

A Qualidade Organizacional na perspectiva dos profissionais de Saúde e a Satisfação dos utentes.

O caso da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP)
do Hospital do SAMS

Claudia Marisa Gonçalves da Silva Costa Pereira

Dissertação Submetida como requisito parcial para obtenção do grau de:

Mestre em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde
Especialização em Políticas de Administração
e Gestão de Serviços de Saúde



168 044

Orientadores:

Prof. Doutor Carlos Alberto da Silva
Prof.^a Doutora Margarida Saraiva



Évora 2008

Dissertação de: Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde
Especialização em Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

Instituição: Universidade de Évora / Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

Título: A Qualidade Organizacional na perspectiva dos profissionais de saúde e a Satisfação dos utentes. O caso da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP) do Hospital do SAMS.

Autora: Claudia Marisa Gonçalves da Silva Costa Pereira

Orientadores: Prof Doutor Carlos Alberto da Silva e Prof^a Doutora Margarida Saraiva

Data: Dezembro de 2008

Agradecimentos

A realização desta dissertação não teria sido possível sem a valiosa colaboração, e apoio de várias pessoas, a quem aqui quero expressar os meus agradecimentos.

Os meus agradecimentos ao Prof. Doutor Carlos Alberto da Silva pelo apoio demonstrado, as críticas e sugestões que tanto me ensinaram.

De uma forma especial agradeço à Prof^a Doutora Margarida Saraiva pela orientação e apoio manifestados ao longo deste trabalho, sempre com uma palavra de carinho, amizade e incentivo.

Quero ainda expressar o meu agradecimento a todos aqueles que contribuíram para a elaboração desta tese, aos colaboradores e responsáveis da UCIP do Hospital do SAMS e utentes desta unidade, cujo contributo foi fundamental na aplicação dos inquéritos por questionário, o meu muito obrigado.

Um obrigado muito especial aos meus pais, por me terem proporcionado sempre todas as condições para a minha evolução académica, e acima de tudo, por nunca terem deixado de acreditar em mim.

Agradeço ainda aqueles que, com todo seu carinho, paciência e amizade em muito me apoiaram ao longo deste percurso.

Por último, à minha filha, sem o seu amor nada disto teria sido possível.

Este trabalho é dedicado a ti!

A Qualidade Organizacional na perspectiva dos profissionais de saúde e a Satisfação dos utentes. O caso da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP) do Hospital do SAMS.

Resumo

Neste ambiente turbulento de constante mudança que caracteriza a época actual, as instituições de saúde têm que se adaptar e adoptar novas formas de organização e sistemas de gestão, que lhes permitam atender a satisfação das necessidades dos utentes e que tornem possível a harmonia entre os objectivos organizacionais e individuais, de modo a obter os melhores desempenhos.

A finalidade do presente estudo consiste em caracterizar o perfil da qualidade organizacional da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Hospital do SAMS, na perspectiva dos seus profissionais de saúde (Colaboradores e responsáveis) e o grau de satisfação dos três grupos de actores organizacionais estudados neste trabalho científico (responsáveis, colaboradores e utentes). Para alcançar este objectivo, utilizou-se uma abordagem metodológica suportada pelo modelo *Common Assessment Framework* (CAF). Para tal, privilegiou-se a utilização e análise dos critérios de meios do presente modelo: Liderança, Planeamento e Estratégia, Pessoas, Parcerias e Recursos e Processos. Os dados do estudo foram recolhidos através da aplicação de um inquérito por questionário aos actores organizacionais e o tratamento dos dados estatísticos foi realizado com o apoio dos softwares SPSS, versão 16.0, e do Microsoft Excel.

Da análise dos resultados obtidos retiraram-se pontos fortes, pontos fracos e sugestões de melhoria para a organização em estudo. A percepção dos profissionais de saúde pode ser usada como um indicador adicional da qualidade organizacional dos serviços de saúde. Para melhorar essa qualidade, os órgãos de gestão devem encorajar o envolvimento de todos os profissionais no processo de gestão, na elaboração do plano de actividades e na definição dos objectivos organizacionais. Neste sentido, este trabalho serviu de diagnóstico e introduz uma ferramenta de avaliação da qualidade, que permite aos serviços de saúde, em geral, e ao serviço em estudo, em particular, o seu

autoconhecimento e, desta forma, iniciarem a sua escalada no caminho da excelência dos serviços prestados tendo sempre por base a qualidade.

Palavras-chave: Qualidade, Modelo *Common Assessment Framework* (CAF), Grau de Satisfação.

**The organizational quality in the perspective of the health
professionals and the satisfaction of the usuaries.
Hospital of SAMS UCIP – Case Study**

Abstract

In this turbulent time of constant change, the institutions of health have to adapt themselves and adopt new forms of organization and administration that allow them to satisfy the needs of the users, allowing the harmony between organized objectives and individuals in a way that will give us the best outcomes.

The result of the present study characterizes the outline of organizational quality of the intensive care unit of Hospital SAMS in the views of the health professionals (the collaborators and others responsible) and the extent to which the three groups mentioned are satisfied in this scientific work (the responsible party, the collaborators, and the patients). In order to arrive at this objective, we used a methodological overview supported by the Common Assessment Framework model (CAF). In order to achieve this, we used the criteria of Leadership, Planning and Strategy, People, and Resources and Processes. The data were collected in the form of a questionnaire and the statistically analyzed using the Microsoft Excel software SPSS, version 16.0.

Given the analysis of these results, we studied strengths, weaknesses, and suggestions for improvement of the organization being studied. The perception of the health professionals can be used as an indicator for additional quality in the service of health. For this better quality, everyone should be involved in the process of running the business, in the elaboration of the activity plan, and in defining the objectives for the organization. In this sense, the study serves as diagnostic, introducing a tool for the evaluation of quality, that allows the health services in general, and particularly this institution, to study itself and begin its ascent to providing excellent service based on quality.

Key words: Quality, Common Assessment Framework (CAF), Degree of Satisfaction.

Índice Geral

Índice Geral	i
Índice de Tabelas	iv
Índice de Gráficos	viii
Índice de Figuras	x
Lista de Abreviaturas e Siglas	xi
Introdução	1
Parte I – STATE OF ARTS	
CAPÍTULO 1	6
Qualidade	6
1.1 Evolução da Qualidade	6
1.1.1 Total Quality Management: o novo paradigma da Qualidade	9
1.2 Os Pioneiros da Gestão da Qualidade	11
1.2.1 W. Edwards Deming	13
1.2.2 Joseph Juran	17
1.2.3 Philip B. Crosby	20
1.2.4 Outros contributos importantes na área da Qualidade	22
1.3 Qualidade na Saúde	25
1.3.1 Breve abordagem histórica do conceito de Qualidade na saúde	26
1.3.2 Qualidade na Saúde em Portugal	30
1.3.3 Qualidade nas Organizações de Saúde	32
1.4 Prémios Internacionais para a Qualidade	37
1.4.1 Organização Internacional de Normalização (ISO)	38
1.4.2 Estrutura Comum de Avaliação da Qualidade das Administrações Públicas da União Europeia (C.A.F. – <i>Common Assessment Framework</i>)	39
CAPÍTULO 2	40
<i>Common Assessment Framework</i>	40
2.1 Conceito	40
2.2 Origem e evolução	41
2.3 Principais características	42
2.4 Objectivos	43
2.5 Critérios e subcritérios da CAF	45
2.6 Sistema de pontuação da CAF	49
2.6.1 O «sistema de pontuação clássico» ou <i>Classical CAF Scoring</i>	49
2.6.2 O «sistema de pontuação avançado» ou <i>Fine-tuned CAF Scoring</i>	51
2.7 Factores de sucesso para implementar a CAF	53
2.8 Linhas de orientação para aplicação da CAF	55
2.9 Aplicações práticas do Modelo CAF	57
2.9.1 A CAF em Portugal	57
2.10 <i>Bench learning</i> e/ou <i>benchmarking</i> ?	61
2.10.1 <i>Bench learning</i> e a CAF	62

2.10.2 <i>Benchmarking</i> e a CAF	63
------------------------------------	----

Parte II – ESTUDO EMPIRICO

CAPÍTULO 3	64
Opções Metodológicas	64

3.1 Objectivo do estudo	64
3.2 Métodos e Técnicas	66
3.3 Questionários de satisfação para utentes/doentes	69
3.4 Questionários de diagnóstico e satisfação dos colaboradores	70
3.5 Questionários de diagnóstico e satisfação dos responsáveis	74
3.6 Caracterização do SAMS/UCIP	80

CAPÍTULO 4	83
Resultados	83

4.1 Questionário de diagnóstico para colaboradores	84
4.1.1 Caracterização pessoal	84
4.1.2 Liderança (Critério 1)	90
4.1.2.1 Missão, visão e valores (Subcritério 1.1)	90
4.1.2.2 Liderança como modelo (Subcritério 1.3)	95
4.1.3 Planeamento e estratégia (Critério 2)	98
4.1.3.1 Necessidades presentes e futuras (Subcritério 2.1)	98
4.1.3.2 Desenvolver, rever e actualizar (Subcritério 2.2)	100
4.1.3.3 Avaliar estratégias (Subcritério 2.3)	101
4.1.4 Pessoas (Critério 3)	103
4.1.4.1 Competências versus metas e objectivos (Subcritério 3.2)	103
4.1.4.2 Delegação de responsabilidades (Subcritério 3.3)	106
4.1.5 Parcerias e recursos (Critério 4)	109
4.1.5.1 Promoção das relações da parceria (Subcritério 4.1)	109
4.1.5.2 Gerir conhecimento (Subcritério 4.3)	110
4.1.5.3 Gerir Tecnologia (Subcritério 4.5)	111
4.1.6 Processos (Critério 5)	112
4.1.6.1 Identificação e melhoria de processos (Subcritério 5.1)	112
4.1.6.2 Modernização e Inovação (Subcritério 5.3)	114
4.1.7 Grau de satisfação	117
4.1.7.1 Imagem Global	118
4.1.7.2 Acessibilidades	119
4.1.7.3 Produtos e serviços	119
4.1.7.4 Condições de higiene e conforto	120
4.1.8 Considerações finais	121
4.1.9 Matriz dos resultados e conclusões referente aos colaboradores	122
4.2 Questionário de diagnóstico para responsáveis	129
4.2.1 Caracterização pessoal	130
4.2.2 Liderança (Critério 1)	133
4.2.2.1 Missão, visão e valores (Subcritério 1.1)	133
4.2.2.2 Sistema de gestão (Subcritério 1.2)	136
4.2.2.3 Liderar servindo de modelo (Subcritério 1.3)	137
4.2.3 Planeamento e estratégia (Critério 2)	139
4.2.3.1 Necessidades presentes e futuras (Subcritério 2.1)	140

4.2.3.2 Desenvolver, rever e actualizar (Subcritério 2.2)	141
4.2.3.3 Avaliar estratégias (Subcritério 2.3)	142
4.2.4 Pessoas (Critério 3)	143
4.2.4.1 Planear, gerir e melhorar os recursos humanos (Subcritério 3.1)	143
4.2.4.2 Competências versus metas e objectivos (Subcritério 3.2)	145
4.2.4.3 Delegação de responsabilidades (Subcritério 3.3)	147
4.2.5 Parcerias e recursos (Critério 4)	150
4.2.5.1 Gerir Tecnologia (Subcritério 4.5)	150
4.2.6 Processos (Critério 5)	150
4.2.6.1 Identificação e melhoria de processos (Subcritério 5.1)	150
4.2.6.2 Modernização e Inovação (Subcritério 5.3)	152
4.2.7 Grau de satisfação	156
4.2.7.1 Imagem Global	156
4.2.7.2 Acessibilidades	157
4.2.7.3 Produtos e serviços	158
4.2.7.4 Condições de higiene e conforto	158
4.2.8 Considerações finais	159
4.2.9 Matriz dos resultados e conclusões referente aos responsáveis	160
4.3 Questionário de satisfação para utentes	168
4.3.1 Caracterização pessoas	168
4.3.2 Grau de satisfação	173
4.3.2.1 Imagem Global	173
4.3.2.2 Acessibilidades	174
4.3.2.3 Produtos e serviços	174
4.3.2.4 Condições de higiene e conforto	175
4.3.3 Considerações finais	176
4.3.4 Matriz dos resultados e conclusões referente aos utentes	177
4.4 Comparação entre o Grau de Satisfação versus utentes e profissionais de saúde	179
Conclusões	182
Limitações ao estudo	189
Propostas futuras	189
Bibliografia	190

Índice de Tabelas

Tabela 1.1 – Principais características da <i>Total Quality Management</i>	10
Tabela 1.2 – Os catorze princípios da gestão segundo Deming	14
Tabela 1.3 – As cinco doenças mortais da gestão segundo Deming	15
Tabela 1.4 – Os 10 princípios da gestão da qualidade segundo Juran	20
Tabela 1.5 – Os 14 passos para a melhoria da qualidade segundo Crosby	22
Tabela 1.6 – Declaração de princípios da Organização Mundial de Saúde	28
Tabela 1.7 – Modelos e Prémios Internacionais para a Qualidade	38
Tabela 2.1 - Características do Modelo CAF	43
Tabela 2.2 – Critérios e subcritérios de avaliação da CAF	46
Tabela 2.3 – Vantagens e desvantagens dos sistemas de pontuação	53
Tabela 2.4 – Factores de sucesso para implementar a CAF	54
Tabela 2.5 – Principais passos para implementar a CAF	56
Tabela 2.6 – Resumo da aplicação da CAF em Portugal	59
Tabela 2.7 – Aplicações práticas do modelo CAF em Portugal	60
Tabela 3.1 – Questões utilizadas no questionário de satisfação dos utentes	69
Tabela 3.2 – Questões utilizadas no questionário de diagnóstico e satisfação dos colaboradores	73
Tabela 3.3 – Questões utilizadas no questionário de diagnóstico e satisfação dos responsáveis	75
Tabela 3.4 - Frequências absolutas e relativas referentes aos questionários distribuídos e recolhidos	80
Tabela 4.1 – Distribuição dos colaboradores por idade	85
Tabela 4.2 - Distribuição dos colaboradores por habilitações literárias	86
Tabela 4.3 – Distribuição dos colaboradores por tempo de experiência profissional	88
Tabela 4.4 – Distribuição dos colaboradores por tempo de serviço na UCIP	89
Tabela 4.5 – Categoria profissional versus conhecimento da visão do departamento	91
Tabela 4.6 - Chi-Square Tests ou Teste Qui-quadrado	91
Tabela 4.7 – Em que aspectos contribuiu para a construção da missão e visão?	92
Tabela 4.8 – Categoria profissional versus contribuição para a construção da missão e visão do departamento	93
Tabela 4.9 – Chi-Square Tests ou Teste Qui-quadrado	93

Tabela 4.10 – Categoria profissional versus Liderança	97
Tabela 4.11 – Categoria profissional versus diagnóstico de necessidades e expectativas	99
Tabela 4.12 – Chi-Square Tests ou Teste Qui-quadrado	99
Tabela 4.13 – Participa no processo de elaboração do plano de actividades do departamento?	100
Tabela 4.14 – Categoria profissional versus participação na elaboração do plano de actividades do departamento	101
Tabela 4.15 – Chi-Square Tests ou Teste Qui-quadrado	101
Tabela 4.16 – Quais as iniciativas levadas a cabo para desenvolver as suas aptidões e novas competências enquanto colaborador do departamento?	104
Tabela 4.17 – Em que tipo de acções de formação já participou?	105
Tabela 4.18 - Qual a sua opinião sobre a existência dos mecanismos abaixo identificados no departamento?	105
Tabela 4.19 - Alguma vez avaliou o seu responsável de departamento?	106
Tabela 4.20 – Considera que tem autonomia necessária para desempenhar as suas funções?	107
Tabela 4.21 – O seu chefe delega em si responsabilidade pela execução da tarefa?	107
Tabela 4.22 – Considera que existem os mecanismos abaixo identificados no departamento?	108
Tabela 4.23 - Já alguma vez participou em reuniões com os seus responsáveis e colegas com o objectivo de encontrarem novos métodos de trabalho para ultrapassar problemas identificados?	113
Tabela 4.24 – Se tiver uma ideia sobre um novo método de trabalho o que faz?	114
Tabela 4.25 - Considera que possui os conhecimentos e as competências necessárias para aderir a um projecto de mudança que vise a qualidade do serviço prestado?	115
Tabela 4.26 – Categoria profissional versus conhecimentos e competências para aderir a um projecto de mudança que vise a qualidade	115
Tabela 4.27 – Chi-Square Tests ou Teste Qui-quadrado	115
Tabela 4.28 – Grau de satisfação dos colaboradores referente à imagem global	118
Tabela 4.29 – Grau de satisfação dos colaboradores referente às acessibilidades	119
Tabela 4.30 – Grau de satisfação dos colaboradores referente aos produtos e serviços	120
Tabela 4.31 – Grau de satisfação dos colaboradores referente às condições de higiene e conforto	120
Tabela 4.32 – Matriz dos resultados e conclusões referente aos colaboradores	122

Tabela 4.33 – Distribuição dos responsáveis por idade	130
Tabela 4.34 – Distribuição dos responsáveis por sexo	130
Tabela 4.35 - Distribuição dos responsáveis por habilitações literárias	131
Tabela 4.36 - Tempo de experiência profissional dos responsáveis	132
Tabela 4.37 – Distribuição dos responsáveis por tempo de serviço na UCIP	132
Tabela 4.38 – Categoria profissional versus conhecimento da visão	134
Tabela 4.39 – Chi-Square Tests ou Teste Qui-quadrado	134
Tabela 4.40 – De que forma é feita a gestão no seu departamento?	136
Tabela 4.41 – Categoria profissional versus diagnóstico de necessidades e expectativas dos colaboradores	140
Tabela 4.42 – Chi-Square Tests ou Teste Qui-quadrado	140
Tabela 4.43 – Participa no processo de elaboração do plano de actividades do departamento?	141
Tabela 4.44 - No processo de implementação do planeamento e estratégia no departamento que medidas são tomadas relativamente?	142
Tabela 4.45 - Considera que a política de gestão de recursos humanos existentes no organismo está adequada às necessidades do departamento?	144
Tabela 4.46 – De que forma analisa as carências actuais e futuras dos recursos humanos existentes no departamento?	145
Tabela 4.47 – Quais as iniciativas levadas a cabo para desenvolver aptidões e novas competências dos colaboradores do departamento?	145
Tabela 4.48 – Categoria profissional versus iniciativas desenvolvidas para novas competências e aptidões.	146
Tabela 4.49 – De que forma é elaborado o plano de formação no departamento?	147
Tabela 4.50 – Com que frequência os colaboradores são envolvidos nas actividades de melhoria?	147
Tabela 4.51 - De que modo os colaboradores são responsabilizados?	148
Tabela 4.52 - Considera que tem à sua disposição os meios tecnológicos necessários para o bom desenvolvimento do seu trabalho?	150
Tabela 4.53 – Na sequência da detecção de falhas nos circuitos dos processos, com que frequência são tomadas as seguintes medidas?	151
Tabela 4.54 – Enquanto responsável do departamento, como incentiva os seus colaboradores a participar no processo de mudança?	152
Tabela 4.55 - Indique de que forma prepara os seus colaboradores para a mudança/ melhoria contínua do departamento?	153
Tabela 4.56 – Quem participa no planeamento de mudança?	154
Tabela 4.57 – Grau de satisfação dos responsáveis referente à imagem global	157
Tabela 4.58 – Grau de satisfação dos responsáveis referente às acessibilidades	157

Tabela 4.59 – Grau de satisfação dos responsáveis referente aos produtos e serviços	158
Tabela 4.60 – Grau de satisfação dos responsáveis referente às condições de higiene e conforto	158
Tabela 4.61 – Matriz dos resultados e conclusões referente aos responsáveis	160
Tabela 4.62 – Distribuição dos utentes por idade	168
Tabela 4.63 - Distribuição dos utentes por habilitações literárias	170
Tabela 4.64 – Caracterização dos utentes quanto à classe profissional	171
Tabela 4.65 – Distribuição dos utentes por número de internamentos	171
Tabela 4.66 – Distribuição dos utentes por dias do último internamento	172
Tabela 4.67 – Grau de satisfação dos utentes referente à imagem global	173
Tabela 4.68 – Grau de satisfação dos utentes referente às acessibilidades	174
Tabela 4.69 – Grau de satisfação dos utentes referente aos produtos e serviços	175
Tabela 4.70 – Grau de satisfação dos utentes referente às condições de higiene e conforto	175
Tabela 4.71 – Matriz dos resultados e conclusões referente aos utentes	177
Tabela 4.72 – Grau de satisfação versus profissionais de saúde e utentes	179

Índice de Gráficos

Gráfico 4.1 – Distribuição dos colaboradores por grupo etário	85
Gráfico 4.2 – Distribuição dos colaboradores por sexo	86
Gráfico 4.3 – Distribuição dos colaboradores por categoria profissional	87
Gráfico 4.4 – Distribuição dos colaboradores por tempo de experiência profissional	88
Gráfico 4.5 – Conhece a visão formulada para o departamento onde desempenha funções?	91
Gráfico 4.6 – Contribui de alguma forma para a construção da missão e visão do departamento onde desempenha funções?	92
Gráfico 4.7 – Já-lhe foi comunicado a missão, visão e valores do departamento onde desempenha funções?	94
Gráfico 4.8 – Já foi solicitado a sua opinião sobre os valores que o departamento deveria defender?	94
Gráfico 4.9 – Indique a sua opinião sobre a liderança deste departamento	96
Gráfico 4.10 – São realizados inquéritos aos colaboradores com a finalidade de conhecer as suas necessidades expectativas?	99
Gráfico 4.11 – Indique os critérios para a elaboração do plano de actividades e da definição da estratégia	100
Gráfico 4.12 – Existem canais de comunicação interna para divulgação de plano de actividades e objectivos?	102
Gráfico 4.13 – Quando iniciou funções no departamento foi-lhe fornecido:	102
Gráfico 4.14 – Em que tipo de acções de formação já participou?	104
Gráfico 4.15 – Qual a sua opinião sobre a existência dos mecanismos abaixo identificados no departamento:	106
Gráfico 4.16 – Conhece as parcerias do departamento?	110
Gráfico 4.17 – Considera que as parcerias estratégicas estão claramente identificadas?	110
Gráfico 4.18 – Considera que tem à sua disposição informação necessária para o excelente desempenho das suas funções?	111
Gráfico 4.19 – Quais os meios tecnológicos que faltam para o bom desenvolvimento do seu trabalho?	111
Gráfico 4.20 – Alguma vez participou num grupo de trabalho criado para identificar falhas nos circuitos dos processos?	113
Gráfico 4.21 – Propôs soluções para ultrapassar as falhas identificadas?	113
Gráfico 4.22 – Conhece a visão formulada para o departamento onde desempenha funções?	134
Gráfico 4.23 – Indique de que forma são divulgados?	135
Gráfico 4.24 – Já foi solicitado a sua opinião sobre os valores que o departamento deveria defender?	136
Gráfico 4.25 – Enquanto responsável do departamento considera que:	137

Gráfico 4.26 – Como classifica quanto ao grau de importância, as iniciativas para a motivação dos seus colaboradores:	138
Gráfico 4.27 – Realiza inquéritos aos colaboradores com a finalidade de conhecer as suas necessidades e expectativas?	140
Gráfico 4.28 – Critérios para a elaboração do plano de actividades	142
Gráfico 4.29 – Enquanto responsável do departamento, o seu desempenho é avaliado?	148
Gráfico 4.30 – Já realizou acções de <i>benchmarking</i> com serviços que prosseguem missões idênticas?	153
Gráfico 4.31 – Possui os recursos necessários para promover a modernização e a inovação do departamento?	154
Gráfico 4.32 – Distribuição dos utentes por faixa etária	169
Gráfico 4.33 – Distribuição dos utentes por sexo	169

Índice de Figuras

Figura 1.1 – Ciclo de Shewhart /Ciclo de Deming / Ciclo PDCA	16
Figura 1.2 – Componentes para avaliação da qualidade dos serviços prestados na saúde	33
Figura 1.3 – Esquema simplificado de um processo	34
Figura 2.1 – Modelo EFQM	41
Figura 2.2 – Estrutura da CAF	45
Figura 2.3 – Pontuação dos Meios (SPC)	50
Figura 2.4 – Pontuação dos Resultados (SPC)	50
Figura 2.5 – Pontuação dos meios (SPA)	52
Figura 2.6 – Pontuação dos resultados (SPA)	52
Figura 3.1 – Modelo de análise	65
Figura 5 – Aplicação do modelo proposto	187

Lista de Abreviaturas e Siglas

AP – Administração Pública
CAF – Common Assessment Framework
DGAP – Direcção Geral Administração Publica
EFQM - European Foundation for Quality Management
EIPA – European Institute for Public Administration
IPQ – Instituto Português da Qualidade
IQS – Instituto Português da Qualidade
ISO – Organização Internacional de Normalização
ONU – Organização das Nações Unidas
OMS – Organização Mundial de Saúde
PDCA - Plan-Do-Check-Act
PDN – Plano de Demonstração Nacional
SAMS – Serviço Assistência Medico Social
SQ – Sistema de Qualidade
SPA – Sistema de Pontuação Avançada
SPC – Sistema de Pontuação Clássica
SPSS - Statistical Package for the Social Siences
TQM - Total Quality Management
UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes
UE – União Europeia
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

Introdução

Na sociedade globalizada, em que actualmente se vive, a qualidade é um tema de grande actualidade. Como resultado da crescente internacionalização dos mercados e do aumento da exigência dos clientes e da sociedade, em geral, as empresas estão sujeitas a um ambiente de enorme pressão concorrencial, em permanente alteração, o que significa que cada vez mais têm que ser competitivas à escala mundial para sobreviverem.

