%). Como podemos observar pelo quadro 10, a habilitação académica mais frequente desta população é a licenciatura com uma representação de 75 indivíduos (50,7%). Nenhum dos inquiridos referiu ter o Doutoramento como grau académico. O grupo profissional mais representativo é o da enfermagem com 39 indivíduos (26,4%) e o menos representativo com 4 indivíduos (2,7%) é o dos Técnicos superiores de saúde.

Quadro 10 - Habilitações académicas e grupo profissional

| Habilitações | N | % | Grupo profissional | N | % |
|-----------------|------------|------------|------------------------|------------|------------|
| Inferior 9º ano | 20 | 13,5 | Assistente operacional | 37 | 25,0 |
| 9º ano | 28 | 10,1 | Assistente Técnico | 28 | 18,9 |
| 12º ano | 25 | 16,9 | Enfermeiro | 39 | 26,4 |
| Curso Técnico | 3 | 2,0 | Médico | 19 | 12,8 |
| Bacharelato | 4 | 2,7 | TDT | 16 | 10,8 |
| Licenciatura | 75 | 50,7 | Técnico Superior | 5 | 3,4 |
| Mestrado | 6 | 4,7 | Téc. Sup. De saúde | 4 | 2,7 |
| Total | 148 | 100 | Total | 148 | 100 |

Analisamos o vínculo contratual que os profissionais da população mantêm com a Instituição e sistematizamos os resultados no quadro 11. Como seria de prever, por se tratar de um hospital SPA, a maioria dos inquiridos (101; 68,2%), tem com a Instituição um contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado. No entanto é de assinalar que 35 dos inquiridos (23,6%) exerce funções em regime de contrato de trabalho temporário, o que provavelmente poderá dever-se à impossibilidade deste tipo de instituições poderem contratar diretamente novos funcionários pelo congelamento de concursos na função pública e o recurso ao

trabalho temporário se apresentar como a alternativa mais praticável para colmatar eventuais falhas de pessoal reformado ou outro tipo de falhas de efetivos.

Quadro 11 - Tipo de vínculo contratual e tipo de função de chefia

| Vínculo contratual | N | % |
|--|------------|------------|
| Contrato de trabalho por tempo indeterminado em funções públicas | 101 | 68,2 |
| Prestação de serviços | 12 | 8,1 |
| Trabalho temporário | 35 | 23,6 |
| Total | 148 | 100 |
| Função de chefia: tipo | N | % |
| Diretor de Serviço | 3 | 13,1 |
| Responsável de Serviço | 9 | 39,0 |
| Enfermeiro Chefe | 5 | 21,7 |
| Técnico Coordenador | 3 | 13,1 |
| Chefe de secção | 3 | 13,1 |
| Total | 23 | 100 |

No que diz respeito ao exercício de funções de chefia, dos 148 elementos da nossa população, 23 (15,5%) afirmaram terem funções desse âmbito, sendo a função 'responsável de serviço' a mais apontada (9; 39,0%), como se pode verificar pelo quadro 11. Este grupo dos 'responsáveis de serviço' engloba médicos e técnicos superiores, conforme definimos no nosso quadro conceptual.

Através da data em que os inquiridos referiram como tendo iniciado a sua atividade na Instituição, foi possível apurar que a média de anos de serviço na mesma foi de 15,8 anos.

Quando dividimos a amostra em profissionais clínicos (médicos, enfermeiros, TDT, Técnicos superiores de saúde) com um total de 77 elementos (52,0%) e não clínicos (Técnicos superiores, Assistentes operacionais e Assistentes técnicos) com um número igual a 71 (47,9%), verifica-se uma inversão no que diz respeito às habilitações académicas. O grupo dos profissionais clínicos apresenta um nível académico mais elevado do que os não clínicos como, aliás, seria de esperar dada a natureza das funções que exercem.

O número de profissionais que exerciam funções na Instituição antes da conclusão do processo de acreditação em 2005 era de 117 (79,1%) e 31 (20,9%) os que foram integrados depois dessa data.

Estes foram os aspetos mais relevantes que apuramos relativamente à caracterização da população do nosso estudo.

3.2 – Resultados obtidos relativos ao conceito de acreditação

Começamos por avaliar o reconhecimento pelos elementos da população relativamente ao projeto de acreditação implementado na Instituição. Foram 127 (85,8%) os profissionais que reconheceram o KFHQS como o projeto implementado na Instituição, conforme podemos verificar pelo quadro 12. Tal significa que a maioria dos profissionais tem conhecimento da existência deste projeto implementado na Instituição, incluindo elementos que não estavam integrados no período da sua implementação. Tal pode ficar a dever-se ao facto de os processos de comunicação da Instituição incluírem este elemento.

Quadro 12 - Reconhecimento do projeto de acreditação implementado, importância atribuída à acreditação e função no projeto

| Reconhecimento do projeto de acreditação implementado | N | % |
|--|------------|------------|
| KFHQS | 127 | 85,8 |
| ISO | 1 | 0,7 |
| Não sabe | 20 | 13,5 |
| Total | 148 | 100 |
| Importância atribuída à acreditação | N | % |
| Pouca | 3 | 2,0 |
| Média | 39 | 26,4 |
| Elevada | 90 | 60,8 |
| Não sabe | 16 | 10,8 |
| Total | 148 | 100 |
| Função no Projeto | N | % |
| Comissões de ética, humanização, risco e segurança | 4 | 7,6 |
| Coordenação do Projeto no Serviço | 6 | 11,3 |
| Elaboração de manuais do Serviço | 8 | 15,1 |
| Elaboração de normas e procedimentos | 13 | 24,5 |
| Formação | 1 | 1,9 |
| Gestor de risco | 3 | 5,7 |
| Grupo coordenador do projeto | 3 | 5,7 |
| Participação nas auditorias | 2 | 3,8 |
| Processo Clínico | 4 | 7,6 |
| Secretariado do projeto | 3 | 5,7 |
| Não respondeu | 6 | 11,3 |
| Total | 53 | 100 |

Verificou-se que a maioria dos profissionais atribuíram uma importância 'elevada' à acreditação como instrumento de melhoria da qualidade dos serviços, com uma frequência de 90 (60,8%), enquanto apenas 3 (2,0%) lhe atribuíram pouca importância, como se pode verificar pelo quadro 12.

Quanto aos profissionais que participaram ativamente no projeto foram apurados 45 (30,4%) e 103 (69,6%) que referiram não ter participado de forma ativa no mesmo. Contudo a estes 103, teremos que excluir os 31 que só foram integrados na

Instituição depois da acreditação. Ficam, então 72 (46,6%) que correspondem efetivamente aos que não participaram ativamente no projeto. Das funções referidas pelos que participaram no processo, a função que teve maior frequência (13: 24,53%) foi 'Elaboração de normas e procedimentos' conforme se pode verificar no quadro 12. De referir que muitos dos participantes indicaram mais do que uma função no projeto, daí que o numero total de 53 funções discriminadas seja superior aos 45 participantes.

3.3 - Resultados relativos ao conceito de percepção da qualidade

Partindo da revisão da literatura que fundamentou o nosso quadro teórico e que nos conduziu à definição do conceito de percepção da qualidade a que fazemos referência nos pontos 2.3 e 2.5 do nosso estudo de caso, entendemos avaliar este conceito estruturando os seus diferentes itens de acordo com três dimensões distintas de variáveis:

- 1- A identificação do grau de implementação de processos da melhoria contínua da qualidade na Instituição: com nove itens em que cada um deles, segundo a revisão da literatura (Carapeto e Fonseca, 2006; Jardali *et al*, 2008; Lopes, 2007; Montagu, 2003; Saturno, 1999), constitui um instrumento ou um meio válido para a implementação da melhoria continua;
- 2- A identificação do grau de implementação dos princípios da qualidade na Instituição: com nove itens que se traduzem no fundo em princípios da qualidade definidos em todos os conceitos de TQM e nos modelos de excelência, como por exemplo liderança, orientação para o cliente, orientação para o pessoal, aprendizagem e inovação, gestão de processos e de recursos;
- 3- A identificação do grau de melhoria dos resultados da qualidade obtidos na Instituição: com treze itens com que pretendemos avaliar não só os resultados para o paciente e profissionais, como também para a Instituição como entidade prestadora de serviços e gestora de recursos.

3.3.1 - Identificação de processos de melhoria da qualidade

No que concerne à identificação dos processos de melhoria da qualidade foi identificado como 'totalmente implementado', o tratamento de sugestões, satisfação e queixas dos doentes, com uma frequência Modal de 38 profissionais (25,7%). Quatro dos itens desta dimensão foram identificados maioritariamente como 'bastante implementados' e nos restantes quatro, os inquiridos optaram pelo indicador 'não sei'. Nestes casos, procurando o próximo indicador com maior frequência, dois dos itens

seriam avaliados como 'bastante implementados', um como 'mediamente implementado' e o item de tratamento e sugestões dos profissionais como 'nenhuma implementação'.

No quadro 13 apresentamos uma sistematização das frequências dos indicadores apontados pelos inquiridos relativamente a cada item desta dimensão.

Quadro 13 - Identificação do grau de implementação de processos de melhoria contínua da qualidade

| Implementação de processos da qualidade | Nenhuma | | Pouca | | Média | | Bastante | | Total | | Não sei | | N |
|--|---------|------|-------|------|-------|------|----------|------|-------|------|---------|------|-----|
| | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | |
| Comissão da Qualidade | 15 | 10,1 | 10 | 6,8 | 22 | 14,9 | 43 | 29,1 | 16 | 10,8 | 42 | 28,4 | 148 |
| Com. de gestão de risco | 2 | 1,4 | 7 | 4,7 | 33 | 22,3 | 47 | 31,8 | 32 | 21,6 | 27 | 18,2 | |
| Com. controlo de infeção hospitalar | 1 | 0,7 | 8 | 5,4 | 16 | 10,8 | 53 | 35,8 | 50 | 33,8 | 20 | 13,5 | |
| Comissão de ética | 2 | 1,4 | 17 | 11,5 | 32 | 21,6 | 34 | 23,0 | 15 | 10,1 | 48 | 32,4 | |
| Comissão de humanização | 5 | 3,4 | 12 | 8,1 | 23 | 15,5 | 44 | 29,7 | 16 | 10,8 | 48 | 32,4 | |
| Avaliação de desempenho aos funcionários | 1 | 0,7 | 11 | 7,4 | 40 | 27,0 | 42 | 28,4 | 30 | 20,3 | 24 | 16,2 | |
| QUAR | 15 | 10,1 | 4 | 2,7 | 23 | 15,5 | 16 | 10,8 | 6 | 4,1 | 84 | 56,8 | |
| Tratamento de sug. e queixas dos utentes | 2 | 1,4 | 5 | 3,4 | 31 | 20,9 | 35 | 23,6 | 38 | 25,7 | 37 | 25,0 | |
| Tratamento de sug. e queixas dos profissionais | 27 | 18,2 | 13 | 8,8 | 21 | 14,2 | 15 | 10,1 | 12 | 8,1 | 60 | 40,5 | |

Legenda: **Moda**; **Moda** em caso de desvalorização do indicador 'não sei'

Perante estes resultados podemos verificar que, relativamente aos itens desta dimensão da percepção da qualidade, a avaliação dos profissionais é, de um modo geral, positiva. Especificamente sobre estas questões foram feitas tentativas de apurar em que medida estão estes processos de melhoria contínua da qualidade efetivamente implementados na Instituição, através de entrevista a um dos membros do Conselho de Administração, com o objetivo de estabelecer uma comparação paradigmática entre os resultados obtidos e a realidade. No entanto, até ao momento da finalização deste trabalho, não foi possível concretizar este objetivo.

3.3.2 - Identificação da existência dos princípios da qualidade

As distribuições das frequências para os itens relativos aos princípios da qualidade dividem-se metade com os dois indicadores 'média implementação' e

'bastante implementação', e outra metade com o indicador 'Não sei'. Tal como fizemos para a dimensão anterior, procurando o próximo indicador com maior frequência e percentagem não considerando o 'não sei', verificamos que as distribuições passariam a posicionar-se entre os indicadores 'média implementação' e 'bastante implementação'. Estes resultados permitem-nos verificar que, relativamente aos itens desta dimensão, a perceção global pelos profissionais continua a ser positiva, embora com uma ligeira prevalência da 'média implementação'. No quadro 14 apresentamos uma sistematização das frequências dos indicadores apontados pelos inquiridos relativamente a cada item desta dimensão.

Quadro 14 - Identificação do grau de implementação de princípios da qualidade

| Implementação de princípios da qualidade | Nenhuma | | Pouca | | Média | | Bastante | | Total | | Não sei | | N |
|---|---------|-----|-------|------|-------|------|----------|------|-------|------|---------|------|-----|
| | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | |
| Gestão envolvida na melhoria da qualidade | 10 | 6,8 | 16 | 10,8 | 38 | 25,7 | 29 | 19,6 | 11 | 7,4 | 44 | 29,7 | 148 |
| Resposta às necessidades dos utentes | 1 | 0,7 | 7 | 4,7 | 41 | 27,7 | 51 | 34,5 | 14 | 9,5 | 34 | 23,0 | |
| Reconhecimento do potencial dos profissionais | 11 | 7,4 | 29 | 19,6 | 39 | 26,4 | 31 | 20,9 | 10 | 6,8 | 28 | 18,9 | |
| Formação e desenvolvimento dos profissionais | 5 | 3,4 | 19 | 12,8 | 40 | 27,0 | 42 | 28,4 | 26 | 17,6 | 16 | 10,8 | |
| Gestão eficiente Rec. financeiros | 6 | 4,1 | 13 | 8,8 | 35 | 23,6 | 37 | 25,0 | 16 | 10,8 | 41 | 27,7 | |
| Gestão eficiente Rec. materiais | 4 | 2,7 | 20 | 13,5 | 30 | 20,3 | 38 | 25,7 | 14 | 9,5 | 42 | 28,4 | |
| Gestão eficiente Rec. informação | 9 | 6,1 | 25 | 16,9 | 33 | 22,3 | 32 | 21,6 | 13 | 8,8 | 36 | 24,3 | |
| Gestão eficiente Rec. humanos | 9 | 6,1 | 24 | 16,2 | 40 | 27,0 | 34 | 23,0 | 12 | 8,1 | 29 | 19,6 | |
| Utilização adequada de procedimentos | 5 | 3,4 | 22 | 14,9 | 42 | 28,4 | 37 | 25,0 | 16 | 10,8 | 26 | 17,6 | |

Legenda: **Moda**; **Moda** em caso de desvalorização do indicador 'não sei'

3.3.3 - Identificação de melhoria dos resultados da qualidade

A análise da dimensão melhoria dos resultados da qualidade revela que dez dos seus itens apresentam uma distribuição Modal no indicador 'bastante implementado'. Dois itens apresentam uma distribuição Modal para o indicador 'média implementação'. Verifica-se apenas uma distribuição Modal, de 43 (29,1%) relativamente ao indicador 'não sei' para o item da melhoria da interação na prestação

entre diferentes instituições da saúde. Tal como nas dimensões anteriores se não tivermos em conta este indicador e se procurarmos o próximo indicador com maior frequência para este item, o indicador encontrado seria o 'bastante implementado'. Na análise global desta dimensão podemos verificar que os profissionais têm uma percepção bastante positiva dos resultados da melhoria da qualidade, manifestando o que provavelmente poderemos considerar como maior segurança na avaliação desta dimensão do que nas anteriores, reforçada também pela menor utilização da opção 'não sei'. No quadro 15 apresentamos uma sistematização das frequências dos indicadores apontados pelos inquiridos relativamente a cada item desta dimensão.