A qualidade tal, como se apresenta actualmente, é resultado de uma evolução que tem como ponto de partida a massificação da produção industrial.

A qualidade é uma palavra de origem latina "*qualis*" que significa algo que se apresenta tal como é na realidade (Pires, 2000). A qualidade é um factor de extrema importância para produtores, clientes e consumidores e que se vai repercutir nas estratégias de produção. É também um factor de concorrência internacional que é preciso ter em conta.

A preocupação com a qualidade tem aumentado nas últimas décadas. Vários factores, contribuem para essa maior atenção: as preocupações com a "contenção de custos", maior atenção da população aos aspectos de qualidade. Assim, a qualidade é cada vez mais um factor de escolha e a alteração dos mecanismos de financiamento, com a introdução de risco financeiro para os prestadores, tem criado algum receio de uma diminuição da qualidade. Face a estas preocupações, as instituições prestadores de serviços têm procurado reagir.

As preocupações com a qualidade sempre existiram e são de modo intrínseco à natureza humana.

Qualidade na saúde é satisfazer e diminuir as necessidades e não responder à procura, oferecendo mais. É ser proactivo para prevenir e dar resposta e não para a procura de novas oportunidades de mercado, reunir integradamente como atributo a efectividade, eficiência e a equidade e não a exigência única de aceitabilidade.

O interesse crescente pela certificação em domínios distintos como a qualidade, o ambiente e a segurança e saúde dos trabalhadores, vem responder a diferentes necessidades sentidas ao nível das organizações, seja nas relações entre cliente e fornecedor, seja nas relações com diferentes partes interessadas num contexto de globalização de economia e de crescente preocupação com a responsabilidade das organizações nestas temáticas.

Devido à sua grande pertinência, a qualidade é um tema que vem sendo abordado desde há muitos anos a esta parte por inúmeros autores. Rocha (2006) fala de cinco escolas: Deming, Juran, Feigenbaum, Crosby e Ishikawa. Todos eles abordam a temática da Gestão da Qualidade Total de uma forma independente e diferente, que vai do controlo à gestão da qualidade propriamente dita.

Actualmente, é uma necessidade plena as instituições de saúde seguirem o rumo da qualidade, não só pela exigência crescente da sociedade em geral, mas também porque estas são o motor da competitividade nacional.

As transformações porque estão a passar as organizações de saúde do sector público e privado colocam sérias reflexões sobre a estrutura organizacional e o processo de gestão a adoptar para que realizem a sua missão, num mundo global em permanente mudança, onde as fontes de informação e do conhecimento se multipliquem. Crescem as exigências, aumentam as expectativas, adquirem-se novas experiências e modifica-se o padrão dos consumidores.

Assim sendo, a aplicação de um processo de diagnóstico numa organização é, de uma forma geral, uma tarefa fulcral mas difícil. Mas, sem o envolvimento de todos, desde responsáveis a colaboradores e utentes, o rumo à excelência nunca será iniciado.

Para que haja qualidade e para de facto as organizações possam falar em pleno direito em qualidade, terão de avaliar. Actualmente, as instituições possuem uma ferramenta de autoavaliação que lhes permite não só fazerem um auto conhecimento (diagnóstico) como também avaliarem a qualidade dos serviços

prestados para que seja o início da implementação de sistemas eficazes de gestão da qualidade no caminho da excelência.

Apesar de existirem diversos modelos referentes à qualidade que poderiam ser aplicados e utilizados, este estudo centrou-se num modelo: o *Common Assessment Framework* (CAF), com o objectivo de identificar os pontos fortes, os pontos fracos e os processos de melhoria para a organização em estudo: a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Hospital do SAMS.

Trata-se de uma ferramenta de autoavaliação simples e fácil de aplicar a qualquer organismo, com resultados práticos bem definidos e úteis. É uma ferramenta já amplamente aplicada, que tem vindo a ser utilizada de forma crescente nos pais de União Europeia. Num estudo realizado pela *European Institute for Public Administration* (EIPA), em 2003, verificou-se que este já tinha sido aplicado em cerca de 500 organizações, em 22 países Europeus.

Este estudo surge de um trabalho de recolha e análise documental e procura recolher informação relevante sobre a qualidade numa instituição de saúde, nomeadamente no Hospital do SAMS, um hospital privado da região de Lisboa.

Com o objectivo de melhor conhecer esta problemática, optou-se pela realização de um estudo sobre a qualidade organizacional da UCIP do Hospital do SAMS, baseado em algumas teorias que focam o problema, em trabalhos empíricos realizados nesta área e, por fim, nas respostas expressas pelos profissionais de saúde, acerca do modo como tem sido conduzido o processo de organização e gestão deste serviço, dando oportunidade aos actores organizacionais (responsáveis, colaboradores e utentes) expressarem as suas opiniões sobre o modo como têm sido conduzidos e geridos os serviços, nos quais desempenham funções. O principal objectivo deste estudo é caracterizar o perfil da qualidade organizacional da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Hospital do SAMS, na perspectiva dos seus profissionais de saúde, designadamente médicos e enfermeiros. Por outro lado, neste estudo também se avalia o grau de satisfação com o serviço prestado, na óptica dos utentes, colaboradores e responsáveis, nas classes de médico e enfermeiro, com a

finalidade de definir alguns pontos fortes, pontos fracos e acções de melhoria, que poderão servir as políticas e estratégias da qualidade na UCIP.

Desta forma e neste trabalho científico representar-se-á o modelo e explicar-se-á para que serve, apresentando-se as vantagens que apresenta, a forma como se aplica às organizações e as linhas de orientação aplicáveis.

O estudo encontra-se estruturado em duas partes fundamentais: um enquadramento teórico e um enquadramento metodológico. O enquadramento teórico constitui a primeira parte estruturante do estudo e serve de fundamento teórico à realização do trabalho empírico.

Este trabalho é constituído por 5 capítulos.

No primeiro capítulo realiza-se uma abordagem sobre temáticas como, Qualidade, evolução histórica da qualidade, pioneiros da qualidade, qualidade na saúde de forma a realizar um enquadramento conceptual do tema.

No segundo capítulo é referenciado e apresentado o modelo *Common Assessment Framework* (CAF), nomeadamente, o conceito, a sua origem e evolução, objectivos, critérios, metodologia de aplicação e o *benchmarking*, que vai permitir a comparação entre produtos e serviços entre organizações, instituições e serviços concorrentes.

No terceiro capítulo expõe-se o estudo empírico, aplicação do modelo, apresenta-se os objectivos e a metodologia aplicada na parte empírica do estudo. É neste que se aborda o inquérito de opinião por questionário às três populações seleccionadas, nomeadamente no que se refere à elaboração do questionário, à enumeração das suas questões e ao que se pretende alcançar com cada questão ou grupo de questões. É igualmente realizada uma breve caracterização da instituição onde o estudo decorreu.

No quarto capítulo apresentam-se os resultados relativos à aplicação da metodologia de investigação, ou seja, os resultados relativos à análise dos dados adquiridos com a aplicação do questionário, analise esta efectuada

relativamente aos cinco critérios de meios do modelo *Common Assessment Framework* (CAF) na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP) do Hospital do SAMS. Estes resultados são ilustrados por tabelas e gráficos, concomitantemente com interpretação descritiva dos mesmos.

O antepenúltimo capítulo é a conclusão de todos os assuntos abordados no estudo, ou seja, a sintetização das principais inferências retiradas ao longo do mesmo.

O penúltimo capítulo apresenta as limitações ao estudo. E, por fim, são elaboradas propostas de investigação futuras.

Este trabalho inclui ainda um conjunto de anexos, referenciados ao longo do mesmo, compilados no CD em anexo.

CAPÍTULO 1

Qualidade

O entusiasmo actual com a qualidade pode levar a incorrer no erro de a considerarmos um tema recente (Wilkinson, 1998).

As primeiras preocupações com a qualidade dos produtos e serviços datam do início da existência da humanidade. A busca, pelo homem primitivo, de material mais resistente para construir suas armas, a procura de métodos para obter melhores colheitas nas margens do Nilo ou os detalhes que marcaram as edificações da antiga Roma retratam momentos distintos de um passado distante, mas que em uma análise criteriosa e contextualizada são comuns em suas preocupações com a qualidade. Já em 350 A.C., Aristóteles dizia que a perfeição não deve ser um acto, mas deve ser um hábito.

Embora este estudo tenha como principal finalidade a análise das práticas e teorias da qualidade na saúde, particularmente a implementação de um modelo de diagnóstico, com base no modelo CAF, num departamento de um hospital, é necessário ter em conta que os principais desenvolvimentos que essas práticas e teorias tiveram origem e aplicação noutras áreas. Assim, é pois adequado, neste capítulo, antes de iniciar a análise específica do tema na saúde, efectuar o seu estudo noutras áreas, começando por fazer uma análise ao conceito da qualidade, bem como das suas etapas, incluindo na evolução histórica. Este capítulo termina com uma breve apresentação dos “Gurus” da qualidade.

1.1 Evolução da Qualidade

A qualidade, tal como se apresenta actualmente, é resultado de uma evolução que tem como ponto de partida a massificação da produção industrial. Quando se pensou em controlar a qualidade nas indústrias de produção em série, essa função viu-se reduzida à inspecção do produto final e tentativa de separação de produtos defeituosos (Wilkinson, 1998).

Durante a I Guerra Mundial, o risco da não qualidade dos produtos foi evidenciado, particularmente, no sector dos equipamentos militares. Foi criada a

figura do inspector para assegurar que os produtos cumpriam as especificações exigidas. No entanto, causas de não conformidades e acções correctivas e preventivas ainda não eram relevantes (Pires, 2004). A abordagem à qualidade planeada e preventiva, com o recurso a técnicas para controlo do processo produtivo, tais como: a metrologia, a manutenção e calibração dos aparelhos de medida e ensaio, etc., surge no período entre as duas Grandes Guerras (Juran, 1980).

Com a II Guerra Mundial, o uso de tecnologias e materiais não testados evidenciaram falhas relacionadas com a insuficiência do controlo da concepção e, conseqüente, irregularidade no cumprimento das especificações.

Em meados dos anos 50, com o advento dos grandes investimentos (indústrias nuclear e petroquímica), é institucionalizada a garantia da qualidade, exigida pelos grandes compradores aos seus fornecedores. A partir deste momento, a cultura da qualidade disseminou-se para outros sectores industriais e para a área dos serviços, à medida que a competitividade se acentuava. Com a oferta a suplantar a procura e consumidores cada vez mais exigentes, a qualidade tornou-se o factor chave da vantagem competitiva, em detrimento da quantidade (Pires, 2004).

Nos anos 70, face à intensificação das preocupações com a satisfação das necessidades dos clientes, com a redução de custos e com o controlo da qualidade em todos os níveis de gestão, surge a fase da gestão da qualidade em toda a organização.

A partir dos anos 80, com as novas teorizações e práticas na área da qualidade, assiste-se ao aparecimento da Gestão pela Qualidade Total (*Total Quality Management – TQM*). Com este conceito, a qualidade deixou de ser apenas um problema da produção e passou a ocupar também a gestão. A orientação para o cliente, baseada na simples preocupação com satisfação de necessidades, é acrescida de pesquisa sobre as expectativas, a decisão é descentralizada passando a ocupar todos os níveis hierárquicos e o trabalho em equipa e a melhoria contínua tornam-se princípios fundamentais (Rocha, 2001).

Pode resumir-se a evolução da qualidade em cinco principais etapas (Dale e Cooper, 1995; Godinho e Neto, 2001):

- A primeira, a fase da inspecção da qualidade, na qual os produtos finais eram examinados com base na inspecção visual, separando-se os produtos com defeitos que deveriam ser inutilizados ou voltar ao processo produtivo para correcção. Esta actividade regular de inspecção da qualidade surgiu com a massificação da produção e foi, pela primeira vez, formalizada no período da I Guerra Mundial, a qual evidenciou os custos da não qualidade, principalmente ao nível dos equipamentos militares.
- Na segunda fase, a do controlo da qualidade, passou-se a dar maior atenção à definição das especificações dos produtos, desenvolvendo-se métodos e instrumentos para medir os desvios. Esta etapa corresponde ao período em que apareceram as técnicas estatísticas aplicadas ao controlo da qualidade, no início da década de 30.
- A terceira fase, a da garantia da qualidade, iniciada em meados da década de 50, teve origem nas grandes indústrias que começaram a exigir a garantia aos seus fornecedores. Nesta fase, a prevenção das falhas foi enfatizada em detrimento da detecção e começaram a ser levadas a cabo acções planeadas e sistemáticas para assegurar que o produto iria cumprir os requisitos exigidos pelo cliente.
- A quarta fase, a da gestão da qualidade em toda a organização, surgida no início dos anos 70, foi o momento em que o planeamento e a actividade de prevenção foram estendidos a todos os processos e níveis de gestão, promovendo-se um sistema de cooperação interno, conducente ao fornecimento de produtos e serviços em função das necessidades dos clientes. A qualidade passou a ser encarada como uma oportunidade concorrencial.

-
- Por último, a fase da Gestão da Qualidade Total (TQM) iniciada nos anos 80, caracterizou-se por uma nova atitude de gestão decorrente do surgimento de novas ideias e práticas na área da qualidade.

O movimento da Gestão da Qualidade Total (GQT), também designado por *Total Quality Management* (TQM), teve a sua génese nos anos 50, mas só encontrou larga divulgação no Ocidente durante os anos 80, quando as empresas americanas começaram a ter sérias dificuldades com a concorrência japonesa (Duncan, 1986).

Nos anos 80, tornou-se evidente para os gestores que a liderança da qualidade não podia ser atingida facilmente. Era necessário aplicar um conjunto de conceitos a toda a empresa, funções e níveis, e de uma forma coordenada. Uma expressão utilizada para englobar todos esses conceitos foi a *Total Quality Management*.

1.1.1 *Total Quality Management*: o novo paradigma da Qualidade

Não existe uma abordagem única quando se fala em gestão da qualidade. Esta noção é um *mix* de ideias de gestão que resulta do contributo de numerosos autores, no seio dos quais se destacam Deming e Juran considerados os gurus da qualidade (Stringham, 2004).

Deming e Juran, depois do trabalho activo na área da qualidade empresarial, desenvolvido sob a égide do governo americano, durante a II Guerra Mundial, aceitaram trabalhar no Japão e implementar na indústria japonesa os seus princípios e técnicas estatísticas de controlo da qualidade. Em duas décadas, o Japão tornou-se um dos gigantes na economia internacional e, perante o milagre japonês, exposto ao mundo em finais da década de 70, os americanos voltaram novamente as atenções para as questões da qualidade (Stringham, 2004). Em meados dos anos 80, corporações e agências governamentais americanas incentivaram a adopção de sistemas integrados de qualidade. Várias organizações iniciaram a implementação destes sistemas e dos diversos instrumentos da qualidade associados, mantendo sempre a preocupação de os adaptar a cada realidade organizacional. Deste movimento nasce a *Total Quality*

Management (TQM), uma nova abordagem de gestão, com uma grande aceitação no sector privado americano (Stringham, 2004).

Para Juran (1991), a TQM não é mais que um conjunto de acções necessárias para garantir a qualidade da classe mundial (*world-class*).

A TQM aparece, assim, como a mais recente fase do desenvolvimento do conceito de qualidade, a qual se distingue das etapas anteriores por sobrepor estruturas organizacionais descentralizadas e flexíveis, às tradicionais hierarquias rígidas, onde o nível decisório se situava apenas na gestão de topo (Rocha, 2006). Segundo McAdam e Leonard (2001), os principais elementos da TQM caracterizam-se pela ligação estratégica aos objectivos da organização, pela compreensão e satisfação dos clientes, pelo envolvimento dos trabalhadores de todos os níveis organizacionais, pela motivação da gestão de topo para a qualidade e pela percepção da organização como um conjunto de processos que incorporam relações do tipo clientes/fornecedores.

Carr e Litlman (1993) identificam como principais características da TQM:

Tabela 1.1 Principais características da *Total Quality Management*

- A orientação para o cliente
- A eliminação de erros
- A prevenção dos problemas
- O planeamento de longo prazo
- O trabalho em equipa
- Tomada de decisões fundamentada em evidências
- A melhoria contínua
- Estruturação organizacional horizontal e descentralizada
- As parcerias com entidades externas

Fonte – Elaboração própria

A TQM é um movimento que, uma vez iniciado, não deve terminar porque pressupõe um processo de melhoria contínua da organização. É como que uma finalidade inatingível da qual a organização deverá, continuamente, tentar aproximar-se (Dale e Cooper, 1995).

Tal como em outros movimentos, a TQM, enquanto filosofia e prática de gestão, começa a ser criticada a partir da década de 90. Entre os seus principais críticos, encontram-se os académicos de gestão, que não se converteram à filosofia da qualidade por considerarem que o principal objectivo da TQM não é a qualidade em si, mas somente um real aumento da produtividade organizacional. Outra das principais críticas assenta no argumento de que as organizações adoptam e implementam sistemas de qualidade somente porque tal se tornou um requisito essencial de competitividade no mercado e não porque estejam realmente interessadas na melhoria contínua de processos ou na motivação dos recursos humanos.

Depois de se ter apresentado a evolução da qualidade, através dos diversos estágios até à Gestão da Qualidade Total, tem toda a lógica ser feita uma breve abordagem a alguns nomes que estão intimamente ligados à qualidade e ficaram conhecidos como os Gurus da Qualidade.

1.2 Os Pioneiros da Gestão da Qualidade

Para o guru da qualidade japonesa Kaoru Ishikawa (Carcavantes, 1997):

“A qualidade é uma revolução da própria filosofia administrativa, exigindo uma mudança de mentalidade de todos os integrantes da organização, principalmente da alta cúpula.”

As discussões em torno da qualidade e como consegui-la adquiriram maior relevância nas últimas décadas do século passado, Joseph Juran, W. Edwards Deming, Philip Crosby e Kaoru Ishikawa são considerados verdadeiros missionários da qualidade, dado que se tornaram referências em todas as áreas de actividade, incluindo a da saúde, pela importância de que ainda hoje se revestem os modelos por eles criados e implementados para obter a melhoria

contínua, com fortes reflexos em todas as áreas da actividade económica e social a nível mundial.

A necessidade de incrementar a qualidade dos serviços prestados, foi apontada por Edwards Deming, como factor chave para o sucesso das organizações (Silva et al, 2004).

Outra teoria defendida por Edwards Deming (1991, citado por Silva et al, 2004) aponta como factor chave de sucesso, o envolvimento sem condicionalismos da gestão de topo. Uma teoria que ainda hoje se mantém actual e que abordar-se-á mais tarde quando se analisar o critério 1 da CAF, o critério da Liderança.

Já nessa época, a preocupação com necessidades e expectativas futuras dos clientes era um factor essencial na definição da qualidade e Deming foi cauteloso na definição de “qualidade”, na medida em que é extremamente complexo traduzir as necessidades futuras dos clientes em características mensuráveis, de forma a que o produto possa ser desenhado para satisfazer o cliente a um preço que o mesmo esteja disposto a pagar (Godinho & Neto, 2001).

Visto isto, torna-se importante fazer uma breve abordagem sobre as teorias dos principais gurus da qualidade, entre vários achou-se pertinente falar acerca de Edwards Deming, Joseph Juran e Philip Crosby, por serem defensores de teorias que se enquadram na Qualidade em Saúde. Estas três figuras carismáticas da qualidade atingiram o estatuto de “gurus” e contribuíram para o desenvolvimento e implantação da qualidade como condição imprescindível para o sucesso.

1.2.1 W. Edwards Deming

Edwards Deming, o matemático e estatístico que no pós-guerra ensinou o Japão a produzir com qualidade.

(Silva, 2004)

Deming nasceu no Iowa no ano de 1900, no seio de uma família estabelecida em solo americano desde o século XVI. Os seus estudos universitários foram em Matemática, tendo feito depois um mestrado em Física e Matemática pela Universidade de Yale, famosa nessas duas disciplinas. Em 1936, completou a sua formação em Londres com Ronald Fisher, passando depois a trabalhar como matemático-chefe e consultor em amostragem no Departamento dos Censos do seu país, onde aplicou de forma pioneira o processo de amostragem ao censo de 1940 (Silva et al, 2004). Os métodos utilizados por Deming resultavam em produtos de melhor qualidade, num volume maior de produção, na redução de desperdícios e de repetição de trabalho (Bank, 1994).