Quadro 15 - Identificação do grau de melhoria dos resultados da qualidade

| Melhoria dos resultados | Nenhuma | | Pouca | | Média | | Bastante | | Total | | Não sei | | N |
|---|---------|-----|-------|------|-------|------|----------|------|-------|------|---------|------|-----|
| | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % | |
| Da qualidade dos cuidados | 2 | 1,4 | 3 | 2,0 | 32 | 21,6 | 62 | 41,9 | 26 | 17,6 | 23 | 15,5 | 148 |
| Da saúde dos Pacientes pelos cuidados recebidos | 1 | 0,7 | 5 | 3,4 | 27 | 18,2 | 68 | 45,9 | 17 | 11,5 | 30 | 20,3 | |
| Da interação entre profissionais e pacientes | 2 | 1,4 | 5 | 3,4 | 30 | 20,3 | 55 | 37,2 | 27 | 18,2 | 29 | 19,6 | |
| Da interação entre gestores e profissionais | 12 | 8,1 | 20 | 13,5 | 46 | 31,1 | 31 | 20,9 | 11 | 7,4 | 28 | 18,9 | |
| Da interação entre os serviços da Instituição | 3 | 2,0 | 11 | 7,4 | 46 | 41,1 | 50 | 33,8 | 12 | 8,1 | 26 | 17,6 | |
| Da interação entre diferentes Instituições | 3 | 2,0 | 20 | 13,5 | 37 | 25,0 | 39 | 26,4 | 6 | 4,1 | 43 | 29,1 | |
| Dos meios compl. de diag. e terap (MCDT) | 1 | 0,7 | 9 | 6,1 | 33 | 22,3 | 51 | 34,5 | 24 | 16,2 | 30 | 20,3 | |
| Da eficácia | 1 | 0,7 | 6 | 4,1 | 42 | 28,4 | 44 | 29,7 | 12 | 8,1 | 43 | 29,1 | |
| Da eficiência | 1 | 0,7 | 12 | 8,1 | 48 | 32,4 | 30 | 20,3 | 10 | 6,8 | 47 | 31,8 | |
| Da diminuição dos riscos para os pacientes | 1 | 0,7 | 4 | 2,7 | 33 | 22,3 | 50 | 33,8 | 30 | 20,3 | 30 | 20,3 | |
| Da diminuição dos riscos para os profissionais | 1 | 0,7 | 11 | 7,4 | 36 | 24,3 | 44 | 29,7 | 28 | 18,9 | 28 | 18,9 | |
| Do acesso | 1 | 0,7 | 7 | 4,7 | 43 | 29,1 | 54 | 36,5 | 12 | 8,1 | 31 | 20,9 | |
| Da Equidade - | 1 | 0,7 | 6 | 4,1 | 44 | 29,7 | 51 | 34,5 | 10 | 6,8 | 36 | 24,3 | |

Legenda: **Moda**; **Moda** em caso de desvalorização do indicador 'não sei'

Como podemos verificar, ao descrevermos a análise dos resultados globais destas três dimensões que compõem o conceito de percepção da qualidade dos serviços, um número significativo de respondentes optou pelo indicador 'não sei'. Das 4588 respostas possíveis a este conjunto de questões, 1110 (24,2%), correspondem à opção 'não sei', o que é aproximadamente ¼ das respostas. Este facto poderá ser explicado por um conjunto de motivos que vão desde o verdadeiro desconhecimento relativamente à questão proposta, ou pela falta de motivação em responder afirmativamente às questões, ou por ser a opção mais fácil e não dar muito que pensar, ou ainda por receio dos respondentes serem identificados.

3.4 Características psicométricas das variáveis em estudo

Para podermos avançar com os testes necessários para a realização do estudo das hipóteses que formulamos, torna-se necessário verificar alguns pressupostos relativamente às dimensões e aos itens que as integram, de modo a obtermos fidelidade no que de facto pretendemos avaliar.

Para o efeito foi realizado o estudo da consistência interna, pela determinação do coeficiente de *Alfa de Cronbach* das várias dimensões. Segundo Pestana e Gageiro (2008), uma boa consistência interna deve exceder um α de 0,80, sendo aceitáveis valores acima de 0,60 quando as escalas têm um número baixo de itens.

O quadro 16 mostra a fidelidade avaliada através do coeficiente *Alfa de Cronbach* para a variável Processos da melhoria contínua da qualidade.

Quadro 16 – Coeficientes de consistência interna (*Alfa de Cronbach*) da dimensão Processos da melhoria contínua da qualidade

| ITEM | M | DP | α de Cronbach sem o item |
|---|------|------|---------------------------------|
| Comissão da qualidade | 3,45 | 1,26 | 0,830 |
| Comissão de gestão do risco | 3,77 | 0,93 | 0,798 |
| Comissão de controlo de infeção hospitalar | 4,14 | 0,76 | 0,822 |
| Comissão de ética | 3,48 | 0,87 | 0,829 |
| Comissão de humanização | 3,41 | 1,12 | 0,828 |
| Avaliação de desempenho aos funcionários | 3,73 | 0,87 | 0,836 |
| Processo de avaliação dos serviços através do Quadro de Avaliação de Responsabilidades (QUAR) | 2,86 | 1,19 | 0,827 |
| Tratamento de sugestões, satisfação e queixas dos utentes | 3,86 | 0,82 | 0,810 |
| Tratamento de sugestões e satisfação dos profissionais | 2,75 | 1,27 | 0,821 |
| α de Cronbach total para os 9 itens =0,840 | | | |

De acordo com os critérios referidos por Pestana e Gageiro (2008) a maioria dos valores são bons (de 0,810 a 0,836 para os itens e 0,840 para o total da dimensão) com a exceção do item 'comissão de gestão do risco' que é razoável (0,798).

Os valores do coeficiente *Alfa de Cronbach* para a dimensão Princípios da qualidade estão entre 0,931 e 0,949 para os itens e é de 0,943 para o total da dimensão (quadro 17). De acordo com os critérios referidos por Pestana e Gageiro (2008), estes valores são todos muito bons por serem superiores a 0,9, o que significa que esta dimensão tem muita boa consistência interna dos itens.

Quadro 17 - Coeficientes de consistência interna (*Alfa de Cronbach*) da dimensão Princípios da Qualidade

| ITEM | M | DP | α de Cronbach sem o item |
|---|------|------|---------------------------------|
| Envolvimento da gestão de topo com o planeamento da política de melhoria contínua da qualidade da Instituição | 3,18 | 1,06 | 0,938 |
| Resposta da Instituição às necessidades, direitos, solicitações, expectativas e satisfação dos seus clientes/utentes | 3,61 | 0,70 | 0,949 |
| A gestão de topo reconhece o potencial dos seus profissionais utilizando as suas capacidades para a melhoria dos serviços | 3,26 | 0,96 | 0,933 |
| A Instituição promove e facilita formação aos profissionais centrada nas necessidades de desenvolvimento e inovação | 3,65 | 0,99 | 0,937 |
| A Instituição pratica uma política de gestão de recursos financeiros, que resulta na melhoria dos resultados e diminuição dos gastos | 3,44 | 1,00 | 0,937 |
| A Instituição pratica uma política de gestão de recursos materiais que resulta na melhoria dos resultados e diminuição dos gastos | 3,40 | 1,02 | 0,931 |
| A Instituição pratica uma política de gestão de recursos de informação e comunicação que resulta na melhoria dos resultados e diminuição dos gastos | 3,21 | 1,05 | 0,933 |
| A Instituição pratica uma política de gestão de recursos humanos que resulta na melhoria dos resultados e diminuição dos gastos | 3,31 | 0,96 | 0,934 |
| A Instituição promove a utilização adequada de procedimentos que conduzem a melhorias das práticas | 3,35 | 1,00 | 0,933 |
| α de Cronbach total para os 9 itens =0,943 | | | |

No que diz respeito à dimensão da Melhoria dos resultados da qualidade verificou-se o mesmo que na dimensão anterior, ou seja, os valores do coeficiente *Alfa de Cronbach* para esta dimensão estão entre 0,945 e 0,950 para os itens e é de 0,951 para o total da dimensão. Segundo os critérios que referimos anteriormente, estes valores são todos muito bons por serem superiores a 0,9, o que revela que esta dimensão tem muita boa consistência interna dos itens (quadro 18).

Estes valores demonstram um dos pressupostos para que qualquer medição seja precisa que é a fidelidade, o que significa que "...a sua repetição nas mesmas condições e com os mesmos respondentes, os resultados obtidos seriam os mesmos" (Lopes 2007: 64).

Quadro 18 - Coeficientes de consistência interna (*Alfa de Cronbach*) da dimensão Melhoria dos resultados da qualidade

| ITEM | M | DP | α de Cronbach sem o item |
|---|------|------|---------------------------------|
| Da qualidade dos cuidados | 3,83 | 0,83 | 0,948 |
| Do estado de saúde dos pacientes atribuíveis aos cuidados recebidos | 3,79 | 0,69 | 0,949 |
| Da interação entre profissionais e pacientes | 3,73 | 0,88 | 0,948 |
| Da interação entre gestores e profissionais | 3,06 | 1,04 | 0,950 |
| Da interação entre os diferentes Serviços da Instituição | 3,38 | 0,86 | 0,945 |
| Da gestão e interação na prestação de cuidados entre diferentes Instituições de saúde | 3,18 | 0,85 | 0,948 |
| Da qualidade dos meios complementares de diagnóstico | 3,67 | 0,89 | 0,947 |
| Da eficácia: obtenção dos efeitos desejados face aos recursos utilizados | 3,61 | 0,79 | 0,945 |
| Da eficiência: minimização dos custos sem prejuízo dos cuidados prestados | 3,32 | 0,89 | 0,947 |
| Da diminuição dos riscos para os pacientes | 3,79 | 0,82 | 0,947 |
| Da diminuição dos riscos para os profissionais | 3,58 | 0,93 | 0,945 |
| Do acesso: obtenção de cuidados com qualidade adequados às necessidades da população | 3,54 | 0,71 | 0,947 |
| Da equidade: prestação de cuidados de acordo com a capacidade dos pacientes beneficiarem deles ou das suas necessidades específicas | 3,56 | 0,73 | 0,946 |
| α de Cronbach total para os 13 itens =0,951 | | | |

4 - VERIFICAÇÃO DAS HIPÓTESES: ESTATÍSTICA INFERENCIAL

Para efetuar esta análise optou-se pelo teste paramétrico *t-Student* para comparação de médias de duas amostras independentes relativamente à variável que se pretende explicar e que no nosso caso se trata da Perceção da Qualidade pelos profissionais relativamente aos serviços. Passamos de seguida a analisar os resultados referentes a cada uma das quatro hipóteses que formulamos.

H1: Há diferenças significativas na perceção da qualidade dos serviços entre os profissionais que participaram ativamente e os que não participaram no projeto de acreditação

O quadro 19 evidencia que os profissionais que participaram ativamente no projeto da acreditação, têm em média, uma perceção menos positiva da qualidade dos serviços do que o grupo dos profissionais que não participaram ativamente no projeto.

Quadro 19 – Médias e desvios padrões das dimensões da Perceção da Qualidade relativamente aos participantes no projeto de acreditação e aos não participantes e resultados do teste *t-Student* para grupos independentes

| Perceção da Qualidade | Participantes | | | Não participantes | | | t | p |
|---------------------------------------|---------------|-------------|-------------|-------------------|-------------|-------------|---------------|--------------|
| | N | M | DP | N | M | DP | | |
| Dos processos de melhoria contínua | 45 | 3,17 | 0,94 | 93 | 3,71 | 0,78 | -3,558 | 0,001 |
| Dos princípios da qualidade | 44 | 2,99 | 0,85 | 92 | 3,36 | 0,90 | -2,243 | 0,027 |
| Da melhoria dos resultados | 44 | 3,44 | 0,78 | 90 | 3,69 | 0,65 | -1,921 | 0,057 |
| Do conjunto das três dimensões | 45 | 3,25 | 0,74 | 97 | 3,60 | 0,69 | -2,691 | 0,008 |

Na dimensão dos processos de melhoria contínua da qualidade constata-se que, em média, os profissionais que participaram ativamente no projeto de acreditação, percecionam menos implementação destes processos na Instituição (M=3,17; DP=0,94) do que os profissionais que não tiveram essa participação (M=3,71; DP=0,78). Esta diferença é estatisticamente altamente significativa ($t=-3,558$; $p=0,001 \leq 0,001$).

Relativamente à dimensão dos princípios da qualidade verifica-se que, em média, os profissionais que participaram ativamente no projeto de acreditação, percecionam menos implementação destes princípios na Instituição (M=2,99; DP=0,85) do que os profissionais que não tiveram participação no projeto (M=3,36; DP=0,90). Esta diferença é estatisticamente significativa ($t=-2,243$; $p=0,027 < 0,05$).

Quanto à dimensão da melhoria dos resultados, esta revela que, em média, os profissionais que participaram ativamente no projeto de creditação, percebem menos implementação de melhorias da qualidade dos resultados na Instituição (M=3,44; DP=0,78) do que os profissionais que não tiveram participação no projeto (M=3,69; DP=0,65). No entanto, estatisticamente, esta diferença não é significativa ($t=-2,691$; $p=0,0579 >0,05$).

Analisando os resultados que englobam as três dimensões da percepção da qualidade, verificamos que, em média, os profissionais que participaram ativamente no projeto de acreditação, percebem menos implementação de requisitos da qualidade na Instituição (M=3,25; DP=0,74) do que os profissionais que não tiveram participação no projeto (M=3,60; DP=0,69). Esta diferença global é estatisticamente muito significativa ($t=-2,691$; $p=0,008 \leq 0,01$).

No que diz respeito à dimensão percebida como mais implementada, esta é diferente para cada um dos grupos (participantes no projeto e não participantes). No caso dos que participaram no projeto é a dimensão da melhoria dos resultados que tem a média mais elevada (M=3,44), enquanto para os profissionais que não participaram no projeto, é a dimensão dos processos de melhoria contínua que apresenta média mais elevada (M=3,71). A dimensão com médias mais baixas é a mesma para os dois grupos: implementação de princípios da qualidade na Instituição.

Pelos valores do nível de significância pode afirmar-se que a hipótese nula (H_0 = não existem diferenças significativas na percepção da qualidade dos serviços entre os profissionais que participaram ativamente e os que não participaram no projeto de acreditação) é rejeitada para as dimensões da implementação dos processos de melhoria contínua e dos princípios da qualidade, mas aceita-se a H_0 para a dimensão da implementação de melhorias nos resultados da qualidade.

H2: Há diferenças significativas na percepção da qualidade dos serviços entre os profissionais integrados na Instituição antes e depois do processo de acreditação.

Pelo quadro 20 podemos verificar, pelos valores referentes à análise global das três dimensões, que os profissionais integrados na Instituição antes do processo de acreditação têm, em média, uma percepção mais positiva da qualidade dos serviços, do que o grupo de profissionais que foi integrado na Instituição posteriormente ao processo de acreditação.

Relativamente à dimensão dos processos de melhoria contínua da qualidade, constata-se que, em média, os profissionais integrados na Instituição antes do processo de acreditação, percebem maior implementação dos processos de melhoria contínua

da qualidade (M=3,55; DP=0,86), do que o grupo de profissionais que foi integrado na Instituição posteriormente a este processo (M=3,48; DP=0,93). No entanto, esta diferença não é estatisticamente significativa ($t=0,348$; $p=0,728 > 0,05$).

Quadro 20 – Médias e desvios padrões das dimensões da Percepção da Qualidade relativamente aos profissionais integrados na Instituição antes ou depois do processo de acreditação e resultados do teste *t-Student* para grupos independentes

| Percepção da Qualidade | Integrados antes | | | Integrados depois | | | t | p |
|---------------------------------------|------------------|-------------|-------------|-------------------|-------------|-------------|--------------|--------------|
| | N | M | DP | N | M | DP | | |
| Dos processos de melhoria contínua | 110 | 3,55 | 0,86 | 28 | 3,48 | 0,93 | 0,348 | 0,728 |
| Dos princípios da qualidade | 108 | 3,28 | 0,91 | 28 | 3,11 | 0,87 | 0,873 | 0,384 |
| Da melhoria dos resultados | 107 | 3,58 | 0,74 | 27 | 3,72 | 0,53 | -0,923 | 0,358 |
| Do conjunto das três dimensões | 113 | 3,50 | 0,73 | 29 | 3,45 | 0,69 | 0,304 | 0,761 |

Na dimensão dos princípios da qualidade verifica-se que, em média, os profissionais integrados na Instituição antes do processo da acreditação, percecionam mais implementação dos processos de melhoria contínua da qualidade (M=3,28; DP=0,91), do que o grupo de profissionais que foi integrado na Instituição posteriormente a este processo (M=3,11; DP=0,87). Esta diferença também não é estatisticamente significativa ($t=0,873$; $p=0,384 > 0,05$).

Quanto à dimensão da melhoria dos resultados, esta revela que, em média, os profissionais integrados na Instituição antes do processo da acreditação, percecionam menos implementação dos processos de melhoria contínua da qualidade (M=3,58; DP=0,74), do que o grupo de profissionais que foi integrado na Instituição posteriormente a este processo (M=3,72; DP=0,53). Estatisticamente esta diferença não é significativa ($t=-0,923$; $p=0,358 > 0,05$).

Analisando os resultados que englobam as três dimensões da percepção da qualidade, verificamos que, em média, os profissionais integrados na Instituição antes do processo da acreditação, percecionam mais implementação dos processos de melhoria contínua da qualidade (M=3,50; DP=0,73), do que o grupo de profissionais que foi integrado na Instituição posteriormente a este processo (M=3,45; DP=0,69). Esta diferença global não é estatisticamente significativa ($t=0,304$; $p=0,761 > 0,05$).

A dimensão com médias mais elevadas, no caso destes dois grupos (integrados antes ou depois do processo de acreditação), é a mesma: melhoria da qualidade dos resultados. Tal como se verificou na hipótese anterior, a dimensão com médias mais baixas é a mesma para estes dois grupos e para os grupos da hipótese anterior: implementação de princípios a qualidade na Instituição.