Em 1947, Deming foi para o Japão ajudar o governo de ocupação do general MacArthur a preparar um censo. Três anos depois, sob o patrocínio da União de Cientistas e Engenheiros Japoneses, encontrava-se neste país a falar sobre avançadas técnicas de controlo estatístico de qualidade. Ouviram-nas directores de empresas, que iriam posteriormente tornar-se nomes conhecidos no Ocidente, e toda a comunidade comercial, assim como o governo, que fizeram das suas mensagens de qualidade um empenhamento nacional. Desde 1980 que a sua influência se tem espalhado, primeiro pela América com os grupos Deming dedicados à compreensão e promoção da abordagem de Deming à qualidade, depois por todo o mundo (Bank, 1994).

O reconhecimento do papel desempenhado por Deming por parte do Japão ficou patente na criação, em 1951, de um prémio anual com o seu nome pela União dos Cientistas e Engenheiros Japoneses, o mais cobiçado galardão nacional de controlo estatístico da qualidade, bem como na condecoração, pelo imperador daquele país, com a Segunda Ordem do Sacro Tesouro, a mais elevada atribuível a personalidades estrangeiras (Silva, 2004).

Na fase inicial de implementação de projectos de melhoria da qualidade, Edwards Deming (1991, citado por Silva et al, 2004) aponta como factor chave de sucesso, o envolvimento sem condicionalismos da gestão de topo. “ Não é suficiente que os gestores de topo se comprometam para a vida com a qualidade e a produtividade. É preciso que conheçam aquilo com que se comprometem, ou seja, aquilo que lhes compete fazer. Estas obrigações não são delegáveis. Não basta apoio: é exigida acção.”

Edwards Deming (1991), citado por Walton (1994), apreensivo com a sobrevivência das empresas, enunciou catorze recomendações relativamente às quais a gestão deveria atender para o sucesso das organizações que lideram. (ver Tabela 1.2)

Tabela 1.2 Os catorze princípios da gestão segundo Deming

- Criar recursos permanentes para a melhoria de produtos e serviços.
- Adoptar novas formas de gestão.
- Dar prioridade à prevenção e não à inspecção, controlando a qualidade por amostragem.
- Acabar com a escolha dos fornecedores com base apenas num único critério, o do preço. É importante desenvolver relações duradouras com os fornecedores.
- Apostar na melhoria constante e permanente do sistema de produção.
- Instituir novos modelos de formação.
- Instituir as novas formas de liderança.
- Eliminar o medo do estilo autoritário, encorajando a comunicação.
- Eliminar barreiras entre departamentos, fomentando o trabalho em equipa e instituindo-se os Círculos de Qualidade.
- Eliminar slogans e metas numéricas.
- Abandonar a gestão por objectivos com base em indicadores quantitativos.
- Não classificar, nem ordenar o desempenho dos trabalhadores.
- Instituir um programa de educação.
- Estruturar a gestão de modo a cumprir os 13 pontos anteriores e obter o empenho de todos na mudança.

Fonte: Adaptado de Godinho e Neto (2001)

Deming (1991, citado por Silva et al, 2004), enuncia ainda cinco doenças mortais da gestão, enunciadas na Tabela 1.3.

Tabela 1.3 As cinco doenças mortais da gestão segundo Deming

Falta de constância de objectivos, com a consequente insegurança da gestão e dos empregados.

Ênfase nos proveitos de curto prazo.

Avaliação do trabalho pela produção, classificação pelo mérito ou revisão anual do desempenho, com efeitos devastadores, por destruir o trabalho em equipa e alimentar a rivalidade.

Mobilidade dos gestores, conduzindo ao não entendimento da empresa onde se trabalha e ao não empreendimento de mudanças de longo prazo que são imprescindíveis para a qualidade e a produtividade.

Condução de uma empresa apenas com dados visíveis. Os números mais importantes são desconhecidos ou insusceptíveis de ser conhecidos, como é o caso do efeito multiplicador de um cliente satisfeito.

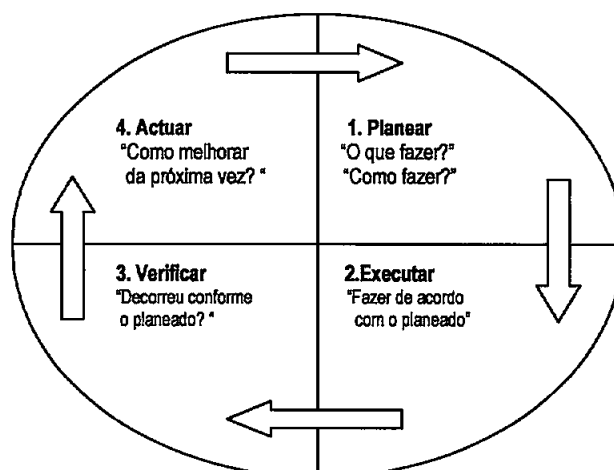
Fonte: Adaptação de Deming citado por Silva (2004)

Deming não se preocupou só com a qualidade de produtos e serviços, mas também com a qualidade de vida das pessoas, foi o primeiro a preocupar-se com o lado humano da qualidade.

Além dos princípios e das cinco doenças, Deming foi o principal responsável pela popularização do ciclo PDCA. O ciclo PDCA, ciclo de Shewhart ou ciclo de Deming, foi introduzido no Japão após a guerra, idealizado por Shewhart, na década de 20, e divulgado por Deming, em 1950, quem efectivamente o aplicou. O ciclo de Deming é uma abordagem sistemática que ajuda a organização a gerir da melhor forma a melhoria contínua de produtos e processos. O ciclo requer a definição de um plano (*Plan*), a sua execução (*Do*), a verificação dos resultados (*Check*) e a definição de acções em função destes, ou seja, agir (*Act*). O ciclo PDCA significa aplicar um processo que se realiza através de uma acção cíclica que consta em quatro fases fundamentais, conforme ilustrado na Figura 1.1.

- ◆ “Planear”: estabelecer os objectivos e processos necessários para alcançar os resultados, de acordo com os requisitos do cliente e as políticas da organização;
- ◆ “Executar”: implementar o processo;
- ◆ “Verificar”: medir e monitorizar os processos e produtos relativamente às políticas, objectivos e requisitos do produto definidos. Os resultados da medição e monitorização devem ser reportados.
- ◆ “Actuar”: levar a cabo acções que permitam a melhoria contínua da performance dos processos.

Figura 1.1 Ciclo de Shewhart /Ciclo de Deming / Ciclo PDCA



Fonte: Adaptado de Silva (2004)

O ciclo de Deming pode ser útil para definir, implementar e controlar acções correctivas e de melhoria, ou seja, as organizações devem ter uma permanente preocupação com a satisfação das partes interessadas, o que se deve traduzir numa melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados.

O ciclo PDCA aplica-se tanto para processos estratégicos de alto nível, como a actividades operacionais simples

Quando se aborda a Qualidade em Saúde, obrigatoriamente analisa-se a preocupação permanente com a qualidade dos produtos e serviços prestados e, conseqüentemente, no Ciclo de Deming ou PDCA.

O Modelo *Common Assessment Framework* (CAF), referido no capítulo 2, tem como base o ciclo PDCA, numa tentativa de melhoria continua. Segundo Direcção Geral da Administração de Empresas Públicas (2007), para que a melhoria aconteça é necessário que as organizações tenham um tipo de gestão baseada em:

- ◆ Acções planeadas e não reactivas às circunstâncias;
- ◆ Avaliações permanentes dos seus resultados as quais servem para ajustar constantemente o seu modo de funcionamento.

Um dos objectivos da CAF é precisamente passar de uma lógica de “Planear - Fazer” para um ciclo completo e desenvolvido de Planeamento - Execução - Revisão –Ajustamento.

1.2.2 Joseph Juran

Joseph M. Juran defende que a qualidade é a adequação ao uso.

(Silva, 2004)

Juran nasceu em 1904 na Roménia e emigrou para os Estados Unidos em 1912. Formado em Engenharia e com doutoramento em Direito, começou sua carreira em 1924 na Western Electric Company. Ao lado de Deming, Juran é considerado o precursor da revolução da qualidade no Japão, onde leccionou e dirigiu acções de formação e consultoria. Juran recebeu 40 prémios internacionais de 12 países.

No entanto, a teoria de Juran parece mais marcante a longo prazo e, provavelmente, foi este o autor que deixou maior legado ao nível da literatura da gestão (Dale e Cooper, 1995).

Juran tornou-se célebre com a publicação, em 1951, do Manual de Controle da Qualidade – *“Quality Control Handbook”* – que continua a ser um livro de referência sobre qualidade em todo o mundo.

Paralelamente, a importância da qualidade teve um crescimento extraordinário na sociedade em geral. Além disso, houve também um crescimento da competição pela qualidade que se tornou particularmente intensa a nível internacional, sendo hoje a qualidade considerada um elemento crucial para o comércio internacional, para a capacidade de defesa, para a protecção do meio ambiente e para a segurança e saúde humanas (Juran e Gryna, 1990).

Pouco depois da publicação do livro, Juran fixou-se no Japão para pôr em prática os ensinamentos que ele encerra e assim prosseguir com a obra do seu antecessor. A sua principal mensagem aos gestores japoneses foi a de que o controle de qualidade faz parte integrante da gestão a todos os níveis, não se

resumindo ao trabalho dos especialistas do departamento do controle da qualidade, uma vez que a qualidade do produto é o resultado do trabalho de todos os departamentos da organização. Juran acredita que a qualidade acontece por meio de projectos – projectos de melhoria de qualidade estabelecidos em todas as partes da organização (Bank, 1994).

Juran exprime a sua mensagem essencial por meio de três processos básicos (os pilares da famosa trilogia de Juran) relacionados com a qualidade: planeamento; controlo e melhoria.

Planeamento da qualidade: corresponde ao desenvolvimento de produtos e processos necessários para satisfazer as necessidades dos clientes, de acordo com as seguintes etapas:

1. Identificar os clientes e as suas necessidades;
2. Desenvolver produtos que respondam adequadamente às suas necessidades;
3. Desenvolver processos que permitam assegurar as características exigidas dos produtos.

Controlo da qualidade: avaliar o nível da *performance* implementada na organização com base nos seguintes critérios:

1. Recolher dados e comparar o actual desempenho com os objectivos inicialmente traçados;
2. Actuar nas diferenças registadas entre o real e o pretendido.

Melhoria da qualidade: a atitude dominante é a de acreditar que o nível actual de desempenho não é o pretendido e que alguma coisa pode ainda ser feita para o melhorar. A ênfase situa-se na melhoria contínua, segundo as seguintes medidas:

1. Estabelecer infra-estrutura adequada para melhorar a qualidade estabelecida;
2. Desenvolver projectos e programas de melhoria da qualidade e identificar as actividades que necessitem de medidas de intervenção correctiva;

3. Constituir equipas de trabalho (multidisciplinar) no desenvolvimento dos projectos e programas de melhoria da qualidade, responsáveis pela condução no sentido de assegurar o êxito;

4. Providenciar motivação e formação necessária a fim de capacitar a equipa multidisciplinar a diagnosticar as causas das deficiências. Estimular o desenvolvimento da solução ideal e melhorar num processo contínuo (Juran, 1989).

Tal como Deming, Juran acredita no controlo estatístico da qualidade, afirmando que pelo menos 85% das falhas em qualquer organização são falhas dos sistemas controlados pela gestão. Menos de 15% dos problemas estão relacionados com os trabalhadores (Brocha, 1994).

No modelo *Common Assessment Framework* (CAF), os 3 aspectos referidos anteriormente, Trilogia de Juran, também são tidos em conta nos Critérios dos meios relativos às Pessoas e aos Processos, abordados no capítulo 2 deste trabalho.

Para o autor, qualidade é definida como “adequação ao uso” e prefere esta definição à de “conformidade com a especificação”. Na perspectiva de Juran, um produto perigoso podia estar em conformidade com as especificações mas continuar impróprio para uso (Bank, 1994; Juran e Gryna, 1990; Garvin, 1992).

Outro contributo importante deste autor é o conceito de *management breakthrough*. O conceito assenta na ideia de que a atitude tradicional de inspecção deve ser substituída por gestão pela prevenção, na medida em que a primeira pressupõe que o desempenho não pode ser melhorado, enquanto a segunda assume que o objectivo da gestão é o de tentar, continuamente, alcançar o melhor desempenho possível para a organização (Pires, 2004). A abordagem de Juran à gestão da qualidade resume-se em dez aspectos essenciais (Tabela 1.4).

Tabela 1.4 Os 10 princípios da gestão da qualidade segundo Juran

Consciencializar todos para a necessidade e oportunidade de melhoria
Estabelecer metas específicas para a melhoria contínua da qualidade
Organizar de modo a que seja possível alcançar os objectivos e metas
Assegurar a formação do pessoal
Implementar projectos e equipas para resolver problemas e eliminar obstáculos
Acompanhar a evolução e melhoria da qualidade
Dar reconhecimento
Comunicar e divulgar os resultados
Medir processos e melhorias com base em indicadores
Incorporar a melhoria contínua e fixação de metas de qualidade nos sistemas de gestão das empresas.

Fonte: Sá (2002)

1.2.3 Philip B. Crosby

Philip Crosby escreveu a seguinte metáfora “Os relacionamentos de uma organização representam sua alma, a qualidade seu esqueleto e as finanças seu sangue”.

Crosby nasceu em 1926. Em 1952 trabalhou como engenheiro na Crosley Corporation e, em 1957, passou a gestor da qualidade da Martin-Marietta, onde desenvolveu o conceito do "zero-defeito". Em 1965 foi eleito vice-presidente da ITT, onde trabalhou 14 anos. Em 1979 fundou a Philip Crosby Associates e lançou a obra "Quality is Free", um clássico do movimento da qualidade. Em 1991 criou a empresa de formação Career IV, Inc.

À semelhança de Juran, também Crosby acredita que 80% dos problemas são causados pela má gestão e não pelos trabalhadores. Portanto, uma aposta na qualidade exige o envolvimento de todos, desde a gestão de topo, ao trabalhador do nível mais baixo da hierarquia (Pires, 2004). Outra ideia importante é a necessidade de prevenção. Crosby argumenta que os custos da prevenção serão sempre mais baixos do que os da correcção, afirmando que “a Qualidade é gratuita (...) o que custa dinheiro são as coisas sem qualidade – todas as acções que envolvem não fazer bem à primeira vez”. O autor criou o conceito de “zero defeitos” que significa, não que os produtos sejam perfeitos, mas sim que todos estão empenhados na qualidade. Ele define qualidade como

conformidade aos requisitos previamente definidos, explicando que “Qualidade é fazer com que todos façam o que acordaram previamente fazer” (Crosby, 1979).

Assim, de acordo com Crosby, “zero defeitos” era uma norma de gestão e não apenas um programa de motivação para os trabalhadores (Garvin and Tropman , 1992; Bank, 1994).

A **Gestão da Qualidade de Crosby** evidência a mudança cultural, ou seja, criar uma cultura organizacional, onde todos os colaboradores tenham sejam responsabilizados pela execução das suas tarefas (confiabilidade). Crosby utiliza técnicas e sistemas para reduzir o desperdício e a variação. Porém, enfatiza que a administração deve instituir uma cultura organizacional, que estimule e anime as pessoas a utilizar essas técnicas, em caso contrário os resultados não serão alcançados.

É nesta perspectiva que a Estrutura Comum de Avaliação (CAF) se enquadra também na filosofia deste “guru”. O critério 3 da CAF: Pessoas, analisa a forma como a organização gere, desenvolve e liberta o conhecimento e todo o potencial das pessoas que a compõem, tanto a nível individual como de equipa, e da organização no seu conjunto, como planeia essas actividades de forma a prosseguir a política e a estratégia definidas e a garantir a eficácia operacional do seu pessoal.

Crosby construiu uma grelha que permite avaliar o grau de integração da gestão da qualidade numa organização. Esta grelha contempla cinco estádios de maturidade (Pires, 2004). No primeiro – o da “Incerteza” – a organização desconhece a qualidade como uma ferramenta importante de gestão. No segundo – o “Despertar” – embora ainda não tenham sido disponibilizados recursos, a gestão começa a reconhecer a importância da qualidade. No terceiro – o de “Clarificar” – a gestão decide introduzir um programa formal de gestão da qualidade. O quarto – o do “Saber” – é quando se torna possível fazer mudanças permanentes na organização. No quinto – o da “Certeza” – a gestão da qualidade torna-se vital para a organização. As etapas para o estabelecimento de um programa de melhoria da qualidade são definidas por Crosby, ao longo de catorze passos, enunciadas na Tabela 1.5.

Tabela 1.5 Os 14 passos para a melhoria da qualidade segundo Crosby

Compromisso da gestão de topo em relação à qualidade
Equipas de melhoria da qualidade
Medida da qualidade
Avaliação do custo da não qualidade
Tomada de consciência das necessidades da qualidade
Acções correctivas
Planear um programa "Zero Defeitos"
Formação dos responsáveis e inspectores
Instituir a máxima "Zero Defeitos"
Definição de objectivos
Eliminar as causas dos erros
Reconhecimento
Círculos de Qualidade
Recomeçar e progredir sempre

Fonte: Godinho e Neto (2001)

1.2.4 Outros contributos importantes na área da Qualidade

Apesar de Deming, Juran e Crosby serem considerados os gurus da qualidade, há outros nomes a destacar na área, tais como Armand V. Feigenbaum, Kaoru Ishikawa, Tom Peters e Waterman, Genichi Taguchi, Garvin, entre outros.

Feigenbaum define a qualidade como uma filosofia de gestão para atingir a excelência, entendendo-a como o único objectivo da organização. Para ele, a qualidade é determinada pelos clientes, exige o trabalho em grupo (Círculos de Qualidade), o compromisso da gestão de topo e o *empowerment* (redução dos níveis hierárquicos e aumento da capacidade de decisão de todos).

Para que tais exigências possam ser cumpridas, a organização deverá estruturar e planear o seu sistema de qualidade com base nos seguintes princípios: orientação para o cliente; envolvimento e consciencialização de todos para a qualidade; atribuição clara das competências; controlo dos fornecedores; acções correctivas; controlo contínuo dos sistemas; auditorias periódicas (Godinho e Neto, 2001). O seu contributo mais inovador é o conceito de "controlo total da qualidade" que é considerado o pilar sobre o qual se edificou, mais tarde, a TQM (Ross, 1999).

Ishikawa enfatizou a importância do trabalho em grupo e das ferramentas que lhe estão associadas (Pires, 2004). Desenvolveu o conceito de “Círculos de Qualidade”, entendendo-os como pequenas equipas que se reúnem periodicamente para investigar e resolver problemas de trabalho. Estes círculos caracterizam-se pelo voluntariado e pelo auto e inter desenvolvimento e participação, constituindo-se grupos que se auto instruem nas matérias e cooperam uns com os outros, de acordo com área de especialização (Godinho e Neto, 2001).

O contributo de Tom Peters e Waterman é reconhecido pela introdução do conceito de “Excelência” nas organizações. Estes autores explicam, no famoso “In Search of Excellence”, que uma organização excelente possui oito características essenciais, a saber: inclinação para a acção; proximidade do cliente; autonomia individual; produtividade através das pessoas; criação de valores concretos; concentração no essencial; simplicidade formal; simultaneidade de rigidez e flexibilidade (Godinho e Neto, 2001).

Taguchi define qualidade em função dos custos gerados por produtos defeituosos para a sociedade. Assim, a qualidade deve ser incorporada no produto desde o início. Quanto menor o desvio em relação às especificações pré-definidas, maior será o nível de qualidade obtido.

Consequentemente, os custos da não qualidade devem ser medidos em função dos desvios encontrados no desempenho do produto (Godinho e Neto, 2001).

Garvin, cujo nome está associado ao aparecimento da gestão estratégica da qualidade, identificou oito dimensões da qualidade, nomeadamente: o desempenho, que se refere às características operacionais do produto; as características, entendidas como os aspectos que complementam as funções básicas do produto; a confiança, que está relacionada com a probabilidade do produto falhar num determinado período de tempo; a conformidade, que consiste no grau de correspondência das características do produto ao requisitos pré estabelecidos; a durabilidade, entendida como o tempo de vida do produto; a assistência, caracterizada pela rapidez, competência e cortesia no serviço pós-venda; a estética, que é a dimensão subjectiva da qualidade; e a qualidade

percebida, que consiste na ideia que o consumidor tem sobre a marca e sobre o produto (Garvin, 1987).

Os ensinamentos deixados por estes pioneiros da qualidade demonstram que não há uma só maneira correcta de melhorar a qualidade e os seus trabalhos foram decisivos para reforçar o valor da qualidade, generalizar a sua aceitação e difundir os seus princípios essenciais, chegando até ao que hoje se designa por Gestão da Qualidade e Gestão da Qualidade Total (Barçante e Castro, 1995; Caraça, 2002).

Parte da pressão para a gestão de qualidade provém das exigências dos consumidores que se tornam cada vez mais organizados e mais informados, logo mais exigentes. Nesta perspectiva, e no despertar deste novo milénio, o gestor tem de se concentrar nas prioridades e dirigir a organização com uma visão clara para que ela cumpra a sua missão (Neves, 2002; Bank, 1992).

Desafiando dificuldades e incertezas, o gestor necessita de uma estrutura geral na qual possa trabalhar e que proporcione normas práticas capazes de captarem a imaginação tanto de dirigentes como de colaboradores. O gestor precisa de criar uma cultura colectiva em que os produtos e serviços de qualidade, os processos e as pessoas sejam considerados elementos fundamentais (Bank, 1992; Cruz e Carvalho, 1992; Zorrinho et al, 2003).

Donald Berwick, pediatra americano, envolveu-se com a gestão da qualidade a partir do Plano de Demonstração Nacional – PDN (em inglês, *National Demonstration Project* - NDP), tendo contribuído para que os profissionais de saúde se apropriassem das ideias da qualidade através de um livro, traduzido para o português sob o título “Melhorando a Qualidade dos Serviços Médicos, Hospitalares e da Saúde”, em que adapta para a saúde os conceitos utilizados na indústria e oferece exemplos de efectiva aplicação das ferramentas da qualidade. Cita ainda programas desencadeados pelo PDN, mostrando como empregar o TQM na área da saúde. Empenhado na divulgação da área, é hoje um líder no sector, promovendo e participando de eventos científicos sobre qualidade em saúde (Berwick, 1994).

No seu livro, apresenta como princípios que:

- ◆ o trabalho produtivo é realizado através de processos;
- ◆ relações sólidas entre cliente e fornecedor são imprescindíveis para uma segura administração da qualidade;
- ◆ a principal fonte de falhas de qualidade são os problemas nos processos;
- ◆ a má qualidade é cara;
- ◆ a compreensão da variabilidade dos processos é a chave para melhorar a qualidade;
- ◆ o controle de qualidade deve concentrar-se nos processos;
- ◆ a abordagem contemporânea de qualidade está fundamentada no pensamento científico e estatístico;
- ◆ o envolvimento total do empregado é crucial;
- ◆ estruturas organizacionais diferentes podem ajudar a obter melhoria da qualidade;
- ◆ a administração da qualidade emprega três actividades básicas, estreitamente interrelacionadas: planeamento da qualidade, controle da qualidade e melhoria da qualidade.