Pelos valores do nível de significância que observamos, pode afirmar-se que a hipótese nula (H_0 = não existem diferenças significativas na percepção da qualidade dos serviços entre os profissionais integrados na Instituição antes e depois do processo de acreditação) não é rejeitada para a totalidade das dimensões da percepção da qualidade.

H3: Há diferenças significativas na percepção da qualidade dos serviços entre os profissionais clínicos e os não clínicos.

O quadro 21 mostra, pelo conjunto dos valores referentes à análise global das três dimensões, que os profissionais clínicos têm, em média, uma percepção menos positiva da qualidade dos serviços, do que o grupo de profissionais não clínicos.

Quadro 21 – Médias e desvios padrões das dimensões da Percepção da Qualidade relativamente aos profissionais clínicos e não clínicos e resultado do teste *t-Student* para grupos independentes

| Percepção da Qualidade | Clínicos | | | Não clínicos | | | t | p |
|---------------------------------------|-----------|-------------|-------------|--------------|-------------|-------------|---------------|--------------|
| | N | M | DP | N | M | DP | | |
| Dos processos de melhoria contínua | 73 | 3,54 | 0,89 | 65 | 3,53 | 0,85 | 0,046 | 0,963 |
| Dos princípios da qualidade | 71 | 3,13 | 0,78 | 65 | 3,36 | 1,00 | -1,526 | 0,130 |
| Da melhoria dos resultados | 70 | 3,64 | 0,59 | 64 | 3,58 | 0,81 | 0,462 | 0,645 |
| Do conjunto das três dimensões | 73 | 3,46 | 0,63 | 69 | 3,51 | 0,81 | -0,412 | 0,681 |

Na dimensão dos processos de melhoria contínua da qualidade verifica-se que, em média, os profissionais clínicos têm uma percepção da sua implementação na Instituição ligeiramente superior ($M=3,54$; $DP=0,89$) à dos profissionais não clínicos ($M=3,53$; $DP=0,85$). Esta diferença não é estatisticamente significativa ($t=0,046$; $p=0,963 >0,05$).

Relativamente à dimensão dos princípios da qualidade verifica-se que, em média, os profissionais clínicos têm uma percepção da sua implementação na Instituição, inferior ($M=3,13$; $DP=0,78$) à dos profissionais não clínicos ($M=3,36$; $DP=1,00$). Esta diferença também não é estatisticamente significativa ($t=-1,526$; $p=0,130 >0,05$).

Quanto à dimensão dos processos de melhoria contínua da qualidade, constata-se que, em média, os profissionais clínicos têm uma percepção da sua implementação na Instituição, superior ($M=3,64$; $DP=0,59$) à dos profissionais não clínicos ($M=3,58$; $DP=0,81$). Tal como nas dimensões anteriores a diferença não é estatisticamente significativa ($t=0,462$; $p=0,645 >0,05$).

Na análise global das três dimensões da percepção da qualidade, relativamente a estes dois grupos independentes, verificamos que, em média, os profissionais clínicos

têm uma percepção inferior da sua implementação na Instituição (M=3,46; DP=0,63) relativamente à dos profissionais não clínicos (M=3,51; DP=0,81). O resultado global das diferenças não é estatisticamente significativa ($t=-0,412$; $p=0,681 >0,05$).

A dimensão da melhoria da qualidade dos resultados volta a ser a mais percecionada como implementada na Instituição, simultaneamente também para estes dois grupos (profissionais clínicos e não clínicos). Mais uma vez, á semelhança do que se verificou nas hipóteses anteriores, a dimensão com médias mais baixas é a mesma para os dois grupos: implementação de princípios a qualidade na Instituição.

Pelos valores do nível de significância que observamos, pode afirmar-se que a hipótese nula (H_0 = não existem diferenças significativas na percepção da qualidade dos serviços entre os profissionais clínicos e não clínicos) não é rejeitada para a totalidade das dimensões da percepção da qualidade.

H4: Há diferenças significativas na percepção da qualidade dos serviços entre os profissionais com e sem funções de chefia.

O quadro 22 evidencia que os profissionais com funções de chefia têm, em média, uma percepção menos positiva da qualidade dos serviços do que o grupo dos profissionais sem funções de chefia.

Quadro 22 – Médias e desvios padrões das dimensões da Percepção da Qualidade relativamente aos profissionais com e sem funções de chefia e resultado do teste *t-Student* para grupos independentes

| Percepção da Qualidade | C/ função de chefia | | | S/ função de chefia | | | t | p |
|---------------------------------------|---------------------|-------------|-------------|---------------------|-------------|-------------|---------------|--------------|
| | N | M | DP | N | M | DP | | |
| Dos processos de melhoria contínua | 23 | 3,17 | 0,91 | 115 | 3,61 | 0,85 | -2,223 | 0,028 |
| Dos princípios da qualidade | 23 | 2,99 | 0,96 | 113 | 3,29 | 0,88 | -1,484 | 0,140 |
| Da melhoria dos resultados | 22 | 3,53 | 0,61 | 112 | 3,62 | 0,72 | -0,596 | 0,553 |
| Do conjunto das três dimensões | 23 | 3,26 | 0,73 | 119 | 3,53 | 0,71 | -1,664 | 0,098 |

Verifica-se que as médias são mais baixas para o grupo dos profissionais com funções de chefia em todas as dimensões da percepção da qualidade, relativamente ao grupo sem funções de chefia.

Também para esta hipótese, a dimensão com médias mais altas é a mesma para os dois grupos em estudo (profissionais com e sem funções de chefia): melhoria da qualidade dos resultados. A dimensão com médias mais baixas também é a mesma para os dois grupos: implementação de princípios da qualidade na Instituição.

Pelos valores dos níveis de significância pode afirmar-se que a hipótese nula (H_0 = não existem diferenças significativas na percepção da qualidade dos serviços entre os profissionais com e sem funções de chefia) não é rejeitada para as dimensão da implementação de princípios da qualidade na Instituição e da melhoria dos resultados, mas rejeita-se a H_0 para a implementação dos processos de melhoria contínua, por esta apresentar uma diferença significativa com os seguintes níveis de significância ($t=-2,223$; $p=0,028 < 0,05$).

5 – ANÁLISE DE CONTEÚDO SOBRE OBSTÁCULOS À QUALIDADE

Foi solicitado aos profissionais na última questão do inquérito, que identificassem obstáculos à qualidade que verificassem existir na Instituição. Tratou-se de uma questão aberta e facultativa em que dos 148 inquiridos, 42 (28,4%) identificaram, muitas vezes mais do que uma situação de problemas que interferem na qualidade. As questões abertas têm a vantagem de serem mais ricas em informação permitindo ao inquirido uma análise mais aprofundada do que lhe é sugerido.

Estas respostas foram sujeitas a uma análise de conteúdo e foram agrupadas em quatro diferentes dimensões. Para as três primeiras optou-se por utilizar as dimensões da triologia de Donabedian, Estrutura – Processo – Resultados, a que nos referimos no ponto 2.2 do nosso quadro teórico. A quarta, risco – segurança – higiene, foi criada tendo em conta a especificidade do contexto dos problemas apresentados.

Desta forma os resultados obtidos foram sistematizados de acordo com as dimensões que apresentamos no quadro 23.

Quadro 23 - Análise de conteúdo relativa aos problemas de qualidade

| DIMENSÕES | | Frequência |
|--|---------------------------------|-------------------|
| ESTRUTURA – Problemas com o que existe | | 41 |
| Recursos materiais | Infraestruturas | 4 |
| | Equipamentos | 2 |
| Recursos humanos | Qualificações | 2 |
| | Número | 3 |
| Características organizacionais | Dos profissionais | 11 |
| | Gestão dos recursos financeiros | 9 |
| | Gestão de recursos materiais | 5 |
| | Gestão de processos | 5 |
| PROCESSO – problemas com o que se faz | | 37 |
| Atendimento aos doentes | Qualidade no atendimento | 14 |
| | Integração/admissão/alta | 3 |
| | Informação ao doente | 2 |
| Diagnóstico | Marcação de consultas | 8 |
| | Marcação de exames | 3 |
| Reabilitação | Realização de cirurgias | 3 |
| | Outros tratamentos | 2 |
| Manutenção de equipamentos | | 2 |
| RESULTADOS – problemas com o que acontece ao doente | | 7 |
| Recuperação | | 5 |
| Satisfação | | 2 |
| RISCO – SEGURANÇA - HIGIENE | | 6 |
| Risco | | 2 |
| Segurança | | 2 |
| Higiene | | 2 |

Alguns dos problemas apresentados continham simultaneamente a causa e o efeito, o que está de acordo com o que Donabedian (2003) defende relativamente à

não existência de fronteiras defendidas entre estas três dimensões e à sua relação de causa efeito.

Da análise da sistematização do conteúdo relativa aos problemas que interferem na qualidade apontados pelos respondentes, têm um relevo especial os problemas da Estrutura (relativamente ao que existe) com um total de 41 problemas apontados e os problemas do Processo (relativamente ao que se faz) com um total de 37 problemas apontados. Curiosamente, da dinâmica deste processo de causa efeito, resultou em apenas 7 casos concretos de maus resultados para o doente.

Debruçando-nos um pouco sobre os problemas mais significativos da **Estrutura**, onde constatamos a identificação de obstáculos a vários níveis. No que concerne às características organizacionais dos profissionais, foram apontados os seguintes problemas: "má rentabilização de alguns profissionais"; "má gestão de MCDT por parte dos médicos"; "mudança constante de elementos nos serviços"; "falta de integração dos novos profissionais nos serviços"; "médicos com número demasiado elevado de consultas"; "má gestão da marcação de cirurgias por conflitos entre os médicos"; "sobrecarga burocrática afeta disponibilidade dos clínicos". Em relação à gestão de recursos financeiros identificaram-se os seguintes aspetos: "má rentabilização dos recursos financeiros"; "duplicação de custos em MCDT"; "elevação de custos por desperdício de meios"; "aumento de custos na recuperação tardia de doentes"; "falta de controlo nas despesas por *outsourcing*", "pagamento de horas acrescidas a profissionais que passam mais horas fora da Instituição do que a produzir dentro dela". No que diz respeito à gestão de recursos materiais foram apurados os seguintes problemas: "mau aproveitamento de recursos materiais"; "desperdício de recursos materiais"; "aumento do consumo de meios por tratamento tardio de doentes". As causas apontadas como problemas na gestão de processos foram: "incumprimento de procedimentos"; "falta de planeamento e divulgação de objetos dos serviços e da Instituição"; "descontinuidade do processo de acreditação e da qualidade". Foram também apontados alguns problemas ao nível das infraestruturas, tais como: "bloco operatório sem circuito de limpos e sujos"; "sala de espera sem condições adequadas"; "remodelações que não contemplam portas corta-fogo"; "falta de serviço de urgência básica". Apesar de só ter sido referido por dois inquiridos, não quisemos deixar de assinalar que, no que diz respeito aos recursos humanos, mais especificamente sobre as qualificações, foi apontado como obstáculo à qualidade, o facto de "alguns responsáveis de serviços não terem qualificações para as funções de chefia".

Os problemas relativos ao **Processo** mais referidos pelos respondentes foram os relativos ao atendimento ao doente, mais especificamente à qualidade do atendimento

sobre o qual foram apontados os seguintes problemas: "recusa por parte dos médicos em atender doentes que chegam justificadamente atrasados às consultas"; "interrupção de consultas para atendimento de delegados de informação médica"; "incumprimento dos horários para atendimentos de doentes por parte dos médicos"; "tempos de espera demasiado longos para atendimento nas consultas"; "uso de joias e unhas compridas pelos profissionais que prestam cuidados"; "profissionais que não tratam o doente pelo nome"; "atendimento brusco aos doentes por parte de alguns médicos"; "serviços de medicina sobrelotado". Nesta dimensão foram ainda apontados vários constrangimentos relativamente à marcação de consultas, exames especiais e cirurgias com "repetidas desmarcações, remarcações e atrasos".

No que diz respeito aos **Resultados** foram apontados "recuperação insatisfatória e tardia de utentes por falta de profissionais"; "prejuízos para a saúde dos doentes pela má gestão das cirurgias" e incómodos como "cheiro a cigarro vindo de gabinete médico que se espalha pelo serviço".

No que diz respeito à dimensão do **risco – segurança – higiene**, foram apontados aspetos como "risco de sepsis para os doentes de cirurgia por falta de meios no bloco"; "acesso fácil a pessoas estranhas à Instituição" e "uso do fardamento de trabalho no refeitório".

Estes foram os aspetos mais significativos que apuramos da análise de conteúdo à questão aberta sobre problemas que interferem na qualidade dos serviços verificados pelos profissionais na Instituição. De salientar que alguns destes problemas foram referidos varias vezes por diferentes profissionais, o que aconteceu com especial frequência nos problemas referentes à estrutura e ao processo.

6 – ANÁLISE CRÍTICA DOS RESULTADOS

Depois de apresentados os resultados obtidos, pretendemos nesta secção, analisa-los com uma base crítica fundamentada na revisão da literatura que realizamos e no quadro conceptual que construímos. Procuraremos também comparar os resultados que obtivemos com outros estudos de outros investigadores, que embora tenham objetivos e estruturas diferentes, estão dentro do mesmo contexto do nosso estudo ou de partes dele.

Para não repetir informação desnecessária já referida na apresentação dos resultados, iremos dedicar um especial relevo nessa análise, aos dados referentes aos conceitos de perceções positivas ou negativas da qualidade dos serviços pelos profissionais de saúde, o que representa fundamentalmente o que pretendemos explicar no nosso estudo. Posto isto, iremos começar por analisar os dados da população.

População

A recetividade significativa dos profissionais do HZF ao estudo a que nos propusemos realizar, reuniu um número representativo de indivíduos que cumpriu com os requisitos que estabelecemos para a constituição da nossa população. Desta forma podemos considerar que a representatividade da população alvo foi significativa por atingir os 77,1% (Fortin, 1999).

A nossa população incluiu elementos de diversos grupos profissionais com a idade média de 44,7 anos, em que o grupo de profissionais com mais representatividade é o dos enfermeiros com 26,4% e dos indivíduos do sexo feminino com 79,7%. Pelos dados expostos anteriormente, relativos à caracterização dos profissionais do SNS (ponto 5 do nosso quadro teórico), estes resultados não constituem novidade na medida em que estão de acordo com os de outros estudos (Castelo-Branco, 2008; Lopes, 2007; Manzo, 2009; Nogueira, 2008) que nos apresentam uma taxa de feminização da ordem dos 70% em que o grupo de enfermagem tem um peso maioritário. Estes dados bem como a maior representatividade do grupo habilitacional com licenciatura, são igualmente confirmados pelo balanço social global do MS de 2009 (Amaral *et al* 2010).

Tratando-se de um hospital SPA, seria de esperar que o vínculo contratual com a Instituição da maioria dos inquiridos fosse o contrato de trabalho por tempo indeterminado em funções públicas (68,2%) o que está de acordo com os dados do balanço social global do MS de 2009. Sobre o número significativo de trabalhadores em regime de trabalho temporário através de empresas de *outsourcing* (23,6%) o

referido relatório não faz qualquer referência nem encontramos dados noutros estudos que permitissem estabelecer uma comparação.

O número de profissionais que referem ter funções de chefia (15,5%) é comparativamente superior aos valores das duas populações do estudo de Lopes (2007) (10,2% no hospital com acreditação e 9,1 % no hospital sem acreditação). Nenhum outro estudo a que tenhamos tido acesso faz referência a estes tipo de dados nem ao tipo de função de chefia, que no nosso estudo ficou maioritariamente representado pelo grupo 'responsáveis de serviço' (39,0%).

Ao dividirmos a amostra entre profissionais clínicos e não clínicos obtivemos valores 52,0% e 47,9% respetivamente. Nogueira (2008) refere frequências relativas idênticas para o grupo dos clínicos, mas os valores dos não clínicos é inferior (30%). Já Lopes (2007) refere um grupo que presta cuidados diretos aos doentes (82%) e outro que não presta cuidados diretos aos doentes (17%). Poderá haver um paralelismo entre estes grupos e os do nosso estudo, com a diferença que estas autoras consideraram alguns auxiliares de ação médica, como clínicos por prestarem cuidados diretos aos doentes. Neste contexto poderá estar em causa o que se consideram cuidados clínicos dentro dos cuidados globais que se prestam ao doente. No nosso caso consideramos que cuidados clínicos não envolvem, por exemplo: cuidados de higiene, alimentação, conforto, etc.. São este o tipo de atividades em serviços de saúde que autores como Piligrimienè e Bučiūnienè (2008) e até mesmo Donabedian (2003) designam por tangibilidades ou amenidades. Estes autores referem-se a estas características do serviço de saúde, como não diretamente ligadas à efetividade clínica, mas que incrementam bem-estar ao paciente, tal como apuramos no nosso quadro teórico. Pensamos ser esta a justificação para a discrepância entre os nossos valores relativamente aos encontrados por Nogueira (2008) e Lopes (2007) no que diz respeito a estes grupos distintos do nosso estudo de caso.

Acreditação

De acordo com o nosso quadro conceptual, relativamente à acreditação pretendíamos avaliar em que medida os profissionais reconheciam o projeto de acreditação que efetivamente se implementou na Instituição do no nosso estudo de caso, em que medida participaram ativamente no seu processo e que importância atribuem a este projeto como instrumento de melhoria da qualidade dos serviços.

Os nossos resultados revelam que a maioria dos profissionais, 85,8%, reconheceu o KFHQS como o projeto que efetivamente foi implementado na Instituição, à semelhança do que aconteceu no estudo de Lopes (2007) relativamente

ao projeto implementado na Instituição em acreditação. Tal significa que o reconhecimento deste projecto é feito, também por profissionais integrados na Instituição depois da sua conclusão, uma vez que 79,1% profissionais registaram exercer funções na Instituição na altura da acreditação. Verificamos que 13% dos inquiridos responderam que não sabiam qual o projeto implementado e um elemento assinalou a ISO como projeto implementado. Estes resultados podem ser justificados pelo facto destes respondentes pertencerem ao grupo dos profissionais integrados depois da acreditação.

Podemos considerar relevante a importância 'elevada' que 60,8% profissionais atribuíram à acreditação como instrumento de melhoria da qualidade dos serviços, o que está em consonância com Boavista *et al* (2004), Jardali *et al* (2008), Lopes (2007), Pomey *et al* (2004) e Salmon *et al* (2003), que referem a importância concedida pelos profissionais a estes processos. No nosso caso, este aspeto pode assumir uma importância particular, pelo facto de já terem passado 6 anos da conclusão do processo de acreditação e de não ter havido continuidade do mesmo. Apesar da participação ativa no projeto se situar apenas nos 30,4%, é de salientar o facto das frequências que atribuem uma importância elevada à acreditação como instrumento de melhoria da qualidade dos serviços, abrangerem grupos que não participaram ativamente no projeto.

Em parte, tal resultado pode ser justificado como refere Manzo (2009), pelo facto de existir uma imagem socialmente positiva dos projetos de acreditação e dos seus valores serem transmitidos quer aos profissionais que não participaram ativamente quer aos que vão sendo integrados posteriormente à conclusão do processo. Apesar da descontinuidade do processo parecer permanecer uma maturidade profissional dos seus valores, tal como refere Pomey *et al* (2004).

Perceção geral da qualidade pelos profissionais

Quando se procedeu à distribuição dos inquéritos aos profissionais houve uma forte recomendação que o completassem de forma individual, sendo tão sinceros e espontâneos quanto possível e que em caso de não saberem responder a qualquer pergunta, de o assinalarem no local especificamente criado para o efeito: (Ns) não sei. Embora o elevado número de resposta nesta opção - quase ¼ do total - possa de facto ter várias interpretações como já referimos na apresentação dos resultados (falta de motivação em responder afirmativamente às questões, ou por ser a opção mais fácil ou, ainda, por receio dos respondentes serem identificados), a verdade é que não obtivemos respostas em branco ou não respostas. Este facto, juntamente com as recomendações que foram feitas aos inquiridos, levam-nos a levantar a

possibilidade de que, provavelmente, um número significativo de respostas 'não sei' correspondem mesmo a falta de percepção dos profissionais relativamente às questões que lhes foram apresentadas. Por isso mesmo, na análise crítica que iremos desenvolver de seguida sobre cada uma das três dimensões que definimos para a percepção de qualidade, não deixaremos de fazer referência aos dados apurados nesta opção nas diferentes questões.

Identificação da implementação de processos de melhoria contínua da qualidade

No que diz respeito a esta dimensão da percepção da qualidade, foram quatro os itens que tiveram resposta maioritária na opção 'não sei': comissão de ética, a comissão de humanização, o tratamento de sugestões e queixas dos profissionais e a avaliação dos serviços pelo QUAR. Estes resultados podem efetivamente significar que os profissionais não sabem se estes processos ou instrumentos têm algum grau de implementação na Instituição. É interessante verificar que no caso do tratamento de sugestões e queixas dos profissionais, a seguir à opção 'não sei', a frequência mais elevada é 'nenhuma implementação'. Apenas um item foi maioritariamente considerado como 'totalmente implementado' que foi o tratamento de sugestões e queixas dos utentes. Todos os outros itens situam-se maioritariamente no indicador 'bastante implementado'. Como referimos na apresentação dos resultados foram feitas várias tentativas para obtermos, junto do Conselho de Administração, um parecer sobre a efetiva implementação destes processos na Instituição. Não foi possível concretizar este objetivo que permitiria estabelecer uma comparação entre a realidade e estes resultados. De qualquer modo a investigadora, enquanto participante ativa no processo, não reconhece efetivamente a implementação de alguns itens como é o caso do QUAR e do tratamento de sugestões e queixas dos profissionais. A comissão da qualidade está apenas nomeada mas sem qualquer tipo de atividade, tal como outro tipo de comissões, com exceção da comissão de gestão de risco e a comissão de controlo da infeção hospitalar que considera terem uma implementação média, tal como a avaliação de desempenho por não abranger todos os grupos de profissionais e mesmo assim constituir um processo que se vai protelando. Considera ainda que o tratamento de sugestões e queixas dos doentes é efetivamente o item com uma implementação total, tal como a maioria dos respondentes indicou.

Tendo em conta os resultados obtidos, podemos considerar que, de um modo geral, os profissionais do HFZ que manifestaram opinião sobre a implementação destes processos de melhoria contínua da qualidade têm uma percepção bastante positiva do seu grau de implementação. Lopes (2007) também avaliou a percepção dos profissionais relativamente à melhoria contínua, com alguns itens idênticos aos que utilizamos, através de uma escala de *Likert* de 4 pontos (1-muito raramente e 4 -

muito frequentemente). Os seus resultados globalmente oscilam entre o ponto 2 e o 3 da escala (pouco frequente e frequentemente). No entanto não poderemos estabelecer uma comparação rigorosa entre os seus resultados e os que obtivemos, na medida em que esta autora criou uma escala diferente, não fazendo referência às frequências absolutas e relativas dos resultados obtidos, apresentando somente os resultados obtidos depois de tratados pelos testes estatísticos paramétricos. Dos nossos resultados referentes a estes testes paramétricos iremos falar um pouco mais adiante na análise crítica das hipóteses que formulamos.

Identificação da implementação de princípios da qualidade

Dos nove itens desta dimensão, quatro foram maioritariamente classificados pela opção 'não sei': gestão de topo envolvida na melhoria da qualidade (Liderança); gestão eficiente de recursos financeiros, gestão eficiente de recursos materiais e gestão eficiente de recursos de informação. Tal como na dimensão anterior, não podemos descartar a possibilidade de efetivamente os inquiridos não terem perceção do grau de implementação destas questões na Instituição, ou não terem conhecimentos do contexto específico destas questões, que se inserem na área da gestão e que lhes permitam responder afirmativamente às questões. No entanto, se não tivermos em conta esta opção mais frequente, as respostas passam a situar-se entre os indicadores 'média implementação' (3) e 'bastante implementação' (4).

No que diz respeito às questões da liderança no estudo de Lopes (2007) os resultados globais apontam para uma perceção frequente (3) dos profissionais. Jardaly *et al* (2008) utilizaram no seu estudo uma escala de *Likert* de 5 pontos (1-discordo totalmente e 5- concordo totalmente) e as questões da liderança foram percecionadas maioritariamente pelos profissionais como 'concordo parcialmente' (4), o que não diverge dos resultados que apuramos no item da gestão de topo envolvida na melhoria da qualidade.

Dois dos itens foram maioritariamente percecionados como 'bastante implementados' pelos profissionais do HFZ. Foi o caso da resposta às necessidades dos utentes (orientação para o cliente) e formação inovação e desenvolvimento dos profissionais (aprendizagem e inovação). No estudo de Lopes (2007) estes itens foram percecionados entre o ponto 2 e 3 da sua escala (pouco frequente e frequente). No estudo de Jardaly *et al* (2008) a maioria dos enfermeiros concordam parcialmente no que diz respeito à implementação da aprendizagem e inovação pelo processo de acreditação. Deste modo não se verifica uniformidade entre estes resultados e os que apuramos e que revelam uma perceção mais positiva da implementação destes princípios da qualidade na Instituição do nosso estudo de caso.

Os itens, reconhecimento e aproveitamento do potencial dos profissionais, gestão eficiente de recursos humanos e promoção da utilização adequada de procedimentos, foram percebidos pelos nossos inquiridos como tendo uma 'implementação média'. Sobre estes itens não encontramos termos de comparação noutros estudos por nós consultados.

Tendo em conta os resultados obtidos, podemos considerar que, de um modo geral, os profissionais do HFZ que manifestaram opinião sobre a implementação dos princípios da qualidade têm uma percepção tendencialmente positiva do seu grau de implementação na Instituição, independentemente de já terem decorrido 6 anos da conclusão do projeto de acreditação. Isto poderá traduzir a possibilidade da constituição de uma cultura da qualidade, iniciada com o processo de acreditação, estar a ser preservada na Instituição.

Identificação de melhoria dos resultados da qualidade

Nesta dimensão, apenas um item teve a maioria das respostas na opção 'não sei' correspondente à melhoria da interação entre as diferentes instituições de saúde. Dois itens, interação entre gestores e profissionais e eficiência (minimização dos custos sem prejuízo dos cuidados prestados), foram avaliados com 'média implementação', tendo os restantes itens sido avaliados com 'total implementação'.

Tendo em conta os resultados obtidos, podemos considerar que, de um modo geral, os profissionais do HFZ que manifestaram opinião sobre os resultados da qualidade têm uma percepção bastante positiva do seu grau de implementação na Instituição. A maioria dos participantes do estudo de Jardaly *et al* (2008) referem que concordam parcialmente com a melhoria dos resultados da qualidade em função do processo de acreditação. Os dados que obtivemos revelam que a percepção da qualidade é notoriamente mais positiva no que diz respeito à melhoria dos resultados da qualidade. Nesta dimensão, os inquiridos demonstraram posições mais assertivas, sendo a resposta 'não sei', menos significativa em comparação com as outras duas dimensões da percepção da qualidade.

Diferenças na percepção da qualidade em função da participação no projeto de acreditação

Do total de inquiridos, 30,4% profissionais referem ter participado ativamente do projeto de acreditação, enquanto 46,6% não tiveram essa participação (excluindo os funcionários integrados posteriormente a conclusão da acreditação). Estes valores evidenciam um desequilíbrio nestes dois grupos que contraria princípios defendidos por várias fontes (Boavista, 2004; França, 2000) e organizações ligadas à qualidade em saúde como (ISQUA, 2009; JCI, 2009; KFHQS, 2009) entre outras, que definem o

projeto de acreditação como um processo que envolve toda a organização abrangendo todos os profissionais. Este facto poderá refletir-se em diferenças nas perceções da qualidade dos serviços que estes dois grupos de profissionais expressam.

O nosso estudo revelou que em média os profissionais que participaram ativamente no projeto da acreditação ($M=3,25$) percebem menos implementação das três dimensões da qualidade que definimos, do que o grupo dos que não participaram no projeto ($M=3,60$). Estas diferenças são altamente significativas no caso da dimensão processos de melhoria contínua da qualidade, é significativa no caso da implementação dos princípios e não é significativa no caso da melhoria dos resultados da qualidade. Este facto poderá ser explicado pela acuidade e perspicácia que os profissionais que participam neste tipo de projetos poderão desenvolver relativamente às questões da qualidade, pela exigência e morosidade que estes projetos exigem como evidenciam Pomey *et al* (2004). Daí que a sua análise possa tornar-se menos flexível do que a análise de quem nunca esteve envolvido neste tipo de programas.

No entanto, os nossos resultados não são confirmados pelos de Lopes (2007). No seu estudo os profissionais que participavam em projetos de qualidade, percebem mais práticas de qualidade em todas as dimensões quando comparados com os que não participaram nesse tipo de projetos. Mais uma vez esta diferença pode dever-se ao facto de o estudo de Lopes (2007) decorrer durante o processo de acreditação.

Diferenças na percepção da qualidade em função da integração na Instituição antes ou depois no projeto de acreditação

Pelo facto de o processo de acreditação ter sido trabalhoso, longo e sobretudo marcante para toda a organização, independentemente da participação direta no seu processo (Afonso, 2004), poderia existir a possibilidade de os profissionais, integrados na Instituição posteriormente à conclusão do seu processo, terem uma percepção da qualidade dos serviços diferente, do outro grupo integrado anteriormente ao processo.

Os valores referentes à análise global das três dimensões evidenciam que os profissionais integrados na Instituição antes do processo de acreditação têm, em média ($M=3,50$), uma percepção ligeiramente mais positiva da qualidade dos serviços, do que o grupo de profissionais que foram integrados posteriormente ao processo de acreditação ($M=3,45$). No entanto estas diferenças não são estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões, mas podem querer indicar de alguma forma, uma transmissão de valores e práticas da qualidade dos profissionais mais antigos aos que foram sendo integrados posteriormente à conclusão do processo. Como refere Pomey *et al* (2004) este tipo de processos incute nos profissionais, capacidade de integrar

novos valores da cultura da qualidade, sendo por isso possível que os mesmos sejam transmitidos aos profissionais que vão sendo integrados posteriormente, o que pode explicar as diferenças pouco significativas de percepção da qualidade dos serviços entre estes dois grupos.

Diferenças na percepção da qualidade em função de ser profissional clínico ou não clínico e do exercício de funções de chefia

A acreditação é tida como um projeto moroso e burocrático que exige da gestão de topo e de todos os profissionais com funções de chefia intermédia, o compromisso do envolvimento permanente, de criarem o ambiente e disponibilizarem os meios necessários para a sua persecução, motivando todos os envolvidos (Afonso, 2004; Jardali *et al*, 2008; Pomey *et al*, 2004). Estes factos poderiam evidenciar a possibilidade de a sua implementação se centralizar ao nível das chefias que consequentemente teriam uma percepção diferente dos restantes profissionais.

Se analisarmos as diferenças relativas a cada uma das dimensões entre os dois grupos de profissionais clínicos e não clínicos, as médias são mais altas no caso dos clínicos relativamente às dimensões dos processos de melhoria contínua da qualidade e da melhoria dos resultados. A dimensão dos princípios da qualidade é aquela em que os não clínicos revelam uma média superior. Não existe portanto uniformidade nas diferenças das médias entre estes dois grupos relativamente às três dimensões, que pelos níveis de significância não tem significado estatístico em nenhuma dimensão. Isto indica que não é relevante para a percepção da qualidade dos serviços que o tipo de funções exercidas sejam do tipo clínico ou não clínico, ou seja a percepção é transversal aos diferentes grupos multidisciplinares. O estudo de Lopes (2007) também não confirma estes resultados.

Relativamente às diferenças entre os profissionais com e sem funções de chefia, verificou-se que as médias da percepção da qualidade são mais baixas para o primeiro grupo (profissionais com funções de chefia; $M=3,26$) em todas as dimensões da percepção da qualidade, relativamente ao segundo grupo (profissionais sem funções de chefia; $M=3,53$). No entanto, essa diferença só é significativa na dimensão dos processos de melhoria contínua da qualidade. Estes dados parecem querer indicar, que ao fim de 6 anos da conclusão do processo de acreditação, os profissionais com funções de chefia, estão mais críticos relativamente à qualidade dos serviços, embora lhes caiba a eles, em certa medida, envolver e consciencializar os restantes profissionais que estão sob a sua responsabilidade. Cabe no entanto à gestão de topo o compromisso máximo com a gestão da qualidade e em certa medida estes resultados também podem querer indicar uma falha desse compromisso.

O que parece emergir destes dados é a noção de que um maior envolvimento dos profissionais nos processos de qualidade aumenta a seu espírito crítico face ao seu grau de implementação na Instituição.

Problemas que interferem com a qualidade

Apesar do número reduzido (28,4%) de inquiridos que responderam à questão aberta que formulamos com o objetivo de identificar situações que interfiram com a qualidade, as respostas que obtivemos revelam uma riqueza de conteúdo muito significativa, como ficou demonstrado na análise de conteúdo que elaboramos.

Embora tivéssemos pedido que descrevessem uma situação que considerassem interferir na qualidade, verificou-se que muitos dos inquiridos apontaram mais do que uma situação, o que significou que no total tenham sido registadas 91 referências desta natureza, algumas delas repetidas por terem sido apontadas por mais do que um inquirido.