A Qualidade na Saúde é um tema actual. Neste sentido, proceder-se-á seguidamente a uma breve abordagem da sua evolução histórica, a qualidade na saúde em Portugal e, por fim, abordar-se-á, com uma breve descrição, os prémios internacionais para a qualidade.

1.3 Qualidade na Saúde

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

Uma das mais importantes contribuições das pesquisas efectuadas no campo da qualidade tem sido dada pela tentativa de definir o significado de qualidade de cuidados de saúde. Para Brook et al (2000) todas as definições parecem conter duas componentes que são importantes para as pessoas. A primeira está relacionada com a prestação de cuidados de grande qualidade técnica,

entendendo como qualidade técnica dos cuidados de saúde os procedimentos ou serviços prestados de qualidade excelente. A segunda componente da qualidade dos cuidados de saúde está relacionada com a qualidade organizacional dos serviços de saúde e diz respeito ao desejo que todos os utentes têm em ser tratados de forma adequada, quer humana quer culturalmente, e serem convidados a participar de forma activa na tomada de decisão sobre o seu estado de saúde e a forma como melhorá-lo.

A este respeito Donabedian (1980) argumenta que para avaliar a qualidade dos serviços de saúde se torna necessário desvendar primeiro o mistério acerca do significado de qualidade. Para este autor a qualidade é uma propriedade que os serviços de saúde podem deter em variados graus, sendo a avaliação da qualidade neste contexto um julgamento sobre se uma dada instituição de serviços de saúde possui essa propriedade e até que ponto.

Para o autor, o que não está clarificado é se a qualidade é um único atributo, uma classe de atributos funcionalmente relacionados ou um composto heterogéneo para uso estabelecido, conveniência administrativa ou preferência pessoal. Havendo diferentes conceitos sobre o que constitui cuidados de saúde conduz a diferentes formulações acerca do que constitui qualidade. Em consequência disso muitos dos julgamentos feitos não o são sobre a qualidade dos serviços de saúde mas indirectamente sobre as pessoas que prestam os serviços e sobre os sistemas nos quais esses serviços são prestados (Donabedian, 1980).

1.3.1 Breve abordagem histórica do conceito de Qualidade na Saúde

Face à alta competição, a qualidade deixou de ser uma opção e passou a ser uma necessidade, não apenas da indústria mas também das organizações do sector da saúde. O crescente conhecimento científico e tecnológico, a diversidade de processos desenvolvidos, o nível de exigência dos clientes, a redução dos custos e a segurança entre outros, reforçam a necessidade desses organismos em implementar medidas seguras e de qualidade (Mezomo, 2001).

O conceito de qualidade assume grande amplitude, sendo que, na actualidade, o mesmo faz parte da linguagem dessas instituições, de que é exemplo o hospital

e seus departamentos. Nesse sentido, é pertinente que as organizações de saúde desenvolvam uma estratégia, de modo a satisfazer necessidades de saúde da população e, simultaneamente, assegurar que os recursos humanos, materiais e financeiros sejam utilizados de modo eficaz.

O conceito de qualidade na saúde tem evoluído a par com as sociedades. Se por um lado, nos primórdios deste conceito, era apenas valorizada a componente técnica dos cuidados, por outro lado, verifica-se neste momento a preocupação crescente de tornar o conceito de qualidade cada vez mais abrangente, sendo o cliente, com características próprias, o centro dos sistemas de garantia e melhoria da qualidade dos cuidados.

Na primeira metade da década de 50 do século passado, o mundo vivia os efeitos de uma guerra que depauperou todos os ambientes: político, económico, social e físico. Milhões de pessoas sofriam de subnutrição e encontravam-se desprovidas de condições que promovessem o desenvolvimento humano. Aos horrores do holocausto e da bomba de neutrões juntavam-se os horrores da fome, da miséria e da doença. Mesmo os países que se haviam mantido afastados do conflito sentiam profundamente os efeitos de uma economia sem vitalidade. Faltava habitação, educação e protecção social. Milhões de crianças e adultos estavam privadas de acesso a cuidados de saúde básicos. Eclodiam as epidemias devido à inexistência de recursos destinados à saúde das populações. Uma sociedade global desorganizada não encontrava espaço para organizar sistemas de saúde sustentáveis que garantissem a satisfação das necessidades de cuidados de saúde da sua população. Perante tal situação impunha-se um desenvolvimento económico e social baseado numa nova ordem económica internacional.

Com o final do conflito e com o propósito de manter a paz e a cooperação entre as nações foi criado em 24 de Outubro de 1945 um Organismo Internacional designado de Organização das Nações Unidas (ONU), quando 29 nações ratificaram a Carta das Nações Unidas, assinada em S. Francisco, EUA, a 26 de Junho de 1945 por delegados de 51 nações. As origens das Nações Unidas remontam a 1 de Janeiro de 1942, quando foi assinada em Washington a chamada “Declaração das Nações Unidas”.

A recém criada Organização reconhecia que a proscricção da guerra implicava a “criação” da paz, mediante a melhoria das condições sociais e económicas e a “conservação” dessa mesma paz por meio de um instrumento poderoso. Guiada por este princípio dual, a Organização das Nações Unidas estabeleceu a “Carta das Nações Unidas” que tem como objectivo o fomento da colaboração internacional para a solução dos problemas económicos, sociais, educativos e sanitários e a manutenção da paz e segurança (AAVV, 2000).

A 26 de Julho de 1946, em conformidade com a Carta das Nações Unidas, foi elaborada a Constituição da Organização Mundial de Saúde, Organismo das Nações Unidas fundado em 1948 com o objectivo de estudar e resolver os problemas mundiais de saúde (WHO, 1948).

Tabela 1.6 Declaração de princípios da Organização Mundial de Saúde (1948)

“A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade.

O usufruto do mais elevado nível de saúde atingível é um dos direitos fundamentais de qualquer ser humano sem distinção de raça, religião, credo político, condição económica ou social

A saúde de todas as pessoas é fundamental para a obtenção da paz e segurança e depende da inteira cooperação dos indivíduos e dos Estados.

A realização de qualquer Estado na promoção e protecção da saúde é de valor para todos.

O desenvolvimento desigual em diferentes países na promoção da saúde e controlo da doença, sobretudo das doenças transmissíveis, é um perigo comum

O desenvolvimento saudável da criança é de fundamental importância; a capacidade para viver harmoniosamente num ambiente de mudança total é essencial para tal desenvolvimento.

A extensão a todas as pessoas dos benefícios do conhecimento médico e psicológico é essencial para a obtenção da saúde.

Opiniões informadas e cooperação activa por parte do público são da maior importância na melhoria da saúde das pessoas.

Os governos são responsáveis pela saúde da sua população a qual só pode ser conseguida com a provisão de medidas de saúde e sociais adequadas”.

Fonte: WHO 1948

Cientes das necessidades de saúde das populações a nível global, os Estados Membros que ratificaram a Constituição da Organização Mundial de Saúde declararam que os seus princípios são essenciais para a felicidade, as relações harmoniosas e a segurança de todas as pessoas.

Paralelamente, era preparada pela Assembleia-geral das Nações Unidas a Declaração Universal dos Direitos do Homem publicada em 10 de Dezembro de 1948. A Declaração considera que os direitos humanos fundamentais radicam na dignidade e valor das pessoas, pelo que são reconhecidos a todos os membros da família direitos humanos iguais e inalienáveis, obrigatoriamente respeitados

por todos os Estados, de forma a que o homem não se veja obrigado, como último recurso, a revoltar-se contra a tirania e a opressão (ONU, 1948). Esta Declaração Universal, carente de obrigatoriedade jurídica para os Estados, apenas possuiu a força moral que lhe confere o seu próprio conteúdo, radicando aí todo o seu valor.

No artigo 22.º deste documento é declarado que toda a pessoa, como membro da sociedade, tem direito à segurança social e pode legitimamente exigir a satisfação dos direitos económicos, sociais e culturais indispensáveis, graças ao esforço nacional e à cooperação internacional, de harmonia com a organização e os recursos de cada país.

O artigo 25.º declara que toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento e à assistência médica (ONU, 1948).

Com o fim do conflito todos os países industrializados conheceram um período de prosperidade com um forte aumento das taxas de natalidade. A geração do pós-guerra (baby boom) cresce assim na prosperidade e desenvolve hábitos de consumo muito diferentes das gerações anteriores, com o conseqüente surgimento de novos problemas de saúde que obrigaram a novas formas de organização dos serviços de saúde. Crescem também as desigualdades entre os países desenvolvidos e aqueles em vias de desenvolvimento (Dagen et al 2000).

A Organização Mundial de Saúde, numa acção conjunta com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), desenvolve então esforços no sentido de envolver todas as nações a assumirem compromissos que conduzam à implementação de políticas que visem a minimização dos efeitos nefastos provocados pelas desigualdades sociais, políticas, económicas e ambientais que grassavam entre os povos, com fortes reflexos negativos na saúde dos cidadãos e na qualidade dos cuidados de saúde que lhes eram prestados.

Uma das iniciativas tomadas nesse sentido foi o ambicioso compromisso firmado pelos estados membros da Organização Mundial de Saúde na definição de uma estratégia global de saúde para todos: "As Metas de Saúde para Todos no ano

2000” (OMS 1978), onde ficou decidido que o maior objectivo social dos governos e da Organização Mundial de Saúde era obter para todas as pessoas do mundo no ano 2000 um nível de saúde que lhes permita ter uma vida social e economicamente produtiva, tendo posteriormente adoptado por unanimidade a “Estratégia Global de Saúde para Todos no ano 2000”, dando origem ao movimento “Saúde para Todos”.

Na sequência desse compromisso, foram realizados diversos eventos sob a égide da Organização Mundial de Saúde no sentido de serem evidenciadas áreas e elementos chave para a consecução dos objectivos definidos pela estratégia dos Estados Membros para a obtenção da saúde para todos no ano 2000 e de levarem os Organismos presentes nesses eventos a assumirem compromissos no sentido de desenvolverem políticas e acções que contribuam para a prossecução desses objectivos, os quais só poderão ser atingidos com o envolvimento de todos na criação dos ambientes que levem à melhoria dos cuidados de saúde e à obtenção de ganhos em saúde.

Os acontecimentos mais importantes a nível global e as suas consequências a nível local são aqui apresentados como estando interligados, numa tentativa de explicar o seu contributo para a melhoria dos serviços de saúde e conseqüente melhoria da saúde da população, tal como o preconizado na estratégia da Organização Mundial de Saúde.

1.3.2 Qualidade na Saúde em Portugal

Segundo Pisco (2000), é no final dos anos 80 que são dados os primeiros passos importantes para o desenvolvimento na área da qualidade em saúde, em Portugal. De facto, é nesta altura que é criado o normativo que obriga à criação de Comissões de Qualidade em todos os estabelecimentos de saúde, que começam a ser feitos investimentos de formação nesta área e que surge a Direcção de Serviços de Promoção e Garantia da Qualidade (na Direcção Geral da Saúde).

Já no final dos anos 90 a qualidade na saúde é assumida como prioritária na definição de estratégias de saúde pelo Governo Português na “Estratégia de

saúde para o virar do século (1998-2002)”. Em consequência, é definida uma política de Qualidade na Saúde integrada na própria Política de Saúde e surge o Conselho Nacional da Qualidade na Saúde e o Instituto da Qualidade em Saúde (IQS).

Ainda como resultado desta evolução, são desenvolvidos diversos projectos e programas de melhoria da qualidade nos serviços de saúde (Biscaia, 2000):

- Projecto de Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde (MoniQuor);
- Protocolo do IQS com o *King's Fund Health Quality System* para a área hospitalar;
- Modelo de auto-avaliação da qualidade na gestão – QualiGest;
- Avaliação do grau de satisfação das expectativas dos doentes e dos profissionais, através de questionários;
- Medição dos estádios de saúde;
- Projectos de Melhoria Contínua, baseados na avaliação inter pares.
- Desenvolvimento de metodologias de acreditação em saúde.

O Instituto da Qualidade em Saúde (IQS) foi criado em 27 de Abril de 1999, tendo como objectivo a definição e o desenvolvimento de normas, estratégias e procedimentos que visam “promover a melhoria contínua do desempenho nos cuidados de saúde”. Pisco (2001) acrescenta ainda que, este organismo tem por função “apoiar os profissionais e as organizações de saúde” na área da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.

Em Portugal, segundo o Ministério da Saúde (2004), faz-se notar uma escassa cultura em relação à qualidade, no âmbito do sistema de saúde, com repercussões directas às expectativas legítimas dos cidadãos. Por outro lado, são insuficientes os dados relativos à divulgação de experiências avaliadas que configuram sinais de sucesso. Do diagnóstico efectuado salienta-se um desequilíbrio entre o nível da prestação dos profissionais e a adequação dos contextos organizacionais, bem como a afirmação de liderança em que estes trabalham. Assim, o Ministério da Saúde, pelo Plano Nacional de Saúde 2004-2010, recomenda a implementação de um plano de intervenção de modo a

contribuir para inverter a situação referida, com base na aplicação de programas da qualidade.

De acordo com Boavista et al (1999), torna-se fundamental adoptar uma estratégia global de desenvolvimento na prestação de cuidados de saúde, que terá de passar pela melhoria da qualidade dos actos prestados aos cidadãos, da melhoria da organização e da gestão das instituições de saúde.

1.3.3 Qualidade nas Organizações de Saúde

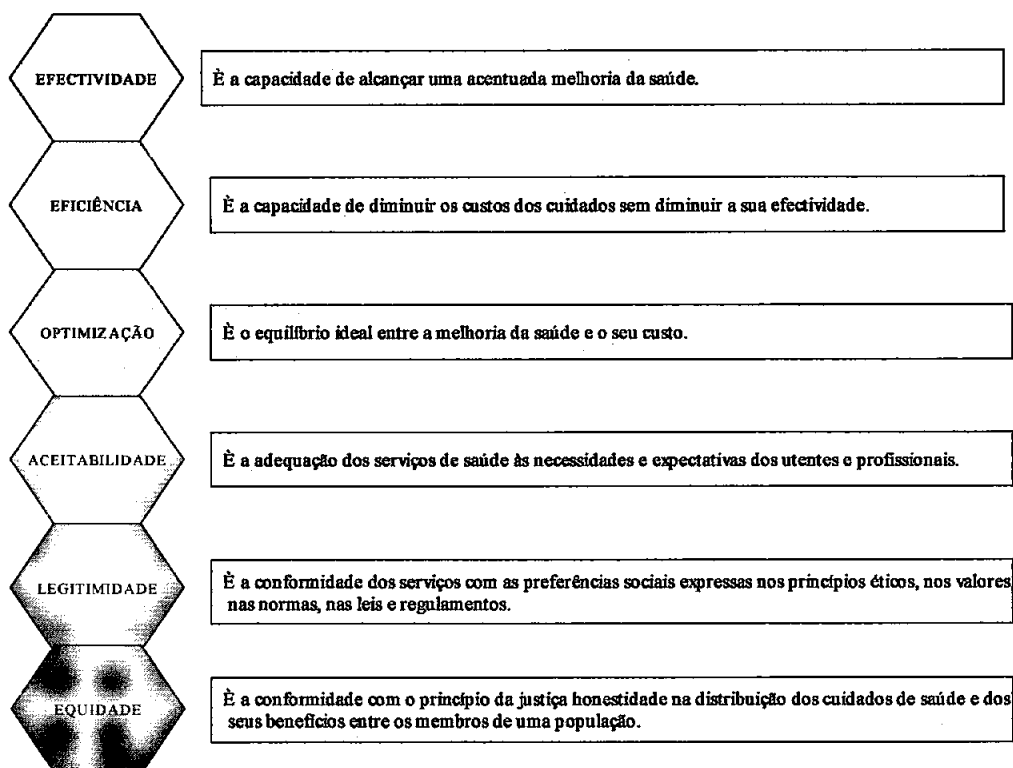
Heather Palmer (citado por Pisco, 2000) definiu qualidade na prestação de cuidados de saúde como “a produção de saúde e satisfação para uma população, com as limitações da tecnologia existente, os recursos disponíveis e as características dos utentes”.

Ganopa (2001) reforça este conceito ao referir que “numa gestão pela qualidade, os resultados que se pretendem para os serviços de saúde passam, para além dos ganhos em saúde, pela maior satisfação dos cidadãos e profissionais desta área”.

Numa primeira abordagem, Donabedian (1991), líder da aplicação do conceito da qualidade à área da saúde, definiu-o como um processo que consiste na aplicação da ciência médica e da tecnologia de forma a maximizar os benefícios para a saúde, sem que os riscos sejam aumentados. No entanto, considerou que não é simples atribuir um significado exacto. Questionou as propriedades, características e atributos dos cuidados prestados que nos levam a julgar se os mesmos são de boa ou má qualidade.

A Figura 1.2, documenta um conjunto de componentes que, segundo a sua opinião, são os mais importantes a ter em conta no julgamento dos serviços desenvolvidos nas instituições de saúde.

Figura 1.2 Componentes para avaliação da qualidade dos serviços prestados na saúde



Fonte - Adaptado de Donabedian, 1991

Para facilitar o processo de controlo da qualidade dos serviços de saúde, Avedis Donabedian, na década de 60, propôs um modelo universalmente aceite que consiste na avaliação da estrutura, dos processos e dos resultados organizacionais (Uriel, 2001).

Segundo Donabedian (1991), ao avaliarmos o sistema organizacional no que diz respeito à estrutura, processos e resultados, olhamos para a evidência directa ou indirecta de que a melhor estratégia na prestação dos cuidados foi seleccionada e utilizada da melhor forma possível. As três “dimensões” já referidas, segundo este autor, não são atributos da qualidade, mas representam tipos de informação organizacional nas quais podem ser efectuadas inferências acerca do desempenho geral do sistema da qualidade (SQ) e dos actos desenvolvidos pelas organizações de saúde.

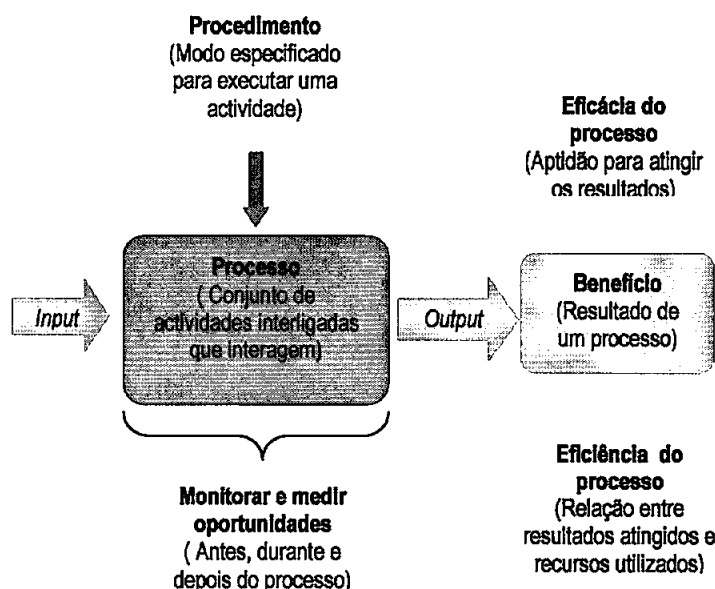
A **estrutura** é definida como as propriedades físicas e organizacionais das instituições que prestam cuidados de saúde. Inclui os recursos humanos

(número, qualificação), os recursos materiais (equipamentos, instalações e materiais), o programa de formação, o tipo de liderança, entre outros.

O **processo** refere-se à efectivação da prestação dos cuidados (*i.e.*, diagnóstico, tratamento, exames de diagnóstico, medidas terapêuticas...). Representa uma série de acções desenvolvidas para transformar *inputs* em *outputs*, isto é, corresponde a um conjunto de actividades interrelacionadas que transformam elementos de entrada em saída (resultado de um processo) (Ver Figura 1.3). Os recursos utilizados nas actividades podem abranger pessoal, instalações, equipamentos, técnicas e métodos. O objectivo do processo consiste em fornecer um resultado que satisfaça as necessidades e expectativas dos clientes (Stamatis, 1996).

Deste modo, qualquer organização pode desenvolver um conjunto de actividades interligadas com a finalidade de disponibilizar um produto final (*i.e.*, marcação de consulta médica, imagem radiológica, tratamento, reabilitação, entre outros), com base em procedimentos adequados, de modo a contribuir para o aumento da eficácia e da eficiência do sistema documentado na Figura 1.3.

Figura 1.3 Esquema simplificado de um processo



Fonte - Adaptado de ISO 9001:2000, citado por Pereira et al, 2004

O **resultado** representa o estudo das mudanças no estado de saúde actual e futuro dos utentes, que podem ser atribuídas aos actos prestados. Embora o resultado deva ser considerado prioritário do ponto de vista de quem recebe os cuidados, por ser a missão da organização, não nos podemos esquecer que só será garantido se for extensivo aos profissionais que o originam (Mezomo, 2001).

Segundo Donabedian (1991), o paradigma (Estrutura – Processos – Resultados) dá-nos três tipos de informação complementar que pode ser utilizada como método de avaliação. Contudo, nem sempre é fácil discriminar com exactidão quando termina a estrutura e se inicia o processo e quando termina este e se inicia o resultado. Por estarem intimamente relacionadas e manterem uma certa linha de causalidade e efeito, é preciso avaliar criteriosamente essa relação.

Os resultados não permitem avaliar com precisão o nível de desempenho no âmbito das restantes dimensões. Em contrapartida, permitem uma inferência acerca do atributo da estrutura e dos processos implementados. Apesar de não ser sólida a relação causa-efeito, se o resultado final satisfizer as necessidades dos utentes, então a probabilidade do desempenho ao nível da estrutura e dos processos ser de qualidade, é maior e vice-versa (Donabedian, 1991).

Stamatis (1996) reforça esta relação, ao referir que a *performance* do processo (a qualidade dos seus resultados e a sua eficiência) depende do modo como este foi inicialmente estruturado e posteriormente implementado.

Ao estudar a relação entre processos e resultados é importante que estejam presentes elementos de ambas as categorias. É possível actuar e fazer correcções sobre os processos que conduziram a falhas, tal como actuar ao nível de um indicador da estrutura que possa ter sido responsável pelas mesmas (Silva et al, 2004).

Mezomo (2001) considera que o significado da qualidade deve ser abordado tendo em consideração a conformidade dos serviços, com os objectivos e características das organizações. O que significa, só poder ser analisada quando vinculada à missão da organização e à sua plena realização. Como tal, a

qualidade não deve ser apenas entendida como um conceito universal, mas específica de cada organização e respectiva missão.

As organizações podem oferecer qualidade independentemente das suas características, do volume dos serviços prestados, da capacidade tecnológica e dos demais recursos disponíveis. O factor mais relevante é perceber se a organização tem uma missão definida e se os seus serviços (produtos) satisfazem as necessidades dos clientes.