Isso verificou-se sobretudo nos problemas de Estrutura, onde as causas mais frequentemente apontadas relativamente às características organizacionais dos profissionais foram “má gestão da marcação de cirurgias por conflitos entre os médicos”, “sobrecarga burocrática afeta disponibilidade dos clínicos” e “má gestão de MCDT por parte dos médicos”. No que diz respeito à gestão de recursos financeiros os problemas mais apontados pelos profissionais foram a “elevação de custos por desperdício de meios” e o “pagamento de horas acrescidas a profissionais que passam mais horas fora da Instituição do que a produzir dentro dela”. Também foi referido por mais que um profissional o “incumprimento de procedimentos” no que diz respeito à gestão do processo. Um problema frequentemente referido foi ao nível das infraestruturas “sala de espera sem condições adequadas”.

Ao nível do Processo as causas apontados com mais frequência foram as relacionadas com a qualidade do atendimento, como podemos verificar na análise que elaborámos no ponto anterior.

Este aspeto, bem como os aspetos referidos ao nível da Estrutura, revelam por parte dos respondentes uma preocupação com as questões organizacionais, papel que é referido por Carapinheiro e Page (2001), Feuerwerker (2003) e Chassin e Galvin (1998), como fundamental que seja desenvolvido nas competências dos profissionais de saúde, como referimos no ponto 5 do nosso quadro teórico.

Relativamente aos Resultados verificaram-se menos referências a este tipo de obstáculos à qualidade. Tendo em conta a perspetiva que Donabedian (2003) nos apresenta de causa efeito destes três elementos, podemos considerar que os obstáculos apontados ao nível do Processo constituem de certa forma resultados dos

obstáculos apontados ao nível da Estrutura. Nesta perspetiva, o número de problemas que interferem com a qualidade dos Resultados, não se resume apenas aos que foram apontados especificamente nesta dimensão. Por outro lado, não podemos esquecer que na avaliação do grau de implementação da dimensão melhoria dos resultados, esta foi a que revelou uma apreciação bastante positiva da sua implementação, transversalmente a todos os grupos de profissionais que estudamos.

Sobre estas questões que interferem na qualidade dos serviços, foram apontadas por cerca de ¼ dos elementos da nossa população e como tal, o seu peso no contexto geral das opiniões é relativo, mas importa realçar a qualidade do seu conteúdo que, de alguma forma, revela incongruência com alguns dos resultados quantitativos que apuramos. É o caso do item relativo ao grau de implementação da comissão de controlo de infeção hospitalar que foi considerado maioritariamente pelos profissionais como, 'bastante implementado', e na questão aberta foi apontado como fator comprometedor da qualidade o "risco de sepsis para os doentes de cirurgia por falta de meios no bloco". Esta incongruência poderá ser explicada pelo facto de os profissionais da cirurgia e bloco operatório estarem mais sensíveis a estas questões do que o conjunto dos elementos da população.

Foram apontados vários problemas ao nível da gestão de recursos financeiros, materiais e humanos. Em contrapartida, quando solicitamos aos profissionais que quantificassem em que medida estes princípios da qualidade estão implementados eficientemente, a maioria dos inquiridos respondeu que não sabia. Este aspeto poderá estar relacionado com uma possível assimetria de conhecimentos relativamente a esta área da gestão entre os profissionais da Instituição.

Outra discrepância que verificamos foi que foram apontados vários problemas ao nível do processo, especificamente no que diz respeito ao atendimento ao utente. No entanto, quando solicitamos aos inquiridos que quantificassem o grau de melhoria da interação entre os profissionais e os pacientes, 'bastante implementada' foi a classificação com frequências mais elevadas.

Estas discrepâncias poderão ter uma explicação se considerarmos a possibilidade existir sobreposição entre o grupo de respondentes a estas questões relativas aos obstáculos à qualidade e os respondentes mais críticos que utilizaram os níveis mais baixos da nossa escala de avaliação das dimensões da perceção da qualidade.

Esta análise crítica dos nossos resultados, preparou-nos para fazer o balanço final das perceções dos profissionais relativamente à qualidade dos serviços e tirar conclusões sobre a influência da acreditação nas mesmas.

7 – CONCLUSÕES

Terminado o percurso que delineamos para a prossecução deste estudo, resta-nos tecer algumas considerações finais, objetivadas fundamentalmente em dar respostas às questões de partida que serviram de fio condutor de toda pesquisa que desenvolvemos e aos objetivos que formulamos.

Desta forma atendendo à primeira questão da nossa pesquisa «Quais as perceções dos profissionais de saúde relativamente à qualidade dos serviços hospitalares?», pelos dados apresentados, podemos concluir que, por um lado, de uma forma geral os profissionais da Instituição têm uma perceção positiva da qualidade dos serviços. Por outro lado, foram apontados aspetos concretos que interferem com a qualidade dos serviços. É com base nesta dualidade de perceções, que deram o título ao nosso trabalho, que iremos fundamentar as novas conclusões.

Registaram-se diferenças na perceção da qualidade dos serviços com o grupo dos profissionais clínicos a apresentar médias mais baixas relativamente ao grupo dos não clínicos, embora sem significado estatístico. Da mesma forma, verificou-se que o grupo dos profissionais com funções de chefia apresentam uma média geral de perceção da qualidade dos serviços, mais baixa do que o grupo dos não clínicos com significado estatístico apenas para a dimensão dos processos de melhoria continua da qualidade.

Foram apontadas vários problemas que interferem com a qualidade dos serviços, sobretudo no que diz respeito à Estrutura e ao Processo, o que constituem sem dúvida uma fonte de informação para a revisão de procedimentos e para a implementação de melhoria contínua da qualidade na Instituição.

Tal como referimos na apreciação crítica dos resultados, podemos considerar que existe alguma incongruência entre os dados obtidos relativos à perceção geral da qualidade dos serviços e alguns dos problemas apontados como obstáculos à qualidade dos serviços. Contudo, o facto de ao nível da dimensão dos Resultados terem sido apontados menos obstáculos concretos à qualidade, está em consonância com os dados que obtivemos relativamente aos itens da avaliação do grau de implementação de melhorias nos resultados da qualidade, em que a maioria das respostas se situa no indicador 'bastante implementação'. Foi nesta dimensão que se verificaram mais respostas afirmativas, com menor recurso da opção 'não sei', o que denota por parte dos inquiridos maior convicção e segurança nas respostas do que se verificou relativamente às dimensões da implementação de processos de melhoria contínua da qualidade e da implementação de princípios da qualidade.

A avaliação da dimensão dos princípios da qualidade foi a que obteve uma avaliação com médias mais baixas transversalmente a todos os grupos de profissionais que estudamos. Sendo um dos princípios TQM o investimento contínuo na estratégia e no sistema de gestão da qualidade, podemos concluir que a descontinuidade do processo de acreditação demarca nesta dimensão, o seu efeito.

O número elevado de respostas na opção 'não sei' poderá quer significar, por um lado, que os processos de informação e comunicação necessitam de ser revistos e melhorados, mas por outro, poderá indicar que os profissionais devem estar mais envolvidos e empenhados nos processos de gestão da melhoria contínua da qualidade. Este último aspeto foi, alias, reforçado no nosso quadro teórico segundo vários autores (Carapinheiro e Page, 2001; Chassin *et al*; Feuerwerker, 2003; Serra, 2000) que evidenciam a necessidade constante de os profissionais de saúde estenderem as suas competências às áreas da gestão da qualidade, bem como na gestão de recursos materiais, humanos e de informação.

No que concerne à questão da «influência que a acreditação teve nessas perceções», verificou-se que os profissionais que participaram ativamente no processo de acreditação foram mais críticos, apresentando médias mais baixas de perceção da qualidade dos serviços, relativamente aos que não tiveram essa participação. Estas diferenças têm significado estatístico. Por outro lado os profissionais que foram integrados na Instituição antes da conclusão do projeto de acreditação têm em média uma perceção mais positiva da qualidade dos serviços, relativamente aos que foram integrados posteriormente à conclusão do projeto, embora as diferenças não tenham significado estatístico. Perante estes dados podemos inferir que o processo da acreditação desenvolveu uma perceção mais crítica no grupo dos profissionais que participaram ativamente no seu processo, do que nos dois grupos integrados na Instituição antes e depois da conclusão do projeto.

O reconhecimento do KFHQS pela maioria dos profissionais, como projeto de acreditação implementado na Instituição foi transversal à população multidisciplinar e aos diferentes grupos da população que foram constituídos. Também a maioria dos profissionais atribui uma importância elevada à acreditação como instrumento de melhoria contínua da qualidade. Perante estes dois factos significativos poderemos concluir que, apesar de terem decorrido 6 anos da conclusão do processo de acreditação e do mesmo não ter tido uma continuidade formal, os seus valores e objetivos foram e continuam a ser reconhecidos pelos profissionais, sendo os mesmo transmitidos aos profissionais que não vivenciaram essa experiência, através das práticas então instituídas e que permanecem atualmente. Este facto é corroborado por

Pomey *et al* (2004) que considera os efeitos da acreditação hospitalar irreversíveis ao nível dos valores e comportamentos adquiridos pelos profissionais.

A título de conclusão final, com base nos dados que obtivemos das duas abordagens que desenvolvemos e nos dados revelados pela revisão da literatura, levamos a concluir que também em Portugal a acreditação hospitalar constitui uma abordagem importante para a melhoria da qualidade das estruturas e dos serviços de saúde com efeitos positivos a vários níveis nomeadamente na segurança, da orientação para o cliente, da definição da missão hospitalar e em menor grau da orientação para os profissionais e da melhoria contínua da qualidade. São estes os benéficos mais frequentemente apontados pelos estudos da OMS relativamente a projetos desta natureza implementados à escala global.

Sugestões para estudos futuros e limitações do estudo

A análise crítica dos resultados que obtivemos e as conclusões a que chegamos levantam outras possibilidades de continuação do estudo, centradas em abordagens mais qualitativas. O recurso a entrevistas poderia permitir esclarecer o uso significativo da opção 'não sei'. A sua utilização poderia permitir, de igual modo, desenvolver mais a questão aberta referente às práticas que interferem com a qualidade dos serviços.

A inclusão deste tipo de questões que interferem com a qualidade em estudos aplicados a Instituições com ou sem projetos de melhoria da qualidade, poderá constituir uma mais-valia e uma fonte válida de informação a incorporar na melhoria contínua da qualidade noutras Instituições.

Não obstante este estudo, como todos os outros, apresenta algumas limitações de que estamos conscientes. Da análise dos dados obtidos pensamos que ao eliminar-se o ponto médio da escala poderia fazer emergir uma informação menos centrada no meio da escala e potencialmente revelaria uma perceção dos profissionais mais próxima da realidade. Da mesma forma a eliminação da opção 'não sei' poderia eventualmente resultar em mais respostas afirmativas dentro da escala que definimos.

Apesar de ter sido tentado, sem sucesso, como referimos antes, julgamos que seria oportuno realizar uma entrevista aos membros do Conselho de Administração do HFZ no sentido de obter informação sobre factos concretos como os processos da melhoria contínua da qualidade implementados na Instituição, para podermos estabelecer uma comparação com os resultados obtidos.

BIBLIOGRAFIA

AFONSO, G. (2000) “Peter Griffiths – As vantagens da acreditação pelo King’s Fund”. *Qualidade em saúde*, Junho: 20-23.

AFONSO, G. (2004) “PNAH contribuiu para coesão interna – Hospital de Ovar”. *Qualidade em Saúde*, nº11 Jul/Set: 15-20.

ALVES, A. A. & MOREIRA, J. M. (2004) “O que é a Escolha Pública? Para uma análise económica da política”. Cascais: Princípia.

AMARAL, J., LEMOS, I. & ARRAIOLOS, N. (2010) “*Balanço Social Global do Ministério da Saúde - 2009*”. Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). Lisboa.

ANTUNES, M. (2001) “*A doença da Saúde - Serviço Nacional de Saúde: ineficiência e desperdício*”. Lisboa: Quetzal Editores.

ARAH, O. A., WESTERT, G.P., HUST, J. & KLAZINGA, N. S. (2006) “A conceptual Framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project”. *International Journal for Quality in Health Care*; September: 5–13.

ARAUJO, J. F. F. E. (2005) “*A Reforma da Administrativa em Portugal: em busca de um novo paradigma*”, Universidade do Minho, [on-line]. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/3274/1/W.P.%20JFAra%C3%BAjo.pdf>. Consultado em 15 /06/2010.

ARAUJO, J. F. F. E. (2007) “*Avaliação da Gestão Pública: a Administração Pós Burocrática*”, Universidade do Minho, [on-line]. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/8309/3/ArtigoUNED.pdf>. Consultado em 15/06/2010.

BAGANHA, M. I., RIBEIRO, J. S. & PIRES, S. (2002) “*O setor da saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional*”, Centro de Estudos Sociais da faculdade de Economia de Coimbra, [on-line]. Disponível em: <http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/182/182.pdf>. Consultado em 29/10/2009.

BLAIKIE, N. W. (2000) “*Designing social research in the social Sciences*”, London: Sage. Disponível em: <http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/182/182.pdf>. Consultado em 01/07/2010.

BLUMENTHAL, D. (1996) "Quality of Care – What is it? – Part one of six". *The New England Journal of Medicine*, (Vol. 335) nº12: 891-894.

BOAVISTA, A., RIBEIRO, L. M. C. & FRANÇA, M. (2000) "A Experiência Portuguesa de Acreditação de Hospitais". *Qualidade em Saúde*, Junho: 28- 32.

BOAVISTA, A., SIMÕES, A. C. & FRANÇA, M. (2004) "Avaliação do Impacto da Acreditação nos profissionais de saúde". *Qualidade em Saúde*, nº11 Jul/Set: 10-14.

BROWN, L. D., FRANCO, L. M., RAFEH, N. & HATZELL, T. (1998) "*Quality Assurance of Health Care In Developing Countries*". Quality Assurance Project, USA.

CAMPBELL, S. M. ROLAND, M. O. & BUETOW, S. A. (2000) "Defining quality of care". *Social Science & Medicine*, 51: 1611-1625.

CARAPETO, C. & FONSECA, F. (2006) "*Administração Pública-Modernização, Qualidade e Inovação*". Lisboa: Edições Sílabo.

CARAPINHEIRO, G. & PAGE, P. (2001) "As determinantes globais do sistema de saúde português". In Hespanha P. e Carapinheiro G. (Eds.), *Risco social e incerteza: Pode o estado social recuar?*, (Vol. 3). Porto: Edições Afrontamento: 81-114.

CARAPUÇA, R. (2003) "Outsourcing". *E-Motion*, nº 12 Junho, Publicações Novabase: 5-7.

CARMO, H. & FERREIRA, M. M. (2008) "*Metodologia da Investigação – Guia para Autoaprendizagem*". Lisboa: Edições Sílabo.

CARVALHO, M. T. G. (2009) "*Nova Gestão Pública e Reformas na Saúde*". Lisboa: Edições Sílabo.

CASTELO-BRANCO, CARINHAS, C. & CRUZ, E. (2008) "*Caracterização dos recursos humanos da administração pública portuguesa 2005*". Lisboa: Direção-Geral da Administração e do Emprego Público; Ministério da Finanças.

CHASSIN, R. M. & GALVIN, R. W. (1998) "The Urgent Need to Improve Health Care Quality". *The Journal of the American Medical Association - JAMA*, (Vol. 280) nº 11 September: 1000-1005.

COELHO, I., SARRICO, C. & ROSA, M. J. (2008) "Avaliação de escolas em Portugal: que futuro?". *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*, (Vol .7) nº 2 Abril, Lisboa.

CROFT, N. (2008) “Últimos desenvolvimentos na série de normas ISO 9000”. APCER: 1-9, [on-line]. Disponível em http://www.qualiweb.pt/teste/images/Informacao_tecnica/Qualidade/normas-iso9001-revisao2008_nigelcroft.pdf. Consultado em 05/10/2010.

DOMINGUES, I. (2003) “*Gestão da Qualidade nas organizações industriais: procedimentos, práticas e paradoxos*”. Oeiras: Celta Editora.

DONABEDIAN, A. (1980) “Explorations in Quality Assessment and Monitoring: the definition of quality and approaches to its assessment”. *Health Administration Press*, (Vol. 1): Ann Arbor, Mich.

DONABEDIAN, A. (2003) “*An Introduction to Quality Assurance in Health Care*”. New York, USA: Oxford University Press.

DQS - DEPARTAMENTO DA QUALIDADE na SAÚDE (2011) “*Qualidade em saúde: Acreditação*” [on-line]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?pl=&id=5521&access=0>, consultado em 20/04/2011.

ERS - ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE (2011) “*Missão*” [on-line]. Disponível em <http://www.ers.pt/>, consultado em 20/03/2011.

FEUERWERKER, L. C. M. (2003) “Educação dos profissionais de saúde hoje - problemas, desafios, perspetivas e as propostas do Ministério da Saúde”. *Revista da Abeno*, (Vol.1) nº3: 24-27.

FORTIN, M. F. (1999) “*O processo de investigação: da conceção à realização*”. Loures: Lusociência.

FOSTER, D. & JONKER, J. (2003) “Third generation quality management: the role of stakeholders in integrating business into society”, *Managerial Auditing Journal*, (Vol. 18) nº. 4: 323-328.

FRANÇA, M. (2002) “Do Protocolo IQS/HFHQS ao Programa Nacional de Acreditação de Hospitais”. *Qualidade em saúde*, Edição especial, Maio.

GARISO, M. M. S. S. R. (2007) “*Qualidade nos serviços públicos. A gestão da qualidade de um serviço público na perspetiva dos seus funcionários*”. Dissertação de mestrado em Gestão Pública. Aveiro: Universidade de Aveiro.

GEWIRTZ, S. (2002) “Alcançando o Sucesso? Reflexões críticas sobre a agenda para a educação da ‘Terceira via’ do New Labor”. *Curriculum sem Fronteiras*, (Vol. 2) nº1: 121-139.

GIRALDES, M. R. (2007) "Avaliação da Eficiência e da Qualidade em Hospitais: Entidades Públicas Empresariais e Setor Público Administrativo". *Ata Médica Portuguesa*, 20: 471-490.

HFZ - HOSPITAL FRANCISCO ZAGALO de Ovar (2006) "*Plano de ação para 2006 do HFZ*". Policopiado.

HFZ - HOSPITAL FRANCISCO ZAGALO de Ovar (2010) "*Plano de atividades e Orçamento para 2010 do HFZ*". Policopiado.

HFZ - HOSPITAL FRANCISCO ZAGALO de Ovar (2011) "*O hospital: organização; historia; missão e valores; Caracterização; normas e regulamentos*" [on-line]. Disponível em <http://www.hospitalovar.pt/ver.php?cod=0A00>, consultado em 20/04/2011.

INE - INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA (2011) "*Censos 2011: Ovar*" [on-line]. Disponível em http://www.ine.pt/scripts/flex_v10/Main.html, consultado em 06/10/2011.

IQS - INSTITUTO DA QUALIDADE EM SAÚDE (2009) "*Programa Nacional de Acreditação de Hospitais*" [on-line]. Disponível em <http://www.iqs.pt/hqs.htm>, consultado em 10/05/2009.

ISO - INTERNATIONAL ORGANISATION for STANDARDIZATION (2010) "*Quality Management Principles*" [on-line]. Disponível em http://www.iso.org/iso/iso_catalogue/management_standards/iso_9000_iso_14000/qmp.htm, consultado em consultado em 02/02/2010.

ISQUA - INTERNATIONAL SOCIETY FOR QUALITY IN HEALTH CARE (2009) "*International Accreditation Programme*" [on-line]. Disponível em <http://www.isqua.org/>, consultado em 15/05/2009.

JARDALI, F. E., JAMAL, D., DIMASSI, H., AMMAR, W. & TCHAGHCHAGHIAN, V. (2008) "The impact of hospital accreditation on quality of care: perception of Lebanese nurses". *International Journal for Quality in Health Care*, (Vol. 20) nº5: 363-371.

JCI - JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (2009) "*Standards*" [on-line]. Disponível em <http://www.jointcommission.org/>, consultado em 15/05/2009.

KELLEY E. & HUST J. (2006) "Health Care Quality Indicators – conceptual Framework paper". *OCDE Health Working Papers* nº 23.

KING'S FUND (2009) "publication's" [on-line]. Disponível em <http://www.kingsfund.org.uk/publications/index.html>, consultado em 10/05/2009.

LEGIDO-QUIGLEY, H., McKEE, M., NOLTE, E. & GLINOS, I. A. (2008) "Assuring the Quality of Health Care in the European Union: a case for action". *WHO on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies*.

LLOYD, R. C. (2004) "Quality Health Care: A guide to Developing and Using Indicators". Massachusetts: Jones and Bartlet Publishers.

LOFFLER, E. (2001) "Defining and Measuring Quality in Public Administration" *Teaching and Research Review*, (Vol. 5): 1-15.

LOPES, M. S. O. C. (2007) "A Gestão da Qualidade no Hospital: Impacto da Acreditação nas práticas de gestão da Qualidade para a performance Hospitalar". Tese de mestrado em Serviços de Saúde. Lisboa: ISCTE.

MAGALHÃES, R. & VIEIRA, F. (2004) "Gestão da Mudança na Administração Pública". Comunicação do 2º Congresso Nacional da Administração: *Projetos de Mudança*. Lisboa.

MANZO, B. F. (2009) "O processo de acreditação Hospitalar na perspectiva de profissionais de saúde". Dissertação de mestrado em Planeamento, Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem. Belo Horizonte, Brasil: Escola de Enfermagem UFMG.

MARTINS, J. BISCAIA, A., CONCEIÇÃO, C., FRONTEIRA, I., HIPÓLITO, F., CARROLHO, M. & FERRINHO, P. (2003) "Caracterização dos profissionais de saúde em Portugal Parte I – Quantos somos e quem somos". *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 19: 513-517.

McGLYNN, E. A. (1997) "Six Challenges in Measuring the Quality of Health Care". *Health Affairs*, (Vol 16) nº3: 7-21.

MEZOMO, J. C. (2001) "Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios básicos". S. Paulo, Brasil: Editora Manole.

MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE (2009) "Hospitais EPE". [on-line]. Disponível em http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/projetos/projetos_implementados/acredit_hsa_jcint.htm, consultado em 20/06/2009.

MONTAGU, D. (2003) “*Accreditation and other External Quality Assessment Systems for Healthcare – Review of experience and lessons learned*”. London: Health Systems Resource Centre.

MOREIRA, J. M., JALALI, C. & ALVES, A. A. (2008) “*Estado, Sociedade Civil e Administração pública: para um novo paradigma do Serviço Público*”. Coimbra: Edições Almeida SA.

NEVES, A. (2003) “*Gestão na Administração Pública*”. Editora Pergaminho.

NOGUEIRA, S. G. (2008) “*Qualidade e Satisfação em serviços de saúde: uma abordagem da avaliação de desempenho*”. Tese de mestrado em Sociologia, especialidade em Organizações, trabalho e Emprego. Lisboa: ISCTE.

OPSS (2003) “*Relatório de primavera de 2003. Saúde: Que ruturas?*”. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

OPSS (2009) “*Relatório de primavera de 2009, 10/30 anos: razões para continuar*”. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

PEREIRA, A. (2008) “*Guia prático de utilização do SPSS: análise de dados para ciências sociais*”. Lisboa: Edições Sílabo.

PESTANA, M. H & GAGEIRO, J. N (2008) “*Análise de dados para Ciências Sociais – A Complementaridade do SPSS*”. Lisboa: Edições Sílabo.

PILGRIMIENĖ, Ž. & BUČIŪNIENĖ, I. (2008) “Different Perspectives on Health care Quality: Is the Consensus Possible?”. ISSN 1392-2785 *Engineering Economics*, nº1 (56): Kauno Technologijos Universitetas: 104-111.

PISCO, L. (2001) “Perspetivas sobre a Qualidade na Saúde”. *Qualidade em saúde*, nº 15, Outubro: 4-6.

PNS - PLANO NACIONAL DA SAÚDE 2004/2010: MS - DGS, [on-line]. Disponível em <http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/capa.html>. Consultado em 04/01/2010.

POMEY, M. P., PIERRE, A., FRANÇOIS, P. & BERTRAND, D. (2004) “Accreditation: a tool for organizational change in hospitals?”. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, (Vol. 17) nº3: 113-124.

PORTAL DA SAÚDE (2010) “*Historia do SNS*” [on-line]. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/portal/servicos/pesquisa/resultados?q=HISTORIA%20DO%20SNS>, consultado em 30/08/2010.

QUIVY, R. & CAMPENHOUDT, L. V. (2008) “*Manual de Investigação em Ciências Sociais*”. Lisboa: Editorial Gradiva.

ROCHA, J. A. O. (2001) “*Gestão Pública e Modernização Administrativa*”, Instituto Nacional de Administração. Oeiras.

ROCHA, J. A. O. (2006) “*Gestão da qualidade: aplicação aos Serviços Públicos*”. Lisboa: Escolar Editora.

RODRIGUES, L. (2002) “*Compreender os recursos humanos do Serviço Nacional de Saúde*”. Lisboa: Edições Colibri.

ROONEY, A. L. & OSTENBERG, P. R. (1999) “*Lienciamento, Acreditação e Certificação: Abordagens à Qualidade de Serviços de Saúde*”. *Center for Human Services*, USA, [on-line]. Disponível em www.ucr-chs.com, consultado em 10/10/2010.

ROSA, M. J. & AMARAL, A. (2007), “A Self-Assessment of Higher Education Institutions from the Perspective of the EFQM Excellence Model”, In D.F. Westerheijden, B. Stensaker and M. J. Rosa (Eds.), *Quality Assurance in Higher Education: Trends in Regulation, Translation and Transformation*. Dordrecht: Springer: 181-207.

SAKELLARIDES, C., REIS, V., ESCOVAL, A., CONCEIÇÃO, C. & BARBOSA, P. (2007) “*O Futuro do Sistema de Saúde Português*”. Escola nacional de Saúde Pública para o Observatório do Quadro Comunitário de Apoio (QCA) III. Lisboa.

SALMON, J. W., HEAVENS, J., LOMBARD, C., & TAVROW, P. (2003) “*The Impact of Accreditation on the Quality of Hospital Care: KwaZulu-Natal Province, Republic of South Africa*”, [on-line]. Disponível em www.isquaresearch.com/. Consultado em 15/11/2009.

SATURNO, P. J. (1999) “Quality in health care: models, labels and terminology”. *International Journal for Quality in Health Care*, 11: 373-374.

SERAPIONI, M. (2009) “Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional”. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº 85, Junho 2009: 65-82. Coimbra.

SHAW, C. D. (2000) “External quality mechanisms for health care: summary of the ExPeRT project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries”. *International Journal for Quality in Health Care*, (Vol. 12) nº3: 169-175.

SHAW, C. D. (2004) “Developing hospital accreditation in Europe”. *WHO Regional Office for Europe*, Copenhaga, [on-line]. Disponível em: www.unifesp.br/hsp/acred.pdf. Consultado em 24/10/2010.

SILVA, P. B. (2004) “ISO 9001:2000 e King’s Fund – uma análise comparativa”. *Qualidade em Saúde*, nº 9 Jan/Mar: 33-35.

SINAS - SISTEMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO EM SAÚDE (2011) “Rating” [on-line]. Disponível em <http://www.websinas.com/sinas/disclaimer.aspx>, consultado em 05/07/2011.

SOUSA, P. (2006) “Patient Safety: A Necessidade de uma Estratégia Nacional”. *Qualidade e Saúde, Ata Médica Portuguesa*; 19: 309-318.

SOUSA, P., PINTO, F., COSTA, C. & UVA, A. S. (2008) “Avaliação da qualidade em saúde: a importância do ajustamento pelo risco na análise de resultados na doença coronária”. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, (Vol. temático 7): 57-65.

VEILLARD, J., CHAMPAGNE, F., KLAZINGA, N., KAZANDJIAN, V., ARAH, O.A. & GUISSSET, L. (2005) “A Performance Assessment framework for Hospitals: The WHO regional Office for Europe PATH Project” *International Journal for Quality in Health Care*, (Vol. 17) nº 6: 487–496.

VILELA, A. C. L. (2006) “Capacidade da inteligência emocional em enfermeiros: validação de um instrumento de medida”. Dissertação de mestrado em Gestão Pública. Aveiro: Universidade de Aveiro.

WHO (2000) “The World Health Organization Report 2000-Health Systems: improving performance” Geneve, [on-line]. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2000/en/>. Consultado em 20/11/2009.

WHO (2003) “Quality and accreditation in health care services; A global review”. Geneve, [on-line]. Disponível em www.isquaresearch.com/. Consultado em 20/11/2009.

YIN, R. K. (2005) “Estudo de caso – Planejamento e métodos”. Porto alegre: Edições Bookman.

Legislação consultada:

Decreto-Lei nº 184/89 de 2 de junho. Criação dos corpos especiais nas carreiras profissionais de saúde.

Decreto-Lei nº 11/93 de 15 de janeiro. Aprova o Estatuto do SNS.

Decreto-Lei nº 190/96 de 9 de outubro. Obrigatoriedade do balanço social na AP.

Decreto-Lei nº 166-A/99 de 13 de maio. Cria o Sistema da Qualidade em Serviços Públicos e do qual resultou o Plano Nacional de Acreditação Hospitalar.

Decreto-Lei nº 93/2005 de 7 de janeiro. Transformação dos Hospitais Sociedades Anónimas (SA) em Entidades Públicas Empresariais (EPE).

Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho. Cria a rede nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Decreto-Lei nº 212/2006 de 27 de outubro. Aprova a Lei orgânica do Ministério da saúde.

Decreto-Lei nº 234/2008 de 2 de dezembro. Primeira alteração à Lei orgânica do Ministério da Saúde.

Decreto-Lei nº 127/2009 de 27 de janeiro. Nova Lei orgânica da ERS.

Decreto-Lei nº 91/2010 de 22 de junho. Introduce alterações à lei orgânica do MS.

Despacho nº 14223/2009 de 24 de junho. Aprovada a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde.

Despacho nº 69/2009 de 31 de agosto. Aprova o Modelo de Acreditação ACSA como modelo oficial e nacional de acreditação em saúde, de opção voluntária.

Lei nº 2011/1946 de 2 de abril. Estabelece a organização dos serviços prestadores de cuidados de saúde então existentes.

Lei nº 2120/1963, de 19 de julho. Promulga as bases da política de saúde e assistência.

Lei nº 48/1990, de 24 de agosto. Lei de Bases da saúde.

Lei nº 27/2002 de 8 de novembro. Lei da gestão hospitalar.

Lei nº 66-B/2007 de 28 de dezembro. Estabelece o sistema integrado de gestão e avaliação de desempenho na Administração Pública.

Lei nº 12-A/2008 de 27 de fevereiro. Estabelece os novos regimes de vinculação, de carreiras e de remunerações dos funcionários da AP.

Portaria nº 288/1999 de 27 de abril. Cria o IQS.

Portaria nº 155/2009 de 10 de fevereiro. Cria o DQS da DGS.