Deste modo, a qualidade abrange uma série de pressupostos, como:

- ◆ Missão da organização definida;
- ◆ Conhecimento das necessidades dos clientes;
- ◆ Estrutura adequada (recursos humanos e materiais necessários para a execução das actividades previstas);
- ◆ Implementação de processos adequados aos resultados previstos;
- ◆ Avaliação permanente dos resultados;
- ◆ Visão da qualidade como processo de melhoria contínua, no âmbito da estrutura, dos processos e dos resultados;
- ◆ Envolvimento de todos os elementos chave (clientes internos, externos, fornecedores e parceiros). A qualidade pode ser entendida como uma filosofia de gestão, orientada para o cliente e para a capacidade de implementar processos adequados, com vista à obtenção dos resultados previstos (satisfação das necessidades e expectativas dos clientes) (Mezomo, 2001).

Espera-se que as organizações de saúde desenvolvam políticas e estratégias adequadas, com ênfase na procura de um melhor desempenho organizacional relativamente à estrutura, processos e resultados, bem como ao respeito pelos valores dos profissionais e utentes. não descurando a acessibilidade, a equidade e a utilização otimizada dos recursos disponíveis (Pisco, 2000).

Por ser considerado o veículo de eleição, na passagem da teoria para a acção, os conceitos da qualidade ganham relevância se forem inseridos na prática da gestão. Todavia, assegurar o envolvimento de todos os actores no processo é fulcral para melhorar a qualidade prestada pelas organizações de saúde (Mezomo, 2001).

Perante o exposto, importa que estas questões se aliem à necessidade de se apostar numa eventual reestruturação organizacional à luz dos princípios da gestão da qualidade total. A qualidade, vista numa óptica de melhoria contínua, vai contribuir para uma procura permanente de melhores práticas e para o empenho de todos os profissionais na optimização, na eficácia e na eficiência dos serviços prestados (Guerra, 2003). Neste contexto, pode ser necessário apostar num processo contínuo de actividades planeadas, baseado na revisão de desempenho e estabelecimento de metas explícitas, com o objectivo de melhorar a qualidade efectiva dos cuidados prestados (Oliveira, 1998).

É cada vez maior o número de organizações a adoptar práticas de gestão pela qualidade. O aumento da exigência dos clientes, cada vez mais informados e esclarecidos acerca dos seus direitos, é um fenómeno global que atinge todo o tipo de organizações, sejam elas públicas ou privadas, com ou sem fins lucrativos. Desde o sector industrial ao dos serviços, hoje em dia, todos se vêem inevitavelmente envolvidos no “culto” da qualidade. São várias as iniciativas Internacionais para a promoção da qualidade no seio das mais diversas organizações, sendo que as mais divulgadas assentam na atribuição dos prémios internacionais para a qualidade, na criação da Estrutura Comum de Avaliação (C.A.F. – Common Assessment Framework) e na actuação da Organização Internacional de Normalização (ISO).

1.4 Prémios Internacionais para a Qualidade

Os prémios internacionais para a qualidade, destinados a galardoar as organizações que se evidenciam nesta área, funcionam como um importante instrumento para a mobilização e incentivo ao desenvolvimento de políticas de qualidade, a nível mundial. Os mais importantes e reconhecidos são o Deming Prize, instituído no Japão, o Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA), atribuído nos EUA desde 1987, e o European Quality Award, criado pela EFQM (European Foundation for Quality Management) em 1992, concedido segundo uma pontuação referente a níveis de excelência (EFQM/BE - Business Excellence).

Para serem galardoadas com estes prémios, as organizações têm que adoptar os diferentes modelos de gestão da qualidade que lhes estão subjacentes. Cada um dos modelos tem critérios próprios e distintos que se apresenta seguidamente na Tabela 1.7.

Tabela 1.7 Modelos e Prémios Internacionais para a Qualidade

	Modelo Deming Prize	Modelo MBNQA	Modelo EFQM/BE
Crítérios	1 – Políticas 2 – Organização 3 – Informação 4 – Estandarização 5 – Utilização e Formação de Recursos Humanos 6 – Actividades para assegurar a qualidade 7 – Manutenção 8 – Desenvolvimento 9 – Efeitos 10 – Planeamento futuro	1 – Liderança 2 – Informação e Análise 3 – Planeamento Estratégico 4 – Focalização nos Recursos Humanos 5 – Processo de Gestão 6 – Resultados 7 – Focalização no Cliente e no Mercado	1 – Liderança 2 – Política e Estratégia 3 – Gestão das Pessoas 4 – Parcerias e Recursos 5 – Processos 6 – Satisfação dos Colaboradores 7 – Satisfação dos Clientes 8 – Impacto na Sociedade 9 – Resultados no Desempenho

Fonte: Sá, 2002.

1.4.1 Organização Internacional de Normalização (ISO)

A Organização Internacional de Normalização (ISO) é uma federação mundial responsável pela preparação de normas internacionais de standardização. A elaboração destas normas é da competência dos comités técnicos da ISO e cada país membro só pode ter uma entidade filiada nesta federação. Em Portugal, a entidade nacional filiada é o Instituto Português da Qualidade (IPQ), ao qual cabe a conversão da norma internacional para a língua portuguesa, sendo que esta terá que ser, posteriormente, homologada e publicada em Diário da República.

A ISO iniciou formalmente a sua actividade em 1947, com o principal intuito de harmonizar as normas industriais de diferentes países, de modo a facilitar as trocas e transacções entre eles. Segundo Pires (2004), "as normas de gestão da qualidade surgem, historicamente, como imposição dos grandes compradores e detentores de sistemas complexos nos fornecedores de componentes e subsistemas, como forma de obterem a confiança adequada de que os sistemas

complexos operariam bem em serviço”. Actualmente, a sua área de actuação é bastante mais vasta.

1.4.2 Estrutura Comum de Avaliação da Qualidade das Administrações Públicas da União Europeia (CAF)

Elaborada pela União Europeia, com o apoio da Academia Speyer (representante do modelo de qualidade alemão) e da EFQM (Fundação Europeia para a Gestão da Qualidade), a CAF constitui uma ferramenta que permite às organizações públicas realizarem exercícios de autoavaliação, numa perspectiva de melhoria contínua. Os principais objectivos da CAF são: a autoavaliação dos organismos públicos e o diagnóstico dos pontos fortes e fracos da organização; a melhoria contínua dos serviços públicos, através da introdução de alterações aos processos que apresentam resultados de avaliação abaixo do pretendido; o reconhecimento, a cada momento, das exigências e expectativas dos cidadãos; e o estabelecimento de elos de ligação entre os vários modelos e metodologias de gestão aplicados nas Administrações Públicas europeias, através da introdução de indicadores comuns que permitem a comparação de resultados e o benchmarking entre os diversos Estados Membros.

Os critérios de auto-avaliação da qualidade dos serviços públicos propostos na CAF dividem-se em cinco critérios de meios e quatro critérios de resultados. Os critérios de meios referem-se ao modo como a organização desenvolve as suas actividades e contemplam aspectos como a liderança, a política e estratégia, os recursos e parcerias, a gestão dos processos e da mudança. Por sua vez, os critérios de resultados dizem respeito ao que a organização está ou não a conseguir alcançar relativamente aos cidadãos e clientes externos, aos clientes internos (funcionários), ao impacto na sociedade, ao seu desempenho chave .

A *Common Assessment Framework* (CAF) foi o modelo escolhido para se efectuar uma auto-avaliação da qualidade na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes no Hospital do SAMS, pretendendo desta forma ser o ponto de partida para a melhoria contínua. No próximo capítulo apresenta-se de forma resumida as principais características da CAF e os factores de sucesso para a sua aplicação.

CAPÍTULO 2

Common Assessment Framework

Hoje é aceite mundialmente que a Qualidade e a Excelência são desafios inadiáveis que se colocam às organizações como forma de responder às crescentes solicitações de que são alvo, num ambiente de mudança constante, e de exigência crescente de todos: parceiros, fornecedores, colaboradores, clientes/ cidadãos.

A qualidade para as organizações públicas conhece um salto qualitativo importante quando em 2000 é apresentada em Lisboa, na 1.^a Conferência da Qualidade das Administrações Públicas Europeias, a *Common Assessment Framework* (CAF) – na tradução portuguesa, "Estrutura Comum de Avaliação"– visando melhorar os serviços públicos através da auto-avaliação com base num modelo constituído por critérios baseados nos princípios da excelência. Este modelo, que resultou da cooperação dos Estados-membros europeus, foi desenhado para criar uma linguagem comum para a qualidade.

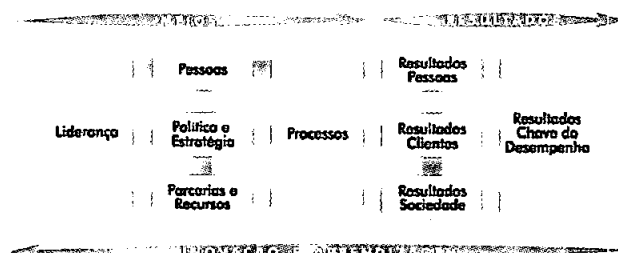
2.1 Conceito

A Estrutura Comum de Avaliação (*Common Assessment Framework - CAF*) é uma ferramenta da Gestão da Qualidade Total inspirada no Modelo de Excelência da Fundação Europeia para a Gestão da Qualidade (*European Foundation for Quality Management* ou EFQM) e no modelo da Speyer, Universidade Alemã de Ciências Administrativas. A Figura 2.1 apresenta o modelo EFQM.

A CAF é um modelo de auto-avaliação criado e recomendado pela União Europeia para ser implementado especificamente nas Administrações Públicas dos seus Estados Membros e pela qual os organismos promovem a gestão da qualidade através da realização de diagnósticos, que têm por referência um conjunto de boas práticas e indicadores, que caracterizam o seu serviço. Baseia-se na premissa de que as organizações atingem resultados excelentes ao nível do desempenho, bem como na perspectiva dos cidadãos/clientes, colaboradores

e sociedade quando têm lideranças que conduzem a estratégia, o planeamento, as pessoas, as parcerias, os recursos e os processos, pelo que este modelo analisa a organização simultaneamente por diferentes ângulos, promovendo uma análise holística do desempenho da organização.

Figura 2.1 Modelo EFQM



Fonte – <http://www.efqm.org/Default.aspx?tabid=35>

2.2 Origem e evolução

A Estrutura Comum de Avaliação resultou da cooperação desenvolvida entre os Ministros da União Europeia (UE) responsáveis pela Administração Pública (AP), em que se pretendia um instrumento comum europeu para auto-avaliação organizacional no sector público. Esta estrutura deveria desde logo obedecer a algumas características: ser um instrumento de fácil aplicação, gratuito, que permitisse ajudar as administrações públicas da UE a compreender e utilizar as técnicas modernas de gestão da qualidade, servisse como ponto de partida para melhoria continua no caminho da excelência e que possibilitasse fazer comparações com organizações similares na Europa. A concepção da CAF foi da responsabilidade de um grupo director, que posteriormente veio a ser designado por Grupo dos Serviços Públicos Inovadores (*Innovative Public Service Group* - IPSG), um grupo de trabalho de peritos nacionais criado pelos Directores-Gerais com o objectivo de promover permutas e cooperação onde existam formas de governação e de prestação de serviços públicos modernas e inovadoras nos Estados-membros da UE.

A concepção da CAF envolveu a participação de diversos intervenientes e a cooperação de sucessivas Presidências da UE (Reino Unido e Áustria em 1998, Alemanha e Finlândia em 1999 e Portugal em 2000). O desenho básico da CAF foi desenvolvido com base em análises conjuntas levadas a cabo pela *European Foundation for Quality Management* (EFQM), *Academia Speyer* e *European Institute for Public Administration* (EIPA). Os primeiros testes-piloto foram conduzidos em várias organizações do sector público (durante as Presidências Finlandesa e Portuguesa) e a versão final da CAF foi apresentada durante a 1ª Conferência da Qualidade para as Administrações Públicas da UE – Partilhar as Melhores Práticas, que se realizou em Maio de 2000. Em 2002 foi realizada uma avaliação ao modelo, com base na experiência desenvolvida nos Estados Membros que aplicaram a CAF entre 2000/2001. Dai surgiu a CAF 2002 que foi apresentada na 2ª Conferência da Qualidade para as Administrações Públicas da EU, que decorreu na Dinamarca, em Outubro de 2002. Mais recentemente, em Setembro de 2006, a CAF foi submetida a nova revisão resultando na actual versão da CAF – a CAF 2006.

Entre 2000 e 2005, cerca de 900 serviços públicos europeus utilizaram a CAF para melhorar o seu desempenho. Existe um interesse crescente na utilização desta ferramenta, dentro e fora da Europa. Foram muitos os utilizadores da CAF que se reuniram no 1º e 2º Evento Europeu da CAF, em Roma em 2003 e no Luxemburgo em 2005. Os dois estudos realizados pelo EIPA no contexto destes eventos fornecem informações acerca da aplicação da CAF na Europa tendo inspirado a revisão feita para a CAF 2006.

2.3 Principais características

A utilização da CAF proporciona à organização uma poderosa ferramenta para se iniciar um processo de melhoria contínua. A Tabela 2.1 mostra as características do modelo CAF.

Tabela 2.1 Características do Modelo CAF

A avaliação baseada em evidências	
A tomada de uma posição por parte da direcção e um consenso sobre o que tem de ser feito para melhorar a organização	
A avaliação através de um conjunto de critérios aceite pelos países europeus	
A medição do progresso de uma organização através de auto-avaliações periódicas	
A ligação entre objectivos e estratégias	
A focalização das actividades de melhoria onde são mais necessárias	
A promoção e partilha de boas práticas entre diferentes departamentos de uma organização e com outras organizações	
A motivação das pessoas da organização através do envolvimento destas no processo de melhoria	
A identificação dos progressos e dos níveis de melhoria alcançados	
A integração de um conjunto de iniciativas de gestão da qualidade nos procedimentos de trabalho	
Pode ser aplicado quer ao nível de uma macro estrutura (toda a organização) quer ao nível de uma micro estrutura (departamento)	

Fonte – Adaptado da DGAEP 2007

Em síntese, a auto-avaliação através do modelo CAF oferece à organização uma oportunidade para aprender a conhecer-se.

Comparada com um modelo de gestão da qualidade total, a CAF é um modelo simples, especialmente concebido para dar uma noção do desempenho da organização. Caso a organização pretenda promover uma avaliação mais detalhada deverá utilizar modelos mais pormenorizados (como os modelos Speyer e EFQM). A CAF tem a vantagem de ser compatível com esses modelos constituindo o primeiro passo para implementação da gestão da qualidade.

2.4 Objectivos

A CAF foi criada como uma ferramenta fácil de utilizar para ajudar as organizações públicas da União Europeia a melhorar o desempenho pela utilização de técnicas de gestão da qualidade. Enquanto ferramenta de Gestão da Qualidade Total, a CAF subscreve os conceitos fundamentais da excelência tal como são definidos pela *European Foundation for Quality Management* (EFQM): orientação por resultados, focalização no cliente, liderança e constância de objectivos, gestão por processos e factos, envolvimento de pessoas, melhoria

contínua e inovação, parceria com benefícios mútuos e responsabilidade social corporativa. Este modelo visa melhorar o desempenho das organizações públicas com base nestes conceitos. Constitui um modelo de análise organizacional, aplicado de forma contínua e sistemática, permitindo às organizações públicas realizarem exercícios de auto-avaliação a custos reduzidos.

O modelo CAF tem quatro objectivos principais:

1. Introduzir na Administração Pública os princípios da Gestão da Qualidade Total (*Total Quality Management - TQM*) e orientá-la progressivamente, através da utilização e compreensão da auto-avaliação, da actual sequência de actividades «Planear-Executar» para um ciclo completo e desenvolvido «PDCA» – Planear (fase de projecto); Executar (fase da execução); Rever (fase da avaliação) e Ajustar (fase da acção, adaptação e correcção);

2. Facilitar a auto-avaliação das organizações públicas com o objectivo de obter um diagnóstico e um plano de acções de melhoria;

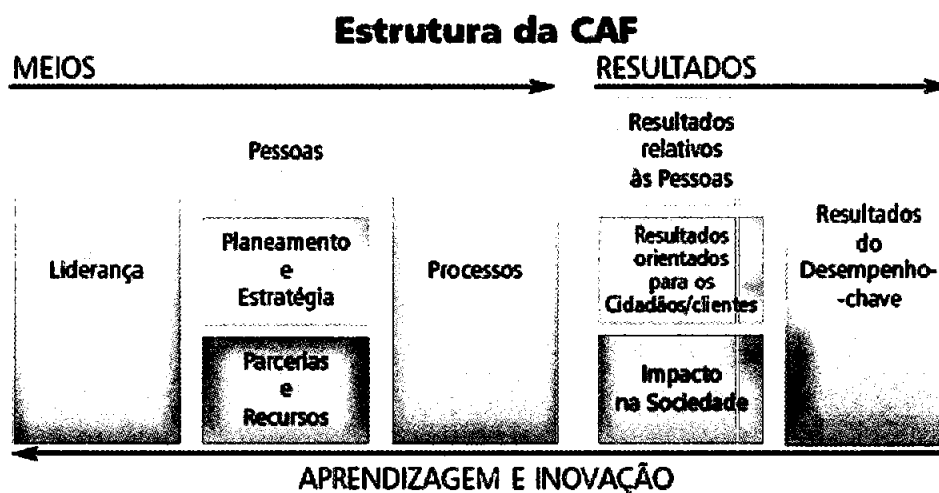
3. Servir de ponte entre os vários modelos utilizados na gestão da qualidade;

4. Facilitar o «*bench learning*» entre organizações do sector público.

Basicamente, a implementação da CAF implica que um grupo de pessoas de uma organização proceda a uma avaliação crítica do seu organismo, orientada por 9 Critérios, subdivididos em 28 sub critérios, que correspondem aos elementos de análise essenciais para se conhecer uma Organização (5 Critérios de Meios e 4 Critérios de Resultados).

A CAF é uma metodologia fácil, que permite a participação de todos na melhoria da qualidade. Introduce a gestão da qualidade nas organizações, e funciona como uma estrutura de auto-avaliação, pois é baseada no modelo EFQM, tal como se pode observar na Figura 2.2.

Figura 2.2 Estrutura da CAF



Fonte: Manual da CAF – DGAEP 2007

Sendo a CAF uma ferramenta modelo, o seu uso deve ser feito de forma flexível, mas respeitando obrigatoriamente os seus elementos básicos:

- Os 9 critérios;
- Os 28 subcritérios;
- O sistema de pontuação.

2.5 Critérios e subcritérios da CAF

A CAF assenta numa estrutura de 9 critérios que correspondem aos aspectos principais de uma organização. Esses 9 critérios de auto-avaliação estão divididos em cinco critérios dos meios e quatro dos resultados.

Os critérios 1 a 5 dizem respeito aos meios próprios de uma organização e determinam o que a organização faz e como realiza as suas actividades para alcançar os resultados desejados. Nos critérios 6 a 9, os resultados alcançados ao nível dos cidadãos/clientes, pessoas, sociedade e desempenho-chave são avaliados através de medidas de percepção e indicadores internos.

Os critérios de meios são a Liderança, a Política e a Estratégia, as Pessoas, os Recursos e Parcerias e os Processos. Os critérios dos resultados são os

Resultados orientados para o cidadão/cliente, os Resultados relativos às Pessoas, o Impacto na Sociedade e os Resultados de Desempenho Chave.

Cada critério está decomposto num conjunto de subcritérios (28) que identificam as principais questões a considerar aquando da avaliação de uma organização. Estes, por sua vez, são ilustrados com exemplos que descrevem o conteúdo dos mesmos e sugerem possíveis áreas de abordagem tendo em vista explorar a forma como a gestão das organizações responde às exigências expressas nos subcritérios.

A Tabela 2.2 apresenta cada um desses critérios, sua definição e subcritérios correspondentes.

Tabela 2.2 Critérios e subcritérios de avaliação da CAF

CRITÉRIOS DOS MEIOS (1 a 5) Forma como as actividades da organização são desenvolvidas	
LIDERANÇA (Critério 1)	
Como os dirigentes desenvolvem e prosseguem a missão, a visão e os valores necessários para sustentar, a longo prazo, o sucesso da organização, e os implementam através de acções e comportamentos adequados. Como os dirigentes estão pessoalmente comprometidos em assegurar o desenvolvimento, e a implementação, do sistema de gestão da organização.	
Subcritérios	<ol style="list-style-type: none">1.1. Dar uma orientação à organização desenvolvendo a visão, missão e valores1.2. Desenvolver e implementar um sistema de gestão da organização, do desempenho e da mudança1.3. Motiviar e apoiar as pessoas da organização e servir de modelo1.4. Gerir as relações com os políticos e com as outras partes interessadas de forma a assegurar uma responsabilidade partilhada
PLANEAMENTO e ESTRATÉGIA (Critério 2)	
Como a organização implementa a sua missão e visão através de uma estratégia clara, orientada para todas as partes interessadas , e suportada por políticas, planos, metas, objectivos e processos adequados .	
Subcritérios	<ol style="list-style-type: none">2.1. Obter informação relacionada com as necessidades presentes e futuras das partes interessadas2.2. Desenvolver, rever e actualizar o planeamento e a estratégia tendo em conta as necessidades das partes interessadas e os recursos disponíveis2.3. Implementar o planeamento e a estratégia em toda a organização2.4. Planear, implementar e rever a modernização e a inovação

PESSOAS (Critério 3)

Como a organização gere, desenvolve e liberta o conhecimento e todo o potencial das pessoas que a compõem, quer ao nível individual, de equipa ou ao nível da organização no seu conjunto.
Como planeia essas actividades de forma a prosseguir a política e a estratégia definidas, e a garantir a eficácia operacional do seu pessoal.

Subcritérios

- 3.1. Planear, gerir e melhorar os recursos humanos de forma transparente em sintonia com o planeamento e a estratégia
- 3.2. Identificar, desenvolver e usar as competências das pessoas, articulando os objectivos individuais e organizacionais
- 3.3. Envolver as pessoas através do diálogo e da delegação de responsabilidades.

PARCERIAS e RECURSOS (Critério 4)

Como a organização planeia e gere as suas parcerias chave e os seus recursos internos de forma a garantir a prossecução da política e da estratégia, e o eficaz funcionamento dos processos

Subcritérios

- 4.1. Desenvolver e implementar relações de parceria relevantes
- 4.2. Desenvolver e implementar parcerias com os cidadãos/clientes
- 4.3. Gerir os recursos financeiros
- 4.4. Gerir o conhecimento e a Informação
- 4.5. Gerir os recursos tecnológicos
- 4.6. Gerir os recursos materiais

PROCESSOS (Critério 5)

Como a organização identifica, gere, melhora e desenvolve os seus processos chave de modo a concretizar o planeado e a estratégia definida:
3apoiar e inovar a política e a estratégia definidas
3garantir a plena satisfação e a gerar mais-valias para os seus clientes e outras partes interessadas

Subcritérios

- 5.1. Identificar, conceber, gerir e melhorar os processos de forma sistemática
- 5.2. Desenvolver e fornecer produtos e serviços orientados para os cidadãos/clientes
- 5.3. Inovar os processos envolvendo os cidadãos/clientes

CRITÉRIOS DOS RESULTADOS

(6 a 9)

Produto final das acções pela utilização dos meios necessários para atingir os objectivos definidos pela organização

RESULTADOS ORIENTADOS PARA CIDADÃOS/CLIENTES (Critério 6)

Que resultados a organização atinge em relação à satisfação dos cidadãos/clientes com os produtos/serviços que presta.
Percepção que os clientes têm da organização em termos de imagem global, serviços, produtos, acessibilidade, comunicação e capacidade de resposta.

Subcritérios

- 6.1. Resultados de avaliações da satisfação dos cidadãos /clientes
- 6.2. Indicadores das medidas orientadas para os cidadãos/clientes

RESULTADOS RELATIVOS ÀS PESSOAS (Critério 7)

Os resultados que a organização atinge relativamente à competência, motivação, satisfação e desempenho das pessoas pertencentes à organização.

Subcritérios

- 7.1. Resultados das medições da satisfação e motivação das pessoas
- 7.2. Indicadores de resultados relativos às pessoas

IMPACTO NA SOCIEDADE (Critério 8)

Que resultados a organização atinge na satisfação das necessidades e expectativas da comunidade local, nacional e internacional.
Este critério inclui a percepção em relação a questões como a qualidade de vida, a preservação do meio ambiente e dos recursos globais, e as medidas internas destinadas a avaliar a eficácia da organização face à comunidade em que se insere.

Subcritérios

- 8.1. Percepções das partes interessadas relativamente aos impactos sociais
- 8.2. Indicadores de desempenho social estabelecidos pela organização

RESULTADO DO DESEMPENHO-CHAVE (Critério 9)

Que resultados a organização alcança relativamente ao planeado e à estratégia definida na satisfação das necessidades e expectativas das partes interessadas (resultados externos) e os resultados que a organização alcança no que respeita à gestão e processos de melhoria (resultados internos).

Subcritérios

- 9.1. Resultados externos
- 9.2. Resultados internos

Fonte – Elaboração própria

2.6 Sistema de pontuação da CAF

Um dos elementos obrigatórios da CAF é o sistema de pontuação. Embora os pontos fortes e áreas de melhoria identificadas e as consequentes acções de melhoria sejam os resultados mais importantes da auto-avaliação, as organizações, por vezes, focam a sua atenção em demasia nas pontuações.

A CAF 2006 apresenta duas formas alternativas de pontuar os subcritérios: o sistema de pontuação clássico (SPC) e o sistema de pontuação avançado (SPA). Cada um destes sistemas apresenta tabelas específicas para os critérios de meios e de resultados. É comum aos dois sistemas uma escala de pontuação que varia entre 0 e 100 pontos. Durante o processo de auto-avaliação (AA) as organizações só podem usar um dos sistemas, pelo que devem decidir atempadamente qual o sistema que pretendem adoptar.

2.6.1 O «sistema de pontuação clássico» ou *Classical CAF Scoring*

Cada uma das tabelas do SPC apresenta 6 grandes níveis de pontuação que são semelhantes aos existentes na CAF 2002. A diferença reside no facto de cada um destes níveis ser susceptível de ser pontuado com uma escala de valores cujo intervalo varia entre 10 ou 20 pontos, ou seja cada subcritério poderá ter uma pontuação entre 0 e 100 pontos.

No quadro de pontuação dos meios, do sistema de pontuação clássico, a fase PDCA (91-100) apenas é concretizada quando acções de *benchlearning* integram o ciclo de melhoria continua (Ver Figura 2.3).

Figura 2.3 Pontuação dos Meios (SPC)

Fase	Quadro de pontuação dos meios	Pontuação	CAF 2002
	Não temos acções nesta área Não temos informação ou esta não tem expressão.	0-10	0
PLAN Planear	Existem acções planeadas nesta área.	11-30	1
DO Executar	Existem acções em curso ou estão a ser implementadas.	31-50	2
CHECK Rever	Revimos/avaliámos se fizemos o acertado de forma correcta.	51-70	3
ACT Ajustar	Com base na revisão/avaliação fizemos os necessários ajustamentos.	71-90	4
PDCA	Tudo o que fizemos nesta área é planeado, implementado, revisto e ajustado regularmente e aprendemos com outras organizações. Estamos num ciclo de melhoria contínua nesta matéria.	91-100	5

Fonte: CAF- Direcção-Geral da Administração e do Emprego Público (2007)

Instruções:

Escolher o nível alcançado; Plan, Do, Check, ou Act. Esta forma de pontuação é cumulativa: é necessário ter realizado a fase anterior (ex: check) para se poder alcançar a fase seguinte (ex:Act).

Pontuar entre 0 e 100 cada subcritério de acordo com o nível alcançado dentro de cada fase. A escala de 100 permite especificar o grau de realização e implementação das acções.

No quadro de pontuação dos resultados, deste sistema, é feita uma distinção entre a tendência dos resultados alcançados e a concretização das metas (Ver Figura 2.4).

Figura 2.4 Pontuação dos Resultados (SPC)

Quadro de pontuação dos resultados	Pontuação	CAF 2002
Não há resultados e/ou não há informação disponível.	0-10	0
Os resultados estão avaliados e demonstram uma tendência negativa e/ou não foram alcançadas metas relevantes.	11-30	1
Os resultados demonstram uma tendência estável e/ou algumas metas relevantes foram alcançadas.	31-50	2
Os resultados demonstram uma tendência de melhoria e/ou a maior parte das metas relevantes foram alcançadas.	51-70	3
Os resultados demonstram um progresso substancial e/ou todas as metas relevantes foram alcançadas.	71-90	4
Foram alcançados resultados excelentes e sustentáveis. Todas as metas relevantes foram alcançadas. Foram feitas comparações sobre os resultados-chave com outras organizações relevantes.	91-100	5

Fonte: CAF- Direcção-Geral da Administração e do Emprego Público (2007)

Instruções:

-Atribuir uma pontuação entre 0 e 100 a cada subcritério de acordo com uma escala composta por 6 níveis correspondendo aos níveis apresentados no quadro de pontuação dos resultados da CAF 2002).

-Para cada nível é possível ter em conta quer a tendência, quer o resultado alcançado, ou ambas as possibilidades.

2.6.2 O «sistema de pontuação avançado» ou *Fine-tuned CAF Scoring*

O SPA constitui uma forma de pontuar mais próxima da realidade, uma vez que avalia situações em que, por exemplo, as organizações estão a implementar acções (Do/Executar) mas, por vezes, sem o suficiente planeamento (Plan/Planear). Por outro lado, e relativamente aos critérios dos resultados, este sistema demonstra se é necessário que a organização invista primordialmente na tendência revelada pelos resultados, ou se é mais importante investir no alcance das metas.

O SPA destina-se a organizações que pretendem reflectir mais pormenorizadamente a análise feita aos subcritérios. Este sistema permite pontuar — para cada subcritério — todas as fases do ciclo Plan-Do-Check-Act (PDCA / Planear-Executar -Rever-Ajustar) em simultâneo.


Esta forma de pontuar proporciona mais informação sobre as áreas onde as melhorias são mais necessárias.

As acções de *bench learning* são geralmente realizadas quando todas as fases do ciclo têm o mais elevado nível de pontuação.

No quadro de pontuação dos meios (Ver Figura 2.5) sobressai a importância do ciclo PDCA.

Figura 2.5 Pontuação dos meios (SPA)

QUADRO DE PONTUAÇÃO DOS MEIOS

ESCALA		0-10	11-30	31-50	51-70	71-90	91-100
Fase	Evidências	Não há acções ou existem apenas algumas ideias	Acções pouco importantes sobre algumas áreas	Acções importantes sobre algumas áreas	Acções importantes sobre a maior parte das áreas	Acções muito importantes sobre todas as áreas	Acções excelentes, comparadas com outras organizações, relacionadas com todas as áreas.
PLAN Planear	O planeamento é baseado nas necessidades e expectativas das partes interessadas. O planeamento é realizado, de forma regular, por todas as partes interessadas relevantes da organização. Pontuação						
DO Executar	A execução das acções é feita com base em processos e responsabilidades definidas. Existe divulgação das acções, de forma regular, por todas as partes interessadas relevantes da organização. Pontuação						
CHECK Rever	Os processos definidos são monitorizados com base em indicadores e são revistos, de forma regular, com a colaboração das partes interessadas relevantes da organização Pontuação						
ACT Ajustar	As acções correctivas e de melhoria são tomadas de acordo com os resultados apurados na revisão feita junto das partes interessadas relevantes da organização. Pontuação						
		Total/400 Pontuação/100					

Para cada acção, devem ser ponderados pela equipa de auto-avaliação quem são as partes interessadas relevantes. Se para alguns casos estes compreendem os cidadãos/clientes, noutros casos apenas serão relevantes os gestores e colaboradores da organização; noutros casos ainda podem incluir, também, os parceiros e/ou fornecedores.

Fonte: CAF- DGAEP (2007)

Figura 2.6 Pontuação dos resultados (SPA)

Quadro de Pontuação dos Resultados

Escala	0-10	11-30	31-50	51-70	71-90	91-100
Tendência	Não há resultados avaliados	Tendência negativa	Tendência estável ou progresso pouco significativo	Progresso sustentável	Progresso considerável	Comparações positivas sobre todos os resultados com outras organizações relevantes
Pontuação	Não há resultados avaliados e/ou não há informação disponível	Os resultados não alcançaram as metas	Algumas metas foram alcançadas	Algumas metas relevantes foram alcançadas	A maior parte das metas relevantes foram alcançadas	Todas as metas relevantes foram alcançadas
Total/200 Pontuação/100						

Fonte: CAF- DGAEP(2007)

O quadro de pontuação dos resultados (Ver Figura 2.6) indica se é necessário que a organização invista primordialmente na tendência revelada pelos resultados, ou se é mais importante investir no alcance das metas.

Pontuar cada critério e subcritério do modelo CAF visa 4 grandes objectivos:

3 Fornecer informação e indicar o caminho a seguir para as acções de melhoria;

3 Medir o progresso da organização;

3 Identificar Boas Práticas que resultem de pontuações elevadas nos critérios de meios e resultados;

3 Ajudar a encontrar parceiros com os quais seja útil aprender (*Benchmarking* – como comparar e aprender – *Bench learning* – o que se aprende com os outros).

Na Tabela 2.3 são apresentadas, de forma resumida, as principais vantagens e desvantagens da utilização dos diferentes sistemas de pontuação.

Tabela 2.3 Vantagens e desvantagens dos sistemas de pontuação

	VANTAGENS	DESVANTAGENS
SPC	<i>Mais simples de aplicar</i>	Analisa a tendência global das práticas da organização no ciclo PDCA, mas de uma forma cumulativa, ou seja, se a maioria estiver planeada terá pontuar na fase (Plan)
SPA	Análise mais fina das práticas da organização. Forma de pontuar mais próxima da realidade. Dá mais informação sobre as áreas a melhorar (também exige mais <i>input</i>)	Mais complexo, visto que deve ser efectuada uma análise mais pormenorizada às acções da organização A variação dos intervalos aumenta o grau de discricioniedade nas pontuações

Fonte: Adaptação de Evaristo 2007

2.7 Factores de sucesso para implementar a CAF

Um factor do sucesso para implementar a CAF é a decisão da gestão introduzir a auto-avaliação, como via para avaliar e melhorar a organização, ou seja, para introduzir o ciclo de melhoria contínua na gestão do serviço. Esta decisão tem de ficar clara para que o processo de mudança tenha sucesso a longo prazo, tornando a gestão da qualidade visível e evidente para todos.

A comunicação é essencial em todas as fases do processo, desde os objectivos da auto-avaliação, à comunicação dos seus resultados, à fase de implementação das melhorias. Por outro lado, a CAF permite evidenciar falhas na comunicação e informação que geralmente podem ser esclarecidas muito rapidamente.

Honestidade, tolerância, confiança e abertura por parte dos que avaliam e dos que são avaliados. Aqueles que avaliam devem corresponder à missão que lhes foi confiada de rigor e honestidade visando proporcionar um real diagnóstico do estado de saúde da organização. Os que são avaliados não devem recear apresentar as suas opiniões, de forma construtiva e focalizados no que entendem ser o melhor desempenho da organização.

Na Tabela 2.4 são descritos, de forma resumida, os factores de sucesso para implementação da CAF.

Tabela 2.4 Factores de sucesso para implementar a CAF

<i>Perfil do Agente CAF</i>	A equipa de auto-avaliação desempenha um papel muito importante no processo de transformação e adaptação da organização às novas realidades, dando início a todo um processo de aprendizagem e mudança organizacional.
<i>Papel da Liderança</i>	Uma das condições de sucesso na implementação da CAF está relacionada com o empenhamento do líder de topo em todo o processo e constitui uma valorização do processo de auto-avaliação. De facto, um determinado grau de dedicação e esforço por parte da liderança de topo e dos dirigentes de nível intermédio, adquirem extrema importância na valorização da ferramenta CAF.
<i>Processo de comunicação</i>	A equipa de auto-avaliação deverá construir um plano de comunicação que tenha em consideração, simultaneamente, a coerência e a pertinência entre os objectivos de cada uma das fases de implementação da CAF e os suportes comunicacionais.
<i>Envolvimento</i>	A introdução da ferramenta CAF deverá, desde logo, envolver todos os que trabalham na organização. Na verdade, será através da comunicação e da participação directa do colaborador, que se incrementa o envolvimento e que, por sua vez, se contribui para o aumento da eficácia organizacional.

Fonte: Adaptado de DGAEP (2007)

Quase sempre as mudanças estão associadas a resistências. As mudanças positivas são muitas vezes obstruídas, mesmo se envolvem vantagens para os destinatários. A resistência geralmente surge dos receios que as pessoas não

(tem coragem) expressam. Qualquer mudança, mesmo que pequena, é primeiro considerada uma ameaça. Pode ser afastada através de comunicação aberta e proporcionando um ambiente de transparência. Neste sentido, fornecer informação detalhada sobre os objectivos e o que se pretende com o exercício, desde o começo, é da maior importância para a auto-avaliação vir a ser um sucesso.

2.8 Linhas de orientação para aplicação da CAF

A auto-avaliação de uma organização pode ser realizada de diversas formas existindo vários factores que contribuem para determinar qual o modo mais apropriado para desenvolver um processo desta natureza: a dimensão da organização, a cultura e a experiência prévia com ferramentas de Gestão da Qualidade Total, entre outros.

A CAF 2006 introduz linhas de orientação detalhadas para a realização do processo de auto-avaliação, dividindo o mesmo em fases e passos de uma “caminhada” em direcção à melhoria contínua, considerados relevantes para a maioria das organizações.

Estas recomendações têm como objectivo sistematizar a informação e aspectos essenciais a ter em conta no processo de implementação da CAF.

Na Tabela 2.5 estão identificados os 10 passos do processo de melhoria contínua com a CAF, que podem ser considerados relevantes para a maioria das organizações.

É importante sublinhar que as recomendações aqui apresentadas se baseiam na experiência das inúmeras organizações que já aplicaram a CAF.

Contudo, cada processo de melhoria é único, pelo que esta descrição deve ser entendida como uma inspiração para as pessoas responsáveis pelo processo de auto-avaliação e não como se de um rigoroso manual de procedimentos.

Tabela 2.5 Principais passos para implementar a CAF

<p>10 PASSOS PARA MELHORAR AS ORGANIZAÇÕES COM A CAF</p>	
<p>Fase 1 — O início da caminhada CAF</p>	
<p>1.º Passo: Decidir como organizar e planejar a auto-avaliação (AA)</p> <ul style="list-style-type: none"> — Assegurar a existência de uma decisão clara por parte da gestão na sequência de um processo de consulta à organização; — Definir o âmbito e a metodologia da AA; — Escolher o sistema de pontuação; — Designar um líder do projecto. <p>2.º Passo: Divulgar o projecto de auto-avaliação</p> <ul style="list-style-type: none"> — Definir e implementar um plano de comunicação; — Estimular o envolvimento da organização na AA; — Comunicar durante as várias fases com todos as partes interessadas 	<ul style="list-style-type: none"> — Organizar a informação e a formação para a EAA; — O gestor do projecto deve fornecer à EAA os documentos relevantes da organização; — Definir as partes interessadas relevantes, os produtos e serviços que são prestados e os processos-chave. <p>5.º Passo: Realizar a auto-avaliação</p> <ul style="list-style-type: none"> — Realizar a avaliação individual; — Obter o consenso de grupo; — Pontuar. <p>6.º Passo: Elaborar um relatório que descreva os resultados da AA</p>
<p>Fase 3 — Plano de melhorias/prioritização</p>	
<p>3.º Passo: Criar uma ou mais equipas de auto-avaliação (EAA)</p> <ul style="list-style-type: none"> — Decidir o número de equipas de autoavaliação; — Criar uma EAA que seja relevante para toda a organização, respeitando um conjunto de critérios; — Escolher o líder da equipa; — Decidir se o gestor deve ou não fazer parte da EAA. <p>4.º Passo: Organizar a formação</p> <ul style="list-style-type: none"> — Organizar a informação e a formação para os gestores; 	<p>7.º Passo: Elaborar o plano de melhorias</p> <ul style="list-style-type: none"> — Priorizar as acções de melhoria; — Planejar as acções no tempo de forma realista; — Integrar o plano de melhorias no planeamento estratégico. <p>8.º Passo: Divulgar o plano de melhorias</p> <p>9.º Passo: Implementar o plano de melhorias</p> <ul style="list-style-type: none"> — Definir uma metodologia consistente para monitorizar e avaliar as acções de melhoria, com base no ciclo <i>Plan-Do-Check-Act</i>; — Designar uma pessoa responsável por cada acção; — Implementar as ferramentas de gestão mais apropriadas de forma permanente. <p>10.º Passo: Planejar a auto-avaliação seguinte</p> <ul style="list-style-type: none"> — Avaliar as acções de melhoria através de uma nova auto-avaliação

Fonte: Adaptação de DGAEP 2007

2.9 Aplicações práticas do Modelo CAF

Durante a Presidência Portuguesa da UE realizou-se a 1ª Conferência da Qualidade das Administrações Públicas da União Europeia (Lisboa, Maio de 2000) na qual foi apresentada pela primeira vez a CAF, tendo os responsáveis pelas administrações públicas dos quinze assumido o compromisso de divulgar e promover a utilização da CAF nos respectivos países.

Em 2002 foi realizada uma avaliação do modelo, com base na experiência desenvolvida nos Estados Membros que aplicaram a CAF entre 2000/2001 (incluindo 14 organismos portugueses). Das oportunidades de melhoria detectadas resultou uma nova versão da CAF que contemplava algumas alterações, designadamente ao nível dos subcritérios. A chamada CAF 2002 foi apresentada durante a 2ª Conferência da Qualidade para as Administrações Públicas da União Europeia, que decorreu em Copenhaga, Dinamarca, nos dias 2, 3 e 4 de Outubro de 2002.

Em 2006 foi feita uma nova revisão do modelo. A CAF 2006 (3ª versão), apresentada na 4ª Conferência da Qualidade, é o resultado do trabalho do *CAF 2006 Technical Working Group*, representado pelos correspondentes nacionais CAF de cerca de 10 Estados-membros, a EFQM e coordenado pelo Centro de Recursos CAF do EIPA (*European Institute for Public Administration*). Portugal esteve representado neste grupo pela Direcção-Geral da Administração e do Emprego Público.

De seguida proceder-se-á a um breve resumo das aplicações da CAF em Portugal.

2.9.1 A CAF em Portugal

Portugal tem desde o início acompanhado e participado no desenvolvimento da CAF. Contribuiu para a criação da 1ª versão (CAF 2000) acompanhou a 2ª revisão (CAF 2002) e participou no grupo de peritos que elaboraram a 3ª versão do modelo (CAF 2006).

A dinamização da utilização da CAF em Portugal começou por ser responsabilidade do Secretariado para a Modernização Administrativa (SMA) tendo sido transferida para o Instituto para a Inovação na Administração do Estado após a extinção do SMA em 2001, organismo que veio a ser extinto no decorrer de 2002.

Desde Outubro de 2002, é a DGAEP o organismo responsável pela coordenação, acompanhamento e avaliação das iniciativas de divulgação e implementação da CAF na Administração Pública Portuguesa.

A Direcção-Geral representa Portugal no Grupo dos Serviços Públicos Inovadores (*Innovative Public Service Group - IPSG*), grupo de Alto Nível no âmbito do qual existe o Grupo de Trabalho sobre a CAF (*CAF Expert Group*) o qual coordena a evolução e disseminação do modelo a nível europeu. A DGAEP representa também Portugal neste Grupo.

A estratégia da DGAEP, para disseminar a CAF, assenta nas seguintes linhas de acção:

- Disponibilizar os recursos informativos necessários para o desenvolvimento dos processos CAF pelos serviços de forma autónoma
- Prestar esclarecimentos aos utilizadores da CAF sobre o modelo
- Promover a partilha de experiências e conhecimentos

O eixo central da estratégia é promover que os serviços sejam capazes de forma autónoma de desenvolver projectos de aplicação da CAF e de melhoria continua.

De forma a melhor se conhecer o modo como a CAF é aplicada em Portugal, foi desenvolvido pela DGAEP, em finais de 2006 e início de 2007, o primeiro estudo sobre a aplicação da CAF em Portugal. Em seguida são apresentados alguns dos principais dados apurados. (Ver Tabela 2.6)

Tabela 2.6 Resumo da aplicação da CAF em Portugal

<p>Amplitude de aplicação da CAF no universo da AP</p>	<p>De um total de sessenta organizações (60), de que a DGAEP teve conhecimento que aplicaram a CAF, trinta e nove (39) dizem respeito à Administração Central, o que corresponde a 65,0% do total das organizações que aplicaram a CAF. Dentro da Administração Central, sobressaem os Institutos Públicos com 28,3%, seguido das Secretarias-Gerais, com 16,7%.</p>
<p>Localização das organizações em estudo</p>	<p>39 das 60 organizações acima referidas situam-se na região de Lisboa e Vale do Tejo (65,0% do total). Oito delas têm serviços em todo o território, com maior ou menor grau de dispersão geográfica.</p>
<p>Abrangência de aplicação da CAF</p>	<p>Do conjunto de 60 serviços e organismos mencionados, foram recebidos 57 questionários, pelo que o estudo incide sobre este universo.</p> <p>Do conjunto de organizações em análise (57), 23 aplicaram a CAF em toda a organização, representando 40% do total. Os restantes 34 (60%), respeitam a organizações que optaram por uma aplicação da CAF em parte da organização (adiante referida como sectorial). A principal razão, apontada pelos serviços, para a última opção, tem a ver com a "Necessidade de realizar um projecto-piloto para aprendizagem", mencionada por 52,5% dos serviços.</p>
<p>Repetição da auto-avaliação</p>	<p>A grande maioria das organizações utilizou a CAF uma vez (52 dos casos). A repetição da auto-avaliação, pela segunda vez, verificou-se em 4 serviços, e foi aplicada pela terceira vez em apenas uma (1) organização.</p>
<p>Experiência prévia com outros instrumentos da Qualidade</p>	<p>Na maioria dos casos (em 56,1% dos serviços), não existia qualquer experiência prévia com a utilização de outros instrumentos da Qualidade. Nos casos em que este tipo de experiência foi referido, a maior incidência verificou-se em relação à Norma ISO 9000, correspondente a 41,7% dos casos de experiência.</p>
<p>Razões para aplicação da CAF</p>	<p>A necessidade de sensibilizar as/os colaboradoras/es para as questões da Qualidade é mencionada como sendo uma das principais razões que impulsionou a aplicação da CAF (em 32,7%).</p>
<p>Principais benefícios com a aplicação da CAF</p>	<p>"A aquisição ou desenvolvimento da consciência de que o conjunto de esforços e a partilha de informação são importantes no envolvimento com a organização."</p> <p>"Sistematização e registo das acções realizadas e/ou planeadas"</p> <p>"Uma clara identificação dos pontos fortes e das oportunidades de melhoria"</p> <p>"Consciência de que existem necessidades, para as quais as boas praticas, iniciadas pela CAF, dão resposta"</p>
<p>Plano de melhorias e sua implementação</p>	<p>Foi elaborado um Plano de Melhorias, na maior parte dos casos (41), de um total de 49 processos de AA, em análise neste item (8 não responderam). A maior incidência das melhorias (76,3%) recaiu sobre "acções e processos". Em 35,1% dos casos não foram implementadas acções de melhoria. As principais razões para tal estão relacionadas com "outras prioridades".</p>
<p>Nova aplicação da CAF</p>	<p>A maioria das organizações respondentes (25) estabeleceu períodos de 2 em 2 anos, para a nova aplicação. No entanto, 50% das organizações ainda não havia considerado as aplicações subsequentes.</p>

Fonte – Adaptado de DGAEP 2007

Na Tabela 2.7, apresentam-se alguns exemplos práticos de aplicação do modelo em instituições públicas portuguesas (cf. Anexo 1, 2, 3).

Tabela 2.7 Aplicações práticas do modelo CAF em Portugal

APLICAÇÕES PRÁTICAS NACIONAIS			
LOCAL E DATA	OBJECIVOS	RESULTADOS	Plano de melhorias Perspectivas futuras
<p>Câmara Municipal do Porto</p> <p>Estudo realizado entre Nov04/Jun05</p> <p>(Anexo 1)</p>	<p>Curto Prazo - Proceder à Autoavaliação das diferentes estruturas da CMP com vista à posterior intervenção ao nível de acções de melhoria - Definir objectivos de serviços e de colaboradores para a avaliação de desempenho</p> <p>Médio Prazo - Promover o reconhecimento dos serviços públicos através dos níveis de excelência da EFQM: 1º nível – “Committed to Excellence”</p>	<p>Os resultados mais significativos evidenciam que apesar de estarem implementadas boas práticas, estas não são alvo de avaliação regular, pelo que impossibilita a sua permanente monitorização com vista à introdução de melhorias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Candidatura ao 1º nível de Excelência da EFQM ▪ Caso piloto junto da DGAP ▪ Formação avançada ▪ Futura aplicação da CAF com início para Janeiro de 2007
<p>Escola Secundária Manuel da Fonseca ESMF</p> <p>JAN 2007</p> <p>(Anexo 2)</p>	<p>A procura da excelência com o principal objectivo de melhorar a qualidade do seu serviço enquanto instituição educativa é uma das metas a atingir por esta escola.</p>	<p>A escola obteve uma média final na 1ª autoavaliação de 2,63, este valor é satisfatório para uma escola que está a iniciar o seu processo de autoavaliação, visando o lançamento de um Programa de Qualidade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Melhorar a participação dos alunos na vida da escola ▪ Melhorar os circuitos de informação da escola
<p>Projecto Qualis</p> <p>Qualidade sucesso educativo pela autoavaliação das escolas</p> <p>Jul-Set 2006</p> <p>(Anexo 3)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promove a qualidade educativa e a melhoria contínua ▪ Estimular a auto-reflexão para a autonomia ▪ Induzir práticas e atitudes ▪ Mobilizar a escola 	<ul style="list-style-type: none"> • Envolvimento de todas as escolas num processo auto-reflexivo orientado • Criação de equipas e processos • Introdução de uma cultura de auto-avaliação 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Calendarização definida para o futuro • Correção de elementos do modelo • Alargamento do projecto às Escolas Profissionais e IPSS em 2007

Fonte – Elaboração própria

Como já foi referido anteriormente o modelo CAF foi concebido com base no modelo EFQM, e visa fazer um diagnóstico das instituições públicas, os seus pontos fortes, pontos fracos e melhorias. Em Portugal, na área da Saúde não se encontraram estudos publicados, nem registados no Centro de Recursos Europeu da CAF.

No entanto existe descrição que alguns hospitais portugueses já utilizaram esta ferramenta, conforme informação disponibilizada pelo Centro de Recursos Europeus da CAF.

A nível Europeu só se conseguiu ter acesso a um estudo de um Hospital na Finlândia designado Pirkanmaa Hospital District (Ver Anexo 4) onde foi aplicado o modelo CAF.

2.10 *Bench learning* elou *benchmarking*?

O principal objectivo para desenvolver actividades de *bench learning* elou *benchmarking* é o de encontrar melhores formas de fazer as coisas, com o finalidade de melhorar o desempenho global da organização, tendo por base geralmente melhores resultados alcançados por outras organizações.

De forma simples, o *benchmarking* é um processo pelo qual uma organização encontra outras organizações com as quais pode comparar, ou *benchmark*, o desempenho da sua organização. Esta técnica pode ser uma ferramenta poderosa e eficaz para o progresso da organização, pois explora princípios básicos como “ não reinventar a roda” e “aprender com os outros”. A CAF, bem como outras ferramentas de análise organizacional, podem ser utilizadas para este propósito.

Contrariamente ao *benchmarking* clássico, o *bench learning* não inclui necessariamente a procura de organizações comparáveis e a utilização de indicadores para estabelecer comparações directas.

O *bench learning* dá maior ênfase ao processo de aprendizagem do que ao estabelecimento de comparações com outras organizações. O objectivo do *bench learning* é *aprender* com os pontos fortes de outras organizações, aprender com estas aquilo que estas fazem bem, é procurar inspiração para o seu próprio trabalho e aprender com e evitar os erros cometidos pelas outras organizações. É um processo activo e contínuo e não apenas uma comparação de indicadores, factos e medidas.

As boas práticas estão frequentemente ligadas intrinsecamente ao *bench learning*. Os parceiros escolhidos para o *bench learning* devem ser organizações que têm boas práticas que – quando adaptadas e implementadas na sua organização – conduzem à melhoria do desempenho. É importante notar que, quando se procura um parceiro para *bench learning*, a escolha não se deve limitar a organizações similares. Na verdade, a inovação é inspirada frequentemente através da aprendizagem com parceiros de outros sectores. Ao implementar na sua organização aquilo que aprendeu através do processo de *bench learning*, está inevitavelmente a criar as suas próprias boas práticas.

2.10.1 Bench learning e a CAF

A auto-avaliação é o primeiro passo para o processo de *bench learning* e para as mudanças subsequentes a serem implementadas, que resultaram do diagnóstico da organização que permite compreender e conhecer os pontos fortes e as áreas a melhorar. Antes de introduzir o *bench learning*, é importante ter uma visão clara do desempenho geral da organização de modo a decidir as áreas/critérios que serão utilizados como base para o processo de melhoria.

O *bench learning* através da CAF implica que uma organização tenha avaliado o seu desempenho em pelo menos quatro áreas-chave:

1. As pessoas da organização;
2. Os clientes;
3. O ambiente no qual a organização actua;
4. O desempenho total da organização.

Uma avaliação dos resultados nestas áreas-chave irá dar-nos uma visão detalhada sobre o que a organização está a alcançar e irá fornecer-nos dados e indicadores de desempenho apropriados.

No entanto, e tendo em vista desfrutar todos os benefícios que podem ser obtidos através da actividade de *bench learning*, é também necessário considerar a questão da governação e a forma como é gerida a organização. Estas questões estão reflectidas nos critérios de Meios do modelo CAF, que descrevem qual a abordagem da organização relativamente a estas questões,

designadamente a definição de objectivos, o desenvolvimento dos recursos humanos, as funções da liderança, a gestão de recursos e processos, etc.

Todas as funções, processos e actividades de uma organização podem ser objecto de *bench learning*. A vantagem de fazer a ligação entre as iniciativas de *bench learning* com a CAF reside no facto da estrutura da CAF, com 9 critérios e 28 subcritérios, poder ser utilizada para identificar as áreas problemáticas da organização e para procurar parceiros de *bench learning* adequados que tenham tido um bom desempenho nas áreas em causa.

A utilização da auto-avaliação da CAF deve conduzir à elaboração de um plano de acção que incida nas áreas que necessitam de melhorar. O *bench learning* com outras organizações é apenas uma das formas de realizar essas acções de melhoria. É inerente ao *bench learning*, assim como à auto-avaliação, a ideia de continuidade e de melhoria do desempenho a longo prazo.

2.10.2 Benchmarking e a CAF

A utilização do modelo CAF para apoiar acções de *benchmarking* constitui uma das grandes virtualidades do modelo, uma vez que cria parâmetros de comparação entre organizações públicas.

É importante conhecer de que forma uma organização pode desenvolver um processo de *benchmarking* com base na CAF.

Depois de aplicada a CAF, a organização pode utilizar os resultados obtidos, com a aplicação do sistema de pontuação, para efectuar comparações básicas com os resultados de outras organizações que tenham aplicado a CAF, em termos globais e por critério. Ou seja, cada critério pode funcionar como um *benchmark* – indicador. Se a organização tem uma pontuação fraca num determinado critério poderá ter interesse em conhecer como é que organizações similares têm uma boa pontuação no mesmo critério.

A CAF permite assim, através das pontuações atribuídas aos critérios num processo de auto-avaliação, criar um quadro de comparação que serve de ponto de partida para o *benchmarking*.

Opções Metodológicas

Uma vez definido o tema e apresentada a sua pertinência e relevância, elaborada a pergunta de partida e definidos os objectivos, bem como uma pesquisa sobre “*The State of Arts*”, a decisão seguinte é a de seleccionar um paradigma.

Kuhn citado por Munhall (1982), afirma que a escolha de um paradigma depende do modo como o investigador vê a realidade e da sua própria visão do mundo, definindo paradigma como “um método específico de resolver um puzzle, de observar a experiência humana e de estruturar a realidade”.

3.1 Objectivo do estudo

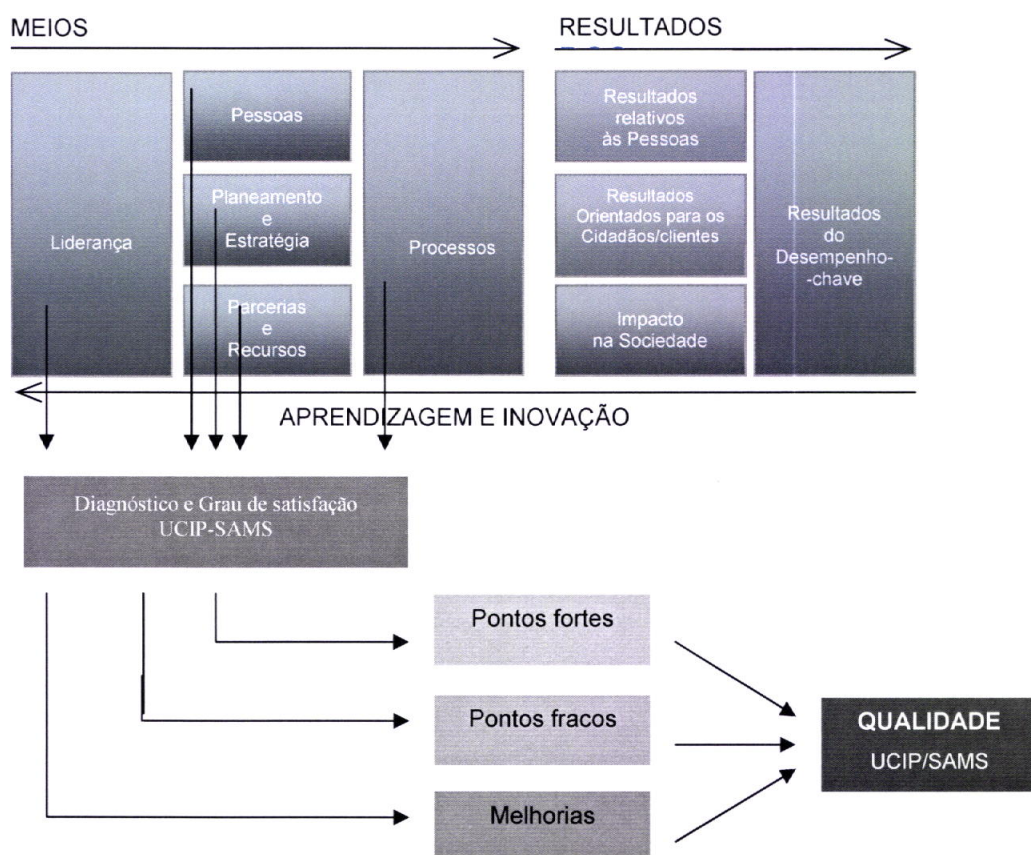
De acordo com Vilelas (2007), citando Almeida (1998), “o objectivo da investigação determina o que o investigador quer atingir com a realização do trabalho de pesquisa”.

Segundo Fortin (2000), o objectivo é um enunciado declarativo que evidencia as variáveis utilizadas, a população e o assunto da investigação. Para a mesma autora os objectivos indicam o que o investigador tem intenção de realizar no decurso do seu estudo, podendo tratar-se de explorar, identificar, descrever ou ainda de explicar ou de prever este ou aquele fenómeno.

Com este trabalho científico pretende-se caracterizar o perfil da qualidade organizacional da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Hospital do SAMS, na perspectiva dos seus profissionais de saúde, designadamente médicos e enfermeiros. Por outro lado, neste estudo também se avalia o grau de satisfação com o serviço prestado, na óptica dos utentes, colaboradores e responsáveis, nas classes de médico e enfermeiro, com a finalidade de definir alguns pontos fortes, pontos fracos e acções de melhoria, que poderão servir as políticas e estratégias da qualidade na UCIP.

Para atingir este objectivo, foi aplicado um inquérito por questionário, baseado nos instrumentos disponíveis pela Direcção Geral da Administração Pública (Ver Anexo 5). Para tal, foi desenvolvido um modelo, adaptado da Estrutura de Avaliação Comum (CAF) e sugerido por Nogueiro (2008), que se apresenta na Figura 3.1, em que se aplica os cinco critérios dos meios, especificadamente: Liderança, Planeamento e Estratégia, Pessoas, Parcerias e Recursos, e Processos.

Figura 3.1 – Modelo de análise



Fonte: Adaptação de Nogueiro (2008)

Esses questionários foram aplicados junto dos colaboradores e responsáveis, nas classes de médico e enfermeiro, da UCIP do Hospital do SAMS, bem como junto dos utentes beneficiários e internados nessa unidade.

A escolha da UCIP do Hospital do SAMS deveu-se ao facto de a investigadora colaborar nessa unidade como enfermeira, à mais de 10 anos, em regime de tempo completo.

De seguida far-se-á a apresentação de métodos e técnicas utilizadas nas diferentes fases do estudo.

3.2 Métodos e Técnicas

As estratégias metodológicas derivam do paradigma de investigação pelo qual se optou e, neste caso, se considerou como o mais relevante, o método de estudo de caso, pois constitui uma estratégia de abordagem, ligada ao paradigma interpretativista.

Segundo Yin (2005), um estudo de caso consiste na orientação definida por questões do tipo “como”, “quem” e “porquê”, podendo assumir um carácter mais descritivo, exploratório ou explicativo, quando o enfoque é em fenómenos actuais inseridos em contextos da vida real, tornando-se particularmente útil ao permitir a sua abordagem intensiva.

Deste modo, a inexistência de estudos estruturados nas organizações de saúde em Portugal, no âmbito do objecto de estudo, que é a caracterização do perfil da qualidade organizacional numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, que permitam abordar esta temática, como indutora de intervenção conducente ao aumento da satisfação dos responsáveis, colaboradores e clientes, a complexidade e a emergente necessidade de alargar os horizontes no sentido da sua compreensão, levou a optar pela realização de um estudo de caso (Yin, 2005).

Para as organizações que iniciam o seu percurso na Qualidade e que necessitam de planear e implementar processos de monitorização, de medição, de análise e de melhoria, a CAF é uma ferramenta de auto-avaliação muito completa e com um formato simples e acessível, ajudando à compreensão e utilização das técnicas de gestão da Qualidade, numa perspectiva de melhoria contínua, possibilitando a comparação com organizações/departamentos congéneres, ou seja, *benchmarking*.

Para a recolha dos dados indispensáveis à realização deste estudo, o instrumento de recolha de dados utilizado foi elaborado com base no modelo de diagnóstico organizacional, *Common Assessment Framework* (CAF), ou a designada Estrutura Comum de Avaliação e surge como um modelo anteriormente já referido de diagnóstico organizacional, que desencadeará mudanças organizacionais, no sentido da melhoria contínua e da prestação de um melhor serviço.

A Direcção Geral da Administração Pública (DGAP), para aplicação do modelo CAF, sugere a utilização de questionários (*cf.* Anexo 5). Foram esses modelos que serviram de base à elaboração dos questionários aplicados nesta investigação. Porém, salienta-se que foram feitas adaptações necessárias à realidade do departamento em estudo.

O inquérito por questionário foi aplicado a três grupos distintos existentes na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes do Hospital do SAMS, designadamente responsáveis, colaboradores e utentes.

Partindo da definição de população como sendo um conjunto de pessoas, factos, acontecimentos ou fenómenos sobre o qual incide a observação do investigador, a população escolhida para este estudo é constituída pelos 34 profissionais de saúde, repartida por 9 médicos e 25 enfermeiros, que desempenhavam funções na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital do SAMS, no período de tempo em que decorreu a recolha de dados. Entre os quais, apenas 2 médicos e 2 enfermeiros desempenham funções de chefia/responsáveis pelo departamento.

Este estudo também incidiu sobre todos os utentes beneficiários, internados, no período de Julho a Setembro de 2007, na UCIP, dado que a investigadora pesquisou anteriormente qual tinha sido o período de tempo em que se registou a maior taxa de ocupação do departamento.

Foram distribuídos três questionários. Um questionário de satisfação, que pretendia avaliar o grau de satisfação da UCIP junto dos utentes e dois questionários de diagnóstico, que tinha como finalidade auscultar os colaboradores e os responsáveis, de forma a conhecer a sua percepção acerca da organização e do departamento onde colaboram, possibilitando identificar

possíveis falhas e propor novas alternativas. Estes últimos questionários também pretendiam avaliar o grau de satisfação dos colaboradores e os responsáveis acerca da equipa multidisciplinar da UCIP e da própria unidade (cf. Apêndices 1, 2, 3).

O questionário é precedido de uma nota introdutória com informação acerca do âmbito da investigação, o pedido de colaboração ao inquirido, as instruções e o tempo médio esperado para o seu preenchimento.

Na elaboração de um questionário é importante definir o que se pretende avaliar/medir. É necessário descrever o que vai ser medido, determinado atributo ou conceito (Silvério, 2003). Desta forma a selecção e aplicação das escalas é um dos aspectos mais determinantes na elaboração do instrumento de recolha de dados.

As questões ao serem construídas têm como objectivo proporcionar ao investigador, a informação que este deseja para atingir o objectivo estabelecido.

A caracterização das questões utilizadas nos três questionários aplicados foi de dois tipos: questões fechadas e mistas.

Nas perguntas fechadas é solicitado ao respondente que seleccione de entre as opções representadas aquelas que considera mais apropriada para expressar a sua opinião, nas questões mistas é solicitado ao respondente que além de seleccionar uma opção também expresse a sua opinião.

Segundo Silvério (2003), na construção de um questionário, a redacção das questões é uma das tarefas mais críticas e difíceis. Na formulação das mesmas, deve-se aplicar uma linguagem simples e adequada ao público a que se destina.

Tendo com base o que foi referido anteriormente, referente à concepção de questionários, procedeu-se à elaboração dos três questionários a aplicar nesta investigação. De seguida, serão apresentadas as seguintes matrizes: questionário de satisfação para utentes/doentes; questionário de diagnóstico e satisfação para colaboradores e questionário de diagnóstico e satisfação para responsáveis.

3.3 Questionário de satisfação para utentes/doentes

As considerações efectuadas anteriormente permitiram a elaboração da matriz do questionário de satisfação para utentes/doentes concebido para os doentes internados na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes do Hospital do SAMS, e que se apresenta na Tabela 3.1.

Tabela 3.1 Questões utilizadas no questionário de satisfação dos utentes

Categorias	Sub-Categorias	Questões	Objectivos
Grau de Satisfação	Imagem global	<ul style="list-style-type: none"> • Simpatia da EM • Igualdade no atendimento feito pela EM • Receptividade da EM à sua solicitação • Disponibilidade mostrada pela EM • Clareza da informação prestada pela EM • Competência e profissionalismo da EM • Relacionamento da EM com o doente e família • Assistência disponibilizada pela EM ao doente e família • Imagem da UCIP • Imagem do Hospital do SAMS 	Pretende-se saber a opinião dos utentes/doentes quanto á imagem global da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP) do Hospital do SAMS e respectiva Equipa Multidisciplinar (EM)
	Acessibilidades	<ul style="list-style-type: none"> • Localização do Hospital do SAMS • Horários de visitas na UCIP do Hospital do SAMS • Tempos de espera para visitas, informações requeridas 	Pretende-se averiguar quais as acessibilidades mais valorizadas pelos respondentes e o respectivo grau de satisfação
	Produtos e serviços	<ul style="list-style-type: none"> • Tempo de obtenção de resposta da EM às solicitações efectuadas • Atendimento telefónico da EM • Flexibilidade e autonomia da EM para resolver situações invulgares • Informações disponibilizadas pela EM ao doente e família • Qualidade global dos serviços prestados pela UCIP • Qualidade global do Hospital do SAMS 	Pretende-se conhecer o grau de satisfação da população respondente relativamente aos serviços prestados pela Equipa Multidisciplinar (EM) da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP), nomeadamente os produtos e serviços que oferecem
	Condições de higiene e conforto	<ul style="list-style-type: none"> • Limpeza e higiene da UCIP • Conforto e comodidade na UCIP • Temperatura ambiente da UCIP • Ruído existente na UCIP 	Pretende-se conhecer o grau de satisfação da população respondente relativamente às condições de higiene, segurança, equipamentos e serviços, com o objectivo de verificar quais aqueles que os respondentes mais valorizam

Sugestões		<ul style="list-style-type: none"> • Indique, resumidamente, o que falta na prestação de cuidados no Serviço de Cuidados Intensivos do Hospital do SAMS para que o seu grau de satisfação seja <i>Muito satisfeito</i> 	Obter sugestões de melhoria da prestação de cuidados/serviços oferecidos pela Equipa Multidisciplinar da UCIP, com o objectivo de utilizar as que se revelarem úteis e exequíveis, no caminho da melhoria contínua que se pretende neste serviço.
Caracterização do respondente	Caracterização Pessoal	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo • Idade • Habilitações Literárias • Profissão 	<ul style="list-style-type: none"> • Caracterizar os respondentes relativamente à idade, ao género, às habilitações literárias e à sua profissão de forma a averiguar se estas características influenciam a opinião sobre o grau de satisfação dos respondentes no que respeita à Equipa Multidisciplinar da UCIP do Hospital do SAMS e à própria UCIP e Hospital do SAMS.
	Internamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Número de internamentos • Número de dias do último internamento 	Quantificar o número de internamentos e o número de dias do último internamento, para se averiguar se estas características influenciam a opinião dos respondentes sobre a qualidade da Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital do SAMS e sua Equipa Multidisciplinar

Fonte – Elaboração própria

3.4 Questionário de diagnóstico e satisfação dos colaboradores

A Tabela 3.2 apresenta a elaboração da matriz para o questionário de diagnóstico e satisfação concebido para os colaboradores da Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital do SAMS.

Tabela 3.2 Questões utilizadas no questionário de diagnóstico e satisfação dos colaboradores

Categorias	Sub-Categorias	Questões	Objectivos
Liderança (Critério 1)	Missão, Visão e Valores	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Indique, resumidamente, a missão do departamento onde desempenha funções? ♦ Conhece a visão formulada para o departamento onde desempenha funções? Indique-a resumidamente... ♦ Contribuiu de alguma forma para a construção da Missão e Visão do departamento onde desempenha funções? Refira em que aspectos... ♦ Enumere alguns Valores defendidos para o departamento onde desempenha funções. ♦ Já lhe foi comunicado a Missão, Visão e Valores do departamento onde desempenha funções? De que forma são divulgados... ♦ Já foi solicitada a sua opinião sobre os Valores que o departamento deveria defender? 	Evidenciar o que a liderança do departamento efectua para dar uma orientação ao departamento, desenvolvendo e comunicando a Visão, Missão e Valores (Subcritério 1.1 da CAF)
	Liderança como modelo	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Indique a sua opinião sobre a liderança do departamento: <i>O responsável de departamento: Lidera através do exemplo; demonstra empenho no processo de mudança; aceita críticas construtivas; aceita sugestões de melhoria; delega competências e responsabilidades; estimula a iniciativa das pessoas; encoraja a confiança mútua e o respeito; assegura o desenvolvimento de uma cultura de mudança; promove acções de formação; reconhece e premeia os esforços individuais e das equipas; adequa o tratamento dado às pessoas, às necessidades e às situações em causa; e, partilha informação relevante com os colaboradores</i> 	Evidenciar o que a liderança do departamento efectua, servindo de modelo, relativamente à motivação e apoio facultado às pessoas que trabalham na UCIP do Hospital do SAMS (Subcritério 1.3 da CAF)
Planeamento e Estratégia (Critério 2)	Necessidades presentes e futuras	<ul style="list-style-type: none"> ♦ São realizados inquéritos aos colaboradores com a finalidade de conhecer as suas necessidades e expectativas? <i>Com que periodicidade...</i> 	Evidenciar o que os responsáveis do departamento fazem para obter informação relacionada com as necessidades presentes e futuras dos colaboradores da UCIP (Subcritério 2.1 da CAF)
	Desenvolver, rever e actualizar	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Participa no processo de elaboração do Plano de Actividades do departamento? <i>Indique os critérios para a elaboração do plano de actividades e da definição da estratégia...</i> 	Evidenciar o que os responsáveis do departamento efectuem para desenvolver, rever e actualizar o planeamento e a estratégia tendo em conta as necessidades das partes interessadas e os recursos disponíveis (Subcritério 2.2 da CAF)
	Avallar estratégias	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Existem canais de comunicação interna para divulgação do Plano de Actividades e objectivos? <i>Indique quais...</i> 	Evidenciar o que os responsáveis do departamento fazem para implementar o planeamento e a estratégia no departamento (Subcritério 2.3 da CAF)

Pessoas (Critério 3)	Competências versus metas e objectivos	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Quando iniciou funções no departamento foi-lhe fornecido: <i>manual de acolhimento; formação inicial</i> ♦ Quais as iniciativas levadas a cabo para desenvolver as suas aptidões e novas competências enquanto Colaborador do Departamento? ♦ Em que tipo de acções de formação já participou? ♦ Qual a sua opinião sobre a existência dos mecanismos abaixo identificados no departamento: <i>mobilidade interna dos colaboradores; formação para aquisição de novas competências; formação complementar para actualização de competências; política de pessoal que permita o desenvolvimento do potencial criativo dos colaboradores; Existência de protocolos no departamento</i> 	Evidenciar o que os responsáveis do departamento efectuam para identificar, desenvolver e usar as competências das pessoas em articulação com os objectivos e metas organizacionais, individuais e de grupo (Subcritério 3.2 da CAF)
	Delegação de responsabilidades	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Alguma vez avaliou o desempenho do seu responsável de departamento? <i>Indique a periodicidade:</i> ♦ Considera que tem autonomia necessária para desempenhar as suas funções? ♦ O seu responsável delega em si a responsabilidade pela execução de tarefas? ♦ Considera que existem os mecanismos abaixo identificados no departamento? <i>Negociação com os colaboradores sobre os objectivos do departamento; cultura de abertura, não hierárquica, de comunicação e diálogo; sistemas de sugestões ou de participação para recolha de contributos para os processos de melhoria; grupos de Qualidade/grupos de trabalho para identificação de processos críticos e desenvolvimento de soluções; participação activa dos colaboradores através de instrumentos de comunicação interna; envolvimento dos colaboradores na concepção dos processos; envolvimento dos colaboradores na identificação e implementação dos processos de melhoria; consenso entre colaboradores e responsáveis sobre os objectivos a atingir.</i> 	Evidenciar o que os responsáveis do departamento fazem para envolver as pessoas através do diálogo e da delegação de responsabilidades (Subcritério 3.3 da CAF).
Parcerias e Recursos (Critério4)	Promoção das relações de parceria	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Conhece as parcerias do departamento? ♦ Considera que as parcerias estratégicas estão claramente identificadas? <i>Indique o que falta...</i> 	Evidenciar o que os responsáveis do departamento fazem para identificar as parcerias do departamento (Subcritério 4.1 da CAF).
	Gerir conhecimento	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Considera que tem à sua disposição informação necessária para o excelente desempenho das suas funções? 	Evidenciar o que os responsáveis do departamento fazem para gerir a informação necessária para o bom desempenho de todos os colaboradores (Subcritério 4.3 da CAF).
	Gerir Tecnologia	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Considera que tem à sua disposição os meios tecnológicos necessários para o bom desenvolvimento do seu trabalho? <i>Indique o que falta...</i> 	Evidenciar o que os responsáveis do departamento fazem para assegurar que a tecnologia seja devidamente gerida (Subcritério 4.5 da CAF).

Processos (Critério 5)	Identificação e melhoria dos processos	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Alguma vez participou num grupo de trabalho criado para identificar falhas nos circuitos dos processos? <i>Propôs soluções para ultrapassar as falhas identificadas?</i> ♦ Já alguma vez participou em reuniões com os seus responsáveis e colegas com o objectivo de encontrarem novos métodos de trabalho para ultrapassar problemas identificados? 	Evidenciar a forma como os responsáveis do departamento identificam, concebem, gerem e melhoram os processos (Subcritério 5.1).
	Modernização e inovação	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Se lhe pedissem para a partir de amanhã desenvolver a sua actividade através de novos métodos, novas aplicações informáticas, qual seria a sua reacção? ♦ Se tiver uma ideia sobre um novo método de trabalho o que faz? ♦ Considera que possui os conhecimentos e as competências necessárias para aderir a um projecto de mudança que vise a Qualidade do serviço prestado? <i>Indique o que falta...</i> ♦ Por favor use o espaço seguinte para manifestar a sua opinião, relativamente aos processos desenvolvidos no âmbito da Qualidade do departamento de Medicina/UCIP do Hospital do SAMS? 	Evidenciar a forma como os responsáveis do departamento planeiam e gerem a modernização e a inovação (Subcritério 5.3).
Grau de Satisfação	Imagem global	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Simpatia da EM ♦ Igualdade no atendimento feito pela EM ♦ Receptividade da EM à sua solicitação ♦ Disponibilidade mostrada pela EM ♦ Clareza da informação prestada pela EM ♦ Competência e profissionalismo da EM ♦ Relacionamento da EM com o doente e família ♦ Assistência disponibilizada pela EM ao doente e família ♦ Imagem da UCIP ♦ Imagem do Hospital do SAMS 	Saber a opinião dos colaboradores quanto à imagem global da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP) do Hospital do SAMS e respectiva Equipa Multidisciplinar (EM).
	Acessibilidades	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Localização do Hospital do SAMS ♦ Horários de visitas na UCIP do Hospital do SAMS ♦ Tempos de espera para visitas, informações requeridas 	Averiguar quais as acessibilidades mais valorizadas pelos respondentes e o respectivo grau de satisfação.
	Produtos e serviços	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Tempo de obtenção de resposta da EM às solicitações efectuadas ♦ Atendimento telefónico da EM ♦ Flexibilidade e autonomia da EM para resolver situações invulgares ♦ Informações disponibilizadas pela EM ao doente e família ♦ Qualidade global dos serviços prestados pela UCIP ♦ Qualidade global do Hospital do SAMS 	Conhecer o grau de satisfação da população respondente relativamente aos serviços prestados pela Equipa Multidisciplinar (EM) da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP), nomeadamente os produtos e serviços que oferecem.

	Condições de higiene e conforto	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Limpeza e higiene da UCIP ♦ Conforto e comodidade na UCIP ♦ Temperatura ambiente da UCIP ♦ Ruído existente na UCIP 	Conhecer o grau de satisfação da população respondente relativamente às condições de higiene, segurança, equipamentos e serviços, com o objectivo de verificar quais aqueles que os respondentes mais valorizam.
	Sugestões	♦ Indique, resumidamente, o que falta na prestação de cuidados no Serviço de Cuidados Intensivos do Hospital do SAMS para que o seu grau de satisfação seja <i>Muito satisfeito</i>	Obter sugestões de melhoria da prestação de cuidados/serviços oferecidos pela Equipa Multidisciplinar da UCIP, com o objectivo de utilizar as que se revelarem úteis e exequíveis, no caminho da melhoria contínua que se pretende neste serviço
Caracterização do respondente	Caracterização Pessoal	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Sexo ♦ Idade ♦ Habilitações Literárias 	Caracterizar os respondentes relativamente à idade, ao género e às habilitações literárias de forma a averiguar se estas características influenciam a opinião sobre o grau de satisfação dos respondentes no que respeita à Equipa Multidisciplinar da UCIP e à própria UCIP e Hospital do SAMS.
	Caracterização Profissional	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Tempo de experiência profissional ♦ Regime contratual ♦ Pertence à Comissão da Qualidade ♦ Tempo de serviço na UCIP ♦ Horário / Tipo de horário ♦ Categoria Profissional 	Caracterizar a população respondente relativamente ao tempo de experiência profissional, ao tempo de serviço, regime contratual, tipo de horário, categoria profissional e pertencer ou não à Comissão da Qualidade.

Fonte – Elaboração própria

3.5 Questionário de diagnóstico e satisfação dos responsáveis

A Tabela 3.3 apresenta a elaboração da matriz para o questionário de diagnóstico e satisfação concebido para os responsáveis da Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital do SAMS.

Tabela 3.3 Questões utilizadas no questionário de diagnóstico e satisfação dos responsáveis

Categorias	Sub-Categorias	Questões	Objectivos
Liderança (Critério 1)	Missão, Visão e Valores	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Indique resumidamente, a missão do departamento onde desempenha funções. ♦ Conhece a visão formulada para o departamento onde desempenha funções? Indique-a resumidamente... ♦ Contribuiu de alguma forma para a construção da missão e visão do departamento onde desempenha funções? Refira em que aspectos... ♦ Enumere alguns valores defendidos para o departamento onde desempenha funções. ♦ Comunica a missão, visão e valores a todos os colaboradores do departamento onde desempenha funções? De que forma são divulgados... ♦ Já foi solicitada a sua opinião sobre os valores que o departamento deveria defender? 	<p>Evidenciar o que a liderança do departamento efectua para dar uma orientação ao departamento, desenvolvendo e comunicando a missão, visão e valores. (subcritério 1.1 da CAF)</p>
	Sistemas de gestão	<ul style="list-style-type: none"> ♦ De que forma é feita a gestão no seu departamento: clara definição das funções, responsabilidades e autonomia; objectivos mensuráveis; participação no processo de definição dos objectivos; auditorias internas e/ou avaliações; existência de sistemas de informação; plano de acção da qualidade para o departamento; relatório anual da qualidade do departamento; manual da qualidade; sistema de medição de avaliação de desempenho... 	<p>Pretende-se evidenciar o que a liderança do departamento efectiva para desenvolver e implementar um sistema de gestão (subcritério 1.2 da CAF)</p>
	Liderar servindo de modelo	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Enquanto Responsável do Departamento considera que: lidera através do exemplo; demonstra empenho no processo de mudança; aceita críticas construtivas; aceita sugestões de melhoria; delega competências e responsabilidades; estimula a iniciativa das pessoas; encoraja a confiança mútua e o respeito; assegura o desenvolvimento de uma cultura de mudança; promove acções de formação; reconhece e premeia os esforços individuais e das equipas; adequa o tratamento dado às pessoas, às necessidades e às situações em causa; e, partilha informação relevante com os colaboradores. ♦ Como classifica, quanto ao grau de importância, as seguintes iniciativas para a motivação dos seus colaboradores: diálogo interno; reuniões periódicas; constituição de grupos de trabalho para identificação de processos críticos e propostas de solução; delegação de competências; responsabilização das pessoas pelo trabalho; flexibilidade de horário; reconhecimento público do mérito individual e/ou em equipa; e, participação em seminários e/ou acções de formação 	<p>Pretende-se evidenciar o que a liderança do departamento executa, servindo de modelo, relativamente à motivação e apoio facultado às pessoas que trabalham na UCIP do Hospital do SAMS (subcritério 1.3 da CAF)</p>

Planeamento e Estratégia (Critério 2)	Necessidades presentes e futuras	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Realiza inquéritos aos Colaboradores com a finalidade de conhecer as suas necessidades e expectativas? Com que periodicidade... 	Pretende-se evidenciar o que o departamento faz para obter informação relacionada com as necessidades presentes e futuras dos colaboradores da UCIP (subcritério 2.1 da CAF)
	Desenvolver, rever e actualizar	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Participa no processo de elaboração do Plano de Actividades do Departamento? Indique os critérios para a elaboração do plano de actividades e da definição da estratégia 	Pretende-se evidenciar o que o departamento efectua para desenvolver, rever e actualizar o planeamento e a estratégia tendo em conta as necessidades das partes interessadas e os recursos disponíveis (subcritério 2.2 da CAF)
	Avaliar estratégias	<ul style="list-style-type: none"> ♦ No processo de implementação e estratégia para o departamento que medidas são tomadas: negociação com os colaboradores relativamente às prioridades; consenso interno; estabelecimento de um calendário; definição de responsabilidades; criação de canais de comunicação interna para a divulgação de objectivos e planos; e, avaliação de desempenho. 	Pretende-se evidenciar o que a liderança do departamento faz para implementar o planeamento e a estratégia na UCIP (subcritério 2.3 da CAF)
Pessoas (Critério 3)	Planear, gerir e melhorar os recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Considera que a política de gestão de recursos humanos existentes no Organismo está adequada às necessidades do departamento? ♦ Possui os recursos humanos necessários para alcançar os objectivos defendidos pelo departamento? Indique o que falta... ♦ De que forma analisa as carências actuais e futuras dos recursos humanos existentes no departamento: observação directa; inquérito aos colaboradores; avaliação de desempenho; reuniões periódicas; sistema de sugestões; e, Outro(a). Qual(is)? 	Pretende-se evidenciar a forma como os responsáveis do departamento planeiam, gerem e melhoram os recursos humanos em sintonia com o planeamento estratégico. (subcritério 3.1 da CAF)
	Competências versus metas e objectivos	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Quais as iniciativas levadas a cabo para desenvolver aptidões e novas competências dos colaboradores do departamento? Formação interna; formação externa; apoio de especialistas na área da Qualidade; formação de equipas de trabalho em Qualidade; existência de um orçamento para a Gestão da Qualidade no departamento; feedback a todos os colaboradores sobre os resultados alcançados; e, Outra(o). Qual(is)? ♦ De que forma é elaborado o Plano de Formação do departamento? Necessidades Organizacionais; necessidades do departamento; necessidades pessoais; proposta do departamento de formação; proposta do responsável do departamento; e, Outra(o). Qual(is)? 	Pretende-se evidenciar o que os responsáveis do departamento efectuem para identificar, desenvolver e usar as competências das pessoas em articulação com os objectivos e metas organizacionais, individuais e de grupo (subcritério 3.2 da CAF)

	Delegação de responsabilidades	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Com que frequência os colaboradores são envolvidos nas actividades de melhoria? Grupos de Qualidade; grupos de trabalho para identificação de processos críticos e desenvolvimento de soluções; reuniões de brainstormings sugestões; reuniões sobre os objectivos do departamento; e, participação na definição de planos e estratégias. ♦ De que modo os colaboradores são responsabilizados? Objectivos individuais definidos com o responsável do departamento; delegação de competências; avaliação de desempenho; e, Outro(a). Qual(is)? ♦ Enquanto responsável de departamento, o seu desempenho é avaliado? Indique a periodicidade: 	Pretende-se evidenciar o que a organização faz para envolver as pessoas através do diálogo e da delegação de responsabilidades (subcritério 3.3 da CAF)
Parcerias e Recursos (Critério4)	Gerir tecnologia	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Considera que tem à sua disposição os meios tecnológicos necessários para o bom desenvolvimento do seu trabalho? Indique o que falta... 	Pretende-se evidenciar o que os responsáveis do departamento fazem para assegurar que a tecnologia seja devidamente gerida (subcritério 4.5 da CAF)
Processos (Critério 5)	Identificação e melhoria dos processos	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Alguma vez participou num grupo de trabalho criado para identificar falhas nos circuitos dos processos? <i>Propôs soluções para ultrapassar as falhas identificadas?</i> ♦ Já alguma vez participou em reuniões com os seus responsáveis e colegas com o objectivo de encontrarem novos métodos de trabalho para ultrapassar problemas identificados? 	Evidenciar a forma como os responsáveis do departamento identificam, concebem, gerem e melhoram os processos (Subcritério 5.1).
	Modernização e inovação	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Se lhe pedissem para a partir de amanhã desenvolver a sua actividade através de novos métodos, novas aplicações informáticas, qual seria a sua reacção? ♦ Se tiver uma ideia sobre um novo método de trabalho o que faz? ♦ Considera que possui os conhecimentos e as competências necessárias para aderir a um projecto de mudança que vise a Qualidade do serviço prestado? <i>Indique o que falta...</i> ♦ Por favor use o espaço seguinte para manifestar a sua opinião, relativamente aos processos desenvolvidos no âmbito da Qualidade do departamento de Medicina/UCIP do Hospital do SAMS? 	Evidenciar a forma como os responsáveis do departamento planeiam e gerem a modernização e a inovação (Subcritério 5.3).

Grau de Satisfação	Imagem global	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Simpatia da EM ♦ Igualdade no atendimento feito pela EM ♦ Receptividade da EM à sua solicitação ♦ Disponibilidade mostrada pela EM ♦ Clareza da informação prestada pela EM ♦ Competência e profissionalismo da EM ♦ Relacionamento da EM com o doente e família ♦ Assistência disponibilizada pela EM ao doente e família ♦ Imagem da UCIP ♦ Imagem do Hospital do SAMS 	Saber a opinião dos colaboradores quanto à imagem global da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP) do Hospital do SAMS e respectiva Equipa Multidisciplinar (EM).
	Acessibilidades	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Localização do Hospital do SAMS ♦ Horários de visitas na UCIP do Hospital do SAMS ♦ Tempos de espera para visitas, informações requeridas 	Averiguar quais as acessibilidades mais valorizadas pelos respondentes e o respectivo grau de satisfação.
	Produtos e serviços	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Tempo de obtenção de resposta da EM às solicitações efectuadas ♦ Atendimento telefónico da EM ♦ Flexibilidade e autonomia da EM para resolver situações invulgares ♦ Informações disponibilizadas pela EM ao doente e família ♦ Qualidade global dos serviços prestados pela UCIP ♦ Qualidade global do Hospital do SAMS 	Conhecer o grau de satisfação da população respondente relativamente aos serviços prestados pela Equipa Multidisciplinar (EM) da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP), nomeadamente os produtos e serviços que oferecem.
	Condições de higiene e conforto	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Limpeza e higiene da UCIP ♦ Conforto e comodidade na UCIP ♦ Temperatura ambiente da UCIP ♦ Ruído existente na UCIP 	Conhecer o grau de satisfação da população respondente relativamente às condições de higiene, segurança, equipamentos e serviços, com o objectivo de verificar quais aqueles que os respondentes mais valorizam.
Sugestões	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Indique, resumidamente, o que falta na prestação de cuidados no Serviço de Cuidados Intensivos do Hospital do SAMS para que o seu grau de satisfação seja <i>Muito satisfeito</i> 	Obter sugestões de melhoria da prestação de cuidados/serviços oferecidos pela Equipa Multidisciplinar da UCIP, com o objectivo de utilizar as que se revelarem úteis e exequíveis, no caminho da melhoria contínua que se pretende neste serviço	
Caracterização do respondente	Caracterização Pessoal	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Sexo ♦ Idade ♦ Habilitações Literárias 	Caracterizar os respondentes relativamente à idade, ao género e às habilitações literárias de forma a averiguar se estas características influenciam a opinião sobre o grau de satisfação dos respondentes no que respeita à Equipa Multidisciplinar da UCIP e à própria UCIP e Hospital do SAMS.
	Caracterização Profissional	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Tempo de experiência profissional ♦ Regime contratual ♦ Pertence à Comissão da Qualidade ♦ Tempo de serviço na UCIP ♦ Horário / Tipo de horário ♦ Categoria Profissional 	Caracterizar a população respondente relativamente ao tempo de experiência profissional, ao tempo de serviço, regime contratual, tipo de horário, categoria profissional e pertencer ou não à Comissão da Qualidade.

Fonte – Elaboração própria

Na fase de preenchimento do instrumento de avaliação procurou-se, através de um plano estruturado, informar o maior número possível de participantes sobre o objectivo geral da dissertação e o modo de preenchimento do questionário, assegurando o seu anonimato.

Com o objectivo de averiguar eventuais dificuldades no seu preenchimento, no que se refere à estrutura e à compreensão das questões, foi efectuado um pré-teste numa Unidade de Cuidados Intensivos com características idênticas à unidade em estudo (Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes de hospital público com gestão privada na região centro). Os dados obtidos com esta medida contribuíram para reformular alguns aspectos que, do ponto de vista da maioria dos inquiridos, não eram de fácil compreensão.

Os questionários aplicados aos utentes foram enviados para o seu domicílio com o respectivo envelope de resposta, de forma a assegurar o maior