Anexo1 - Contributos dos principais autores da qualidade

Anexo1 - Contributos dos principais autores da qualidade

| Autor | Principal Contributo |
|-------------------|---|
| Armand Feigenbaum | <u>Qualidade como cultura e custo de qualidade</u> - criou a expressão "total quality control": evitar correções posteriores, participação de todos e orientação para o cliente. |
| Genichi Taguchi | <u>Engenharia da Qualidade</u> - métodos para o desenvolvimento dos processos com o máximo de eficiência; minimizar a não qualidade. |
| Joseph Juran | <u>Triologia da Juran</u> - Planeamento, Controlo e Melhoria da Qualidade. Defende a flexibilidade da TQM, dá ênfase aos custos da não Qualidade e ao papel da gestão de topo. Qualidade como aptidão para o uso. Importância do papel dos profissionais da Qualidade. Define "espiral da Qualidade": ação contínua, centrada na satisfação das necessidades dos clientes e melhoria dos processos e produtos |
| Kaoru Ishikawa | <u>7 Ferramentas da Qualidade</u> - métodos simples utilizáveis por todos para resolver problemas. <u>Círculos da Qualidade</u> grupos estáveis de voluntários de diferentes departamentos que reúnem periodicamente para exporem problemas e encontrarem formas de os resolver e melhorar. Aumentam o envolvimento das pessoas e a eficácia da comunicação ascendente e descendente. |
| Masaaki Imai | <u>Kaizen</u> - termo japonês para a melhoria continua que utiliza as melhores ferramentas e técnicas da Qualidade para a melhoria. Orientada para as pessoas, assente na informação aberta e partilhada. Incremento de pequenas melhorias graduais com a contribuição criativa de todos. |
| Shigeo Shingo | <u>Zero Defeitos</u> - identificar e antecipar os erros através da monitorização das potências fontes de erro. Desenvolveu o teste de "poka-Yoke" para evitar erros. |
| Philip B. Crosby | <u>14 Pontos simples para a gestão</u> - A TQM como ação que facilita a compreensão dos gestores. Conformidade com os requisitos, fazer bem á primeira. |
| Taiichi Ohno | <u>Just-in-time</u> - consiste em evitar os custos dos desperdícios e armazenamento, evitando stocks e idealmente produzir diretamente para o cliente com a Qualidade exigida. |
| W. Eduard Deming | <u>14 Passos para a gestão</u> - guiar a direção da organização; divulgou o ciclo PDCA; qualidade como responsabilidade de todos; mede a Qualidade de forma estatística confrontando a performance com as especificações |
| Walter Shewhart | <u>Ciclo de Shewhart</u> - PDCA (plan, do check action); Processo metodológico básico para assegurar as atividades de melhoria contínua de todo o processo e sua manutenção através de controlo estatístico. |

Fonte: Adaptação de Carapeto e Fonseca (2006: 39-40)

Anexo 2 - Principais reformas da AP Portuguesa entre 1974 e 2010

Anexo 2 - Principais reformas da AP Portuguesa entre 1974 e 2010

| | |
|------|--|
| 1974 | <ul style="list-style-type: none"> • Criação da Direção – Geral da Função Pública e da Organização Administrativa |
| 1977 | <ul style="list-style-type: none"> • Criação do Instituto de Informática, o qual absorveu a Direção-Geral da Organização Administrativa |
| 1978 | <ul style="list-style-type: none"> • O segundo governo constitucional cria o Ministério da Reforma Administrativa • O terceiro governo constitucional extingue o Ministério da Reforma Administrativa, colocando a Administração pública afeta ao Conselho de Ministros com um Secretário de estado da Reforma administrativa • Criação durante o quarto governo constitucional da Comissão de Racionalização de Efetivos da administração pública |
| 1979 | <ul style="list-style-type: none"> • Criação do Instituto Nacional da Administração (INA), para a formação de pessoal da Administração Central. • Lei das Finanças locais |
| 1980 | <ul style="list-style-type: none"> • Criação do Centro de Formação da Administração Pública (CFAP), para a formação de pessoal da administração local. |
| 1981 | <ul style="list-style-type: none"> • Criação do Ministério da Reforma Administrativa, pelo sétimo governo constitucional • Criação do Gabinete de Estudos da Reforma Administrativa (CECRA) e do Centro de Informação Científica e Técnica sobre a Reforma Administrativa (CICTRA) |
| 1983 | <ul style="list-style-type: none"> • Com o nono governo constitucional é novamente desmantelado o Ministério da Reforma Administrativa • Introdução do Sistema de Avaliação dos funcionários |
| 1985 | <ul style="list-style-type: none"> • Promulgação do Decreto-lei sobre a reestruturação das carreiras. Todas as atribuições da Administração Pública são confiadas à Direção geral da Administração Pública (DGAP) sob a alçada do Ministério das Finanças |
| 1986 | <ul style="list-style-type: none"> • Extinção da Secretaria de Estado da Reforma Administrativa e Criação da Secretariado para a Modernização Administrativa (SMA). • A Direção-Geral da Administração Pública (DGAP) passa a ter responsabilidade em matéria de formação |
| 1989 | <ul style="list-style-type: none"> • Criação do Secretariado de Estado para a Modernização Administrativa. • Adoção em larga escala da lei da privatização das empresas públicas e sua autorização em sociedades. • Reforma do sistema retributivo da Função pública. • Lançamento de protocolos de modernização administrativa. |
| 1990 | <ul style="list-style-type: none"> • Criação do programa sobre Justiça e os Cidadãos, visando aproximar o Ministério da Justiça dos cidadãos |
| 1991 | <ul style="list-style-type: none"> • Promulgação do Código de Procedimento Administrativo (CPA). • Criação do sistema interdepartamental de Informação aos Utentes dos Serviços Públicos (INFOCID). |
| 1992 | <ul style="list-style-type: none"> • Criação da Comissão para a Qualidade e Racionalidade da Administração Pública. • Reforma do sistema da Contabilidade pública em ordem a controlar as despesas. • Lei dos disponíveis. |
| 1993 | <ul style="list-style-type: none"> • Publicação da Carta da Qualidade • Publicação da Carta Deontológica do Serviço Público. • Programa Integrado de Formação para a Modernização da Administração Pública (PROFAP). • Divulgação das Mil Medidas de Modernização Administrativa |
| 1994 | <ul style="list-style-type: none"> • Estudo da OCDE sobre a Modernização da Administração Pública Portuguesa. • Relatório “Renovar a Administração”. |
| 1995 | <ul style="list-style-type: none"> • PROFAP II • Promoção das Cartas da Qualidade nos Serviços públicos |
| 1996 | <ul style="list-style-type: none"> • Criação do Fórum do Cidadão • Instituição obrigatória do Livro de Reclamações nos Serviços públicas • Definição de regras de Auditoria de Recursos Humanos e de Modernização Administrativa • Criação do Balanço Social para a Administração Pública, Lei nº 190/96 de 9 de outubro |
| 1997 | <ul style="list-style-type: none"> • Criação da Inspeção-Geral da Administração Pública (IGAP). • Regulamentação do Estatuto do Pessoal Dirigente. • Criação da rede Intergovernamental de Modernização Administrativa (RIMA). |
| 1998 | <ul style="list-style-type: none"> • Institucionalização da Loja do Cidadão |
| 1999 | <ul style="list-style-type: none"> • O Decreto-Lei n.º 135/99 de 22 de abril estabelece importantes medidas de modernização administrativa, nomeadamente a criação das chamadas linhas azuis • Criação do Sistema de Qualidade em Serviços Públicos (SQSP)-Decreto –Lei (DL) nº 166-A/99, de 13 de maio • Definição dos princípios gerais de ação a que devem obedecer os organismos públicos na sua atuação em relação ao cidadão-DL nº 135/99, 22 de abril. |

| | |
|------|--|
| 2001 | <ul style="list-style-type: none"> •Extinção da SMA •Criação do Instituto para a Inovação da Administração do Estado (IIAE) |
| 2002 | <ul style="list-style-type: none"> •Extinção do (IIAE) •Criação da Unidade de Missão Inovação da Administração (UMIC), RCM nº 135/2002, de 20 de novembro |
| 2003 | <ul style="list-style-type: none"> •Criação da Bolsa de Emprego Público (BEP) – DL 78/2003, 23 de abril. •Criação do Plano de Ação para a Sociedade de Informação–RCM nº107/2003, 12 de agosto. •Criação do Plano de Ação para o Governo Eletrónico–RCM nº 108/2003, 12 de agosto. •Criação do Programa Nacional para a Participação dos Cidadãos com Necessidades Especiais nas Sociedade da Informação–RMC nº 111/2003, de 12 de agosto. •Criação do Conselho Coordenador do Sistema de Controlo Interno da Administração Financeira do Estado (SCI)–RCM nº 140/2003, de 29 de agosto. |
| 2004 | <ul style="list-style-type: none"> •Publicação do sistema Integrado de Avaliação do Desempenho da Administração Pública (SIADAP) – Lei nº 10/2004, de 22 de março. •Operacionalização da Reforma da Administração Pública – RCM nº 53/2004 de 21 de abril •Cisão e reestruturação do Instituto Português da Qualidade (IPQ) DL 140/2004, de 8 de junho. •Criação do Instituto português da Acreditação (IPAC) – DL 125/2004, de 31 de março. |
| 2005 | <ul style="list-style-type: none"> •Criação da Unidade de Coordenação da Modernização Administrativa (UCMA)-RCM nº 90/2005, 13 de maio. •Criação do portal do cidadão •Aprovação do Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado (PRACE) – RMC nº 124/2005, de 4 de agosto. |
| 2006 | <ul style="list-style-type: none"> •Programa de Simplificação Administrativa e Legislativa SIMPLEX na sequência do PRACE •Criação do Portal da Empresa •Fusão e reestruturação de serviços públicos e de racionalização de efetivos, estabelecido pelo DL nº 200/2006, 25 de outubro. •Novo regime comum de mobilidade entre serviços dos funcionários e agentes da administração pública visando o seu aproveitamento racional, Lei nº 5/2006 de 7 de dezembro. |
| 2007 | <ul style="list-style-type: none"> •Novo SIADAP que abrange avaliação de serviços pelo Quadro de Avaliação de Responsabilização (QUAR), dirigentes e trabalhadores da Administração Pública, Lei nº 66-B/2007, 28 de dezembro •Criação da Agencia para a Modernização Administrativa IP (AMA), DL nº 116/2007 de 27 de abril que aprova a sua orgânica •Criação do Cartão de Cidadão •Criação do Instituto português da Qualidade (IPQ) pelo DL nº 142/2007 de 27 de abril |
| 2008 | <ul style="list-style-type: none"> • Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro, estabelece o novo regime de vinculação, carreira e remuneração dos trabalhadores que exerçam funções públicas |
| 2009 | <ul style="list-style-type: none"> •Publicação do Despacho nº 6303-B/2009, 2ª série, sobre mobilidade Voluntária dos funcionários de serviços públicos •Publicação de varias atas de concordância da aplicação do SIADAP a varias entidades públicas |
| 2010 | <ul style="list-style-type: none"> •Portaria n.º 172-B/2010, de 22 de março, regulamenta o novo Programa de Estágios Profissionais na Administração Central do Estado (PEPAC). •Lei n.º 12-A/2010 de 30 junho 2010, aprova um conjunto de medidas adicionais de consolidação orçamental que visam reforçar e acelerar a redução de défice excessivo e o controlo do crescimento da dívida pública previstos no Programa de Estabilidade e Crescimento (PEC) •Lei n.º 34/2010, de 2 de setembro, altera o regime de vinculação, de carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exercem funções públicas, no capítulo referente às garantias de imparcialidade (terceira alteração à Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro) |

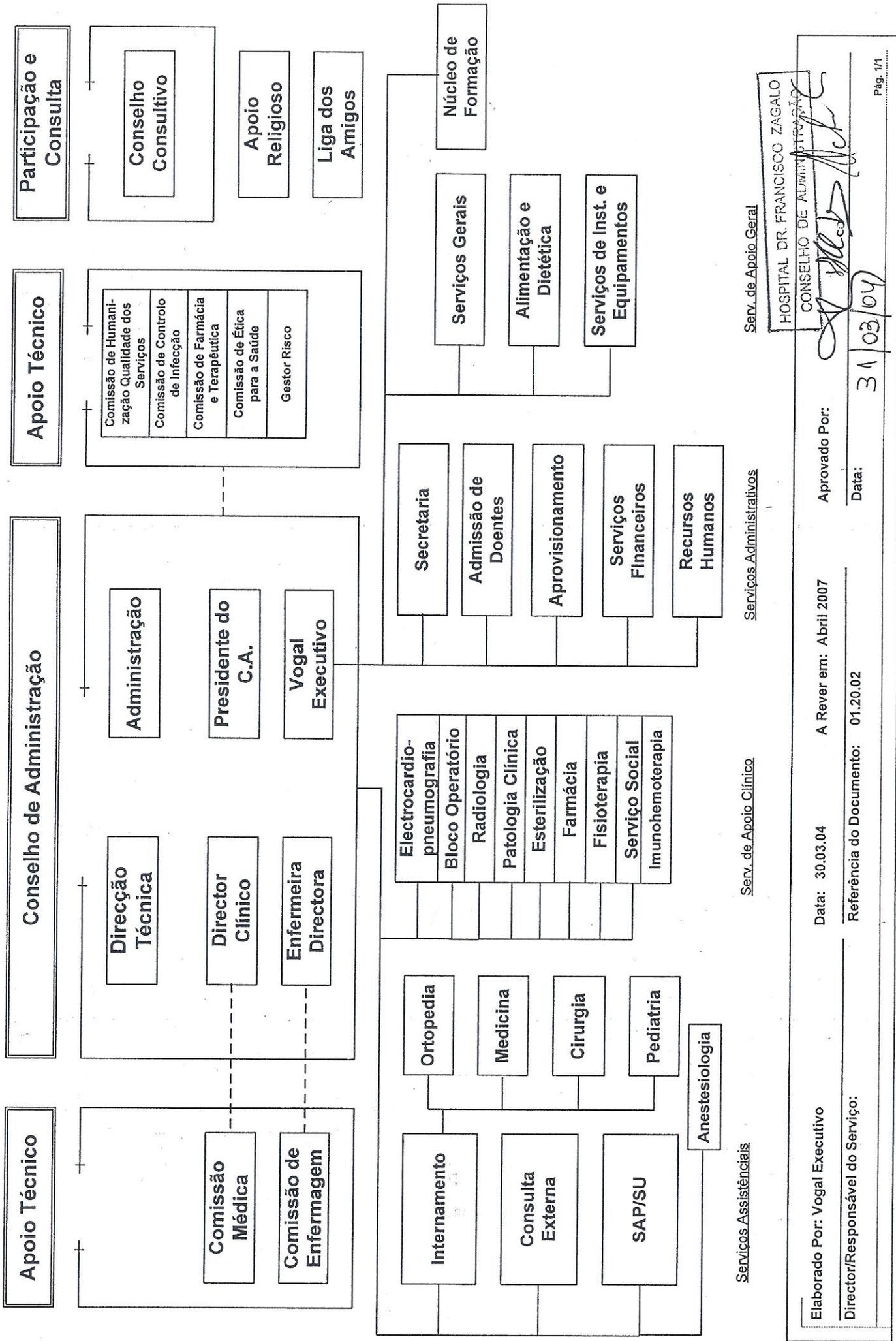
Fontes: entre 1974 e 1985 adaptação da OCDE, citado por Rocha (2001: 98-99); entre 1986 e 1995 adaptação da OCDE, citado por Rocha (2001: 107-108); entre 1996 e 1998 Adaptação do Relatório da Secretaria da Administração Pública, citado por Rocha (2001: 117); entre 1999 e 2010 adaptação de Gariso (2007: 34-35) até ao ano de 2005, e nos restantes por pesquisa da autora através dos portais oficiais do Ministério das Finanças e da Administração Pública, da AMA, do Portal do Cidadão e da UMIC.

Anexo 3 – Organigramas do HFZ

- a) Organigrama inicial que serviu de base ao quadro conceptual
- b) Organigrama recentemente disponível no site do HFZ

HOSPITAL DR. FRANCISCO ZAGALO - OVAR

ORGANIGRAMA FUNCIONAL



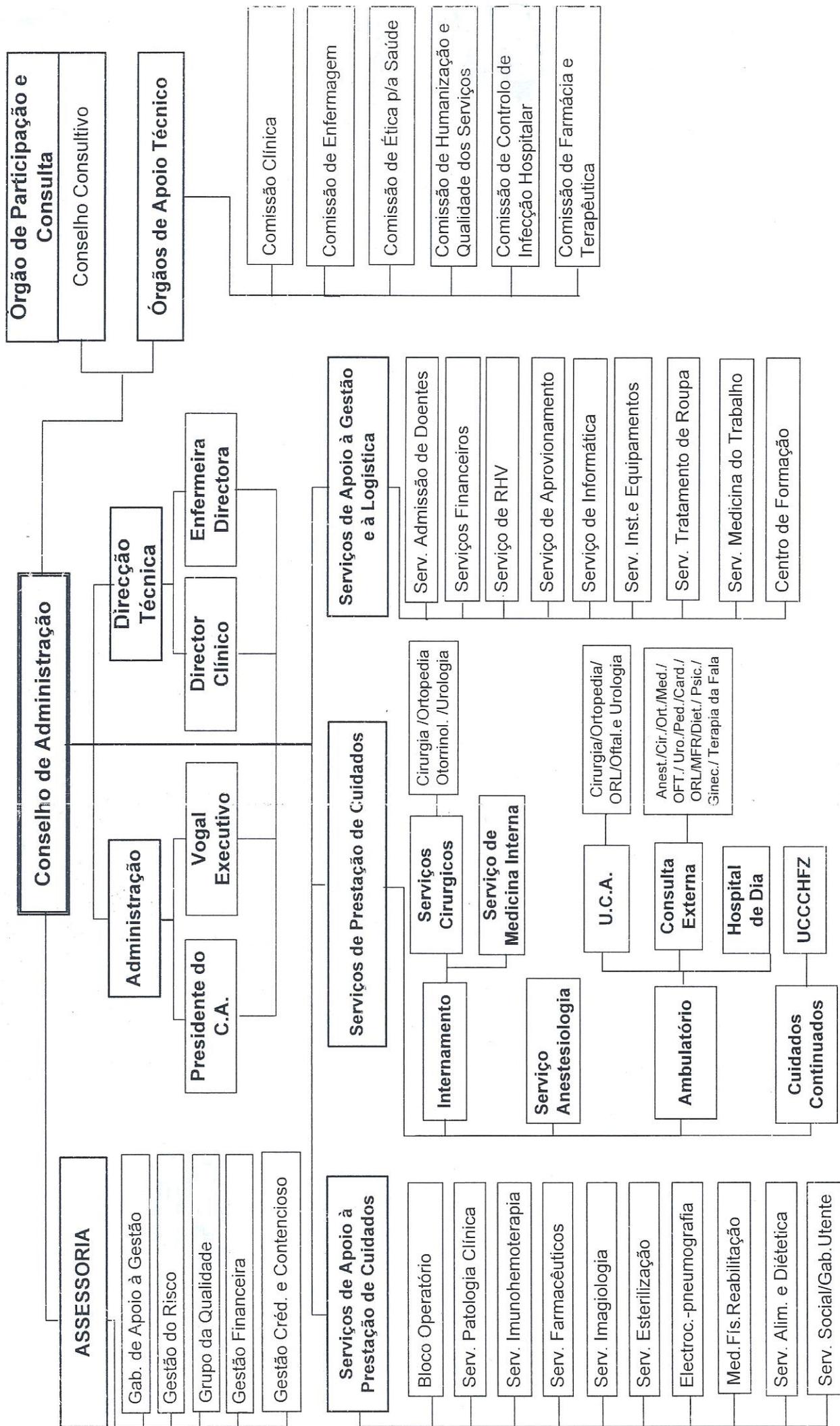
Elaborado Por: Vogal Executivo
 Director/Responsável do Serviço:

Data: 30.03.04
 Referência do Documento: 01.20.02

A Rever em: Abril 2007
 Data: 31/03/04

Approved By: *[Signature]*
 HOSPITAL DR. FRANCISCO ZAGALO
 CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

HOSPITAL DR. FRANCISCO ZAGALO - OVAR



Elaborado Por: CA

Director/Responsável do Serviço:

Data: DEZ. 2009

A Rever em: DEZ.2014

Aprovado Por:

Referência do Documento: 01.20.05

Data:

Anexo 4 - Dados dos Recursos Humanos do HFZ



DECLARAÇÃO

A pedido da interessada e para efeitos de recolha de dados para tese de mestrado da Técnica Diagnóstico e Terapêutica de Análises Clínicas Vânia Regina Sampaio, informa-se:

| | Quadro/ Mapa | Outros Vínculos |
|----------------------------|-----------------|--------------------|
| 2005 | | |
| Médicos | 23 | 17 |
| Técnicos Superior de Saúde | 3 | |
| Serviço Social | 1 | |
| Técnico Superior | | 2 |
| Enfermagem | 64 | 12 |
| Dirigente | 5 | 1 |
| Téc.Diag.Terapêutica | 15 | |
| Administrativos | 25 | 9 |
| Técnico Profissional | 1 | |
| Técnico Secretariado | 1 | |
| Operário | 3 | |
| Serviços Gerais | 1 | |
| Auxiliares | 54 | 6 |
| Clínico Geral | 1 | |
| 2011 | | |
| Médicos | 15 | 8 |
| Técnicos Superior de Saúde | 1 | 3 |
| Técnico Superior | 3 | 3 |
| Téc.Diag.Terapêutica | 12 | 4 |
| Enfermagem | 42 | 11 |
| Dirigente | 1 | 2 |
| Assistente Técnica | 20 | 10 |
| Assistente Operacional | 36 | 21 |
| Técnico Informático | | 1 |

| | | |
|----------------------------|---|--|
| Aposentados 2011 | | |
| Médicos | 3 | |
| Técnicos Superior de Saúde | | |
| Téc.Diag.Terapêutica | | |
| Enfermagem | 2 | |
| Assistente Técnica | 3 | |
| Assistente Operacional | 1 | |

A Assistente Técnica do Serviço de
Recursos Humanos


(Maria de Fátima)

Anexo 5 - Quadro conceptual

Anexo 5 - Quadro conceptual

| CONCEITO | VARIAVEL | INDICADOR |
|------------------------------------|--|--|
| Profissionais de saúde | -Clínicos | -Auxiliares de ação médica -Enfermeiros -Médicos -Técnicos superiores de saúde -Técnicos de Diagnóstico e terapêutica |
| | -Não clínicos | -Administrativos -Auxiliares de ação médica -juristas -informáticos -Serviços gerais -Técnicos superiores |
| Profissionais com função de chefia | -Diretores de serviços -Responsáveis de serviço | -Médicos -Técnicos Superiores |
| | -Chefias intermédias | -Enfermeiros Chefes -Chefes de secção -Técnicos coordenadores -Outros responsáveis |
| Acreditação | -Reconhecimento de projetos da Qualidade implementados na Instituição | -Acreditação Joint Commission International -Acreditação King's Found Health Quality Service -Certificação ISO (International Standartisation Organisation) -Outro: _____ -Não sabe/desconhece |
| | -Participação | -Não participou -Participou -Que tipo de participação teve? _____ |
| | - Reconhecimento da importância da Acreditação como instrumento de melhoria da Qualidade dos serviços | Nenhuma importância Pouco importância Importância média Importância elevada -não sabe |
| Perceção da Qualidade | -Identificação de procesos de melhoria continua da qualidade na Instituição (Escala de 1 a 5 com possibilidade de responder Ns-Não sei) | -Existência de comissão da qualidade -Existência de comissão de gestão do risco e controlo de infeção hospitalar -Existência de comissão de ética -Existência de comissão de humanização -Existência de avaliação de desempenho aos funcionários -Existência de processo de avaliação dos serviços através do QUAR -Existência de tratamento de sugestões, satisfação e queixas dos utentes -Existência de tratamento de sugestões e da satisfação dos profissionais |
| | -Identificação da existência dos princípios/critérios da Qualidade na Instituição (Escala de 1 a 5 com possibilidade de responder Ns-Não sei) | -Liderança: existe compromisso, apoio e envolvimento da gestão de topo com o planeamento da política de Qualidade da Instituição -Orientação para o cliente: a Instituição responde às necessidades, direitos, solicitações, expectativas e satisfação dos seus clientes -Gestão e envolvimento das pessoas: a gestão de topo sabe gerir e reconhece o potencial dos seus profissionais utilizando as suas capacidades para a melhoria dos serviços -Aprendizagem: a Instituição promove e facilita formação aos profissionais a gestão de topo sabe gerir e reconhece o potencial dos seus profissionais utilizando as suas capacidades para a melhoria dos serviços - Gestão de recursos: A Instituição pratica uma política de gestão de recursos financeiros, matérias e de informação que resultam na melhoria dos resultados e diminuição dos gastos - Gestão de processos: A Instituição promove a utilização adequada de práticas e procedimentos que se traduzem em melhorias nas atividades |
| | -Reconhecimento de resultados da qualidade (Escala de 1 a 5 com possibilidade de responder Ns-Não sei) | -há melhoria da qualidade dos cuidados -há melhoria do estado de saúde dos pacientes atribuíveis aos cuidados recebidos -há melhoria de interação entre prestadores e pacientes -há melhoria de interação entre gestores e prestadores -há melhoria da gestão e interação na prestação de cuidados entre instituições -há melhorias na da atividade de gestão de recursos financeiros, humanos e materiais -há melhoria na qualidade dos meios complementares de diagnóstico -Eficácia (as intervenções produzem o efeito desejado) -Eficiência (objetivos são atingidos minimizando o uso de recursos) -Segurança (redução do risco para pacientes e profissionais) -Acesso (a população obtém cuidados adequados às suas necessidades) -Equidade (cuidados prestados de acordo com a capacidade dos pacientes beneficiarem delas ou das suas necessidades específicas) |
| | -Identificação de problemas da qualidade | Questão aberta |

Anexo 6 – Questionário

QUESTIONÁRIO
Perceção dos profissionais de saúde sobre qualidade dos serviços:
Efeitos da Acreditação

Com este questionário pretende-se analisar a perceção dos profissionais sobre a Qualidade em saúde e os potenciais efeitos da Acreditação nessa perceção. O mesmo faz parte de um trabalho de investigação em colaboração com a Universidade de Aveiro, pelo que as respostas serão confidenciais e anónimas. É importante que complete o questionário de forma individual, sendo tão sincero e espontâneo quanto possível. Por favor, depois de preencher o questionário, coloque-o dentro do envelope que lhe foi entregue juntamente com o questionário e entregue-o à pessoa responsável pelo estudo.

COMO PRENCHER ESTE QUESTIONÁRIO

Este questionário está dividido em duas partes:

I Parte

Diz respeito apenas à caracterização sócio-demográfica dos inquiridos. Por favor preencha as questões e assinale com uma cruz o grupo a que pertence. É importante que indique a data em que iniciou a sua atividade nesta Instituição.

II Parte

Nesta parte são apresentados conjuntos diferentes de perguntas relacionadas com a melhoria da Qualidade dos serviços e os seus processos.

Nas perguntas 1, 2 e 3 assinale, por favor, a escolha que melhor se enquadra com o seu conhecimento ou opinião.

Nas perguntas 4, 5 e 6 pedimos-lhe que responda de acordo com a sua concordância relativamente a cada uma das questões, da seguinte forma:

1 - Nenhuma; **2** - Pouca; **3** - Média; **4** - Bastante -; **5** - Totalmente

Ns - não sei/desconheço

Ponha uma cruz por baixo do número da escala que melhor traduza a sua opinião, ou caso não saiba responder, coloque a cruz debaixo do **Ns**.

Obrigada pela sua colaboração

I Parte: caracterização sócio-demográfica e profissional dos inquiridos

1- Idade: _____:

2- Sexo: F |_| M |_|

3- Data em que iniciou a sua atividade na Instituição:

___/___/___ (basta o mês e ano)

4- Indique as suas habilitações académicas:

| Habilitações académicas | |
|--------------------------------|--|
| inferior ao 9º ano | |
| 9º ano | |
| 12º ano | |
| Curso Técnico | |
| Bacharelato | |
| Licenciatura | |
| Mestrado | |
| Doutoramento | |

5- Indique o grupo profissional a que pertence:

| Grupo profissional | |
|--|--|
| Assistente operacional (Auxiliares de ação médica, telefonista, operário indiferenciado) | |
| Assistente Técnica (Administrativos, técnico-profissionais) | |
| Enfermeiro | |
| Médico | |
| Técnico de Diagnóstico e Terapêutica | |
| Técnico superior | |
| Técnico superior de saúde | |
| Outro: | |

6- Exerce funções de chefia? Sim |_|, Qual _____
_____ Não |_|.

7- Qual a sua situação laboral na Instituição:

| Vínculo Contratual | |
|---|--|
| Contracto de Trabalho por Tempo Indeterminado | |
| Prestação de Serviços | |
| Trabalho temporário | |
| Outro | |
| Qual? | |

II Parte:

1- Que projecos de Acreditação reconhece como tendo sido implementados na Instituição? (por favor assinale somente a opção que entender correta)

| | |
|--|--|
| Acreditação pelo <i>Joint Commission International</i> | |
| Acreditação pelo <i>King's Fund Health Quality Service</i> | |
| Certificação ISO | |
| Outros (especifique quais): | |
| Não sabe | |

2- Participou em algum destes projetos?

Sim | |

Não | |

2.1- Se respondeu 'Sim' à questão anterior, indique por favor com letra legível:

Que função ou atividade desempenhou: _____

3- Que importância reconhece ao processo de Acreditação hospitalar como instrumento de melhoria da Qualidade dos serviços:

| | |
|---------------------|--|
| Nenhuma importância | |
| Pouco importância | |
| Importância média | |
| Importância elevada | |
| Não sabe | |

4- Assinale o grau de implementação atual dos seguintes processos de Qualidade no hospital onde trabalha sendo que 1 corresponde a nenhuma implementação e 5 a implementação total.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Ns |
|---|---|---|---|---|---|----|
| Comissão da qualidade | | | | | | |
| Comissão de gestão do risco | | | | | | |
| Comissão de controlo de infeção hospitalar | | | | | | |
| Comissão de ética | | | | | | |
| Comissão de humanização | | | | | | |
| Avaliação de desempenho aos funcionários | | | | | | |
| Processo de avaliação dos serviços através do Quadro de Avaliação de Responsabilidades (QUAR) | | | | | | |
| Tratamento de sugestões, satisfação e queixas dos utentes | | | | | | |
| Tratamento de sugestões e satisfação dos profissionais | | | | | | |

5- Da seguinte lista de princípios da qualidade, assinale com uma cruz o seu grau de implementação atual na Instituição sendo que 1 corresponde a nenhuma implementação e 5 a implementação total.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Ns |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| Envolvimento da gestão de topo com o planeamento da política de melhoria contínua da Qualidade da Instituição | | | | | | |
| Resposta da Instituição às necessidades, direitos, solicitações, expectativas e satisfação dos seus clientes/utentes | | | | | | |
| A gestão de topo reconhece o potencial dos seus profissionais utilizando as suas capacidades para a melhoria dos serviços | | | | | | |
| A Instituição promove e facilita formação aos profissionais centrada nas necessidades de desenvolvimento e inovação | | | | | | |
| A Instituição pratica uma política de gestão de recursos financeiros, que resulta na melhoria dos resultados e diminuição dos gastos | | | | | | |
| A Instituição pratica uma política de gestão de recursos materiais que resulta na melhoria dos resultados e diminuição dos gastos | | | | | | |
| A Instituição pratica uma política de gestão de recursos de informação e comunicação que resulta na melhoria dos resultados e diminuição dos gastos | | | | | | |
| A Instituição pratica uma política de gestão de recursos humanos que resulta na melhoria dos resultados e diminuição dos gastos | | | | | | |
| A Instituição promove a utilização adequada de procedimentos que conduzem a melhorias das práticas | | | | | | |

6- Indique em que medida os processos da qualidade implementados atualmente na Instituição têm, na sua opinião, conduzido à melhoria:

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Ns |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| Da qualidade dos cuidados | | | | | | |
| Do estado de saúde dos pacientes atribuíveis aos cuidados recebidos | | | | | | |
| Da interação entre profissionais e pacientes | | | | | | |
| Da interação entre gestores e profissionais | | | | | | |
| Da interação entre os diferentes Serviços da Instituição | | | | | | |
| Da gestão e interação na prestação de cuidados entre diferentes Instituições de saúde | | | | | | |
| Da qualidade dos meios complementares de diagnóstico | | | | | | |
| Na obtenção dos efeitos desejados face aos recursos utilizados | | | | | | |
| Da minimização dos custos sem prejuízo dos cuidados prestados | | | | | | |
| Da diminuição dos riscos para os pacientes | | | | | | |
| Da diminuição dos riscos para os profissionais | | | | | | |
| Da obtenção de cuidados com qualidade adequados às necessidades da população | | | | | | |
| Da prestação de cuidados de acordo com a capacidade dos pacientes beneficiarem deles ou das suas necessidades específicas | | | | | | |

7- Descreva uma situação que verifique ocorrer na Instituição, que constitua na sua opinião, um exemplo de uma prática que interfere com a qualidade dos serviços (por favor, é importante que a letra seja legível):

Obrigada pela sua colaboração

Anexo 7 – Autorização para a realização do Estudo

EXTRACTO DA ACTA NÚMERO QUARENTA E QUATRO DA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL DR. FRANCISCO ZAGALO – OVAR, EFECTUADA NO DIA QUINZE DE DEZEMBRO DE 2009.

Para: Técnica Coordenadora do Serviço de Patologia Clínica e Transfusões Vânia Sampaio

10º - Presente uma comunicação interna da Técnica Coordenadora do Serviço de Patologia Clínica e Transfusões Vânia Sampaio, que se anexa e faz parte integrante da presente acta, solicitando autorização para efectuar uma recolha de dados para a tese de mestrado que frequenta na Universidade de Aveiro. -----
O Conselho de Administração deliberou autorizar a realização do trabalho e solicita que lhe seja facultado "feedback" dos resultados.-----
O documento segue para o Secretariado para os devidos efeitos. -----

Anexo 8 – Autorização para aplicação do Questionário

Toma-se conhecimento,
divulgue-se os serviços.

De: Vânia Regina Godinho Sampaio

Nuno Lopes
Presidente do Conselho
de Administração

Nuno L
01-06-11

Para: Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração
Do Hospital Dr. Francisco Zagalo – Ovar

Dr. João Paredes
Vogal Executivo

Assunto: fase do estudo de investigação autorizado pelo CA

ENF.^a M.^a EMILIA CORREIA
ENFERMEIRA DIRECTORA

Na sequência da autorização que me foi concedida pelo CA para a realização do estudo de investigação sobre o tema "Percepção dos profissionais de saúde sobre os efeitos da Acreditação na Qualidade dos Serviços", informo que o referido estudo se encontra na fase de realização do pré-teste e que dentro de uma semana se irá proceder à aplicação do respectivo inquérito aos profissionais da Instituição.
Grata pela colaboração, com os melhores cumprimentos

Ovar, 1 de Junho de 2011

Vânia Regina Godinho Sampaio
Vânia Regina Godinho Sampaio

| |
|--------------------------------------|
| HOSPITAL DR. FRANCISCO ZAGALO - OVAR |
| ENTRADA <u>conceição</u> |
| EM <u>01.06.11</u> |

Mail enviado
em 02.06.11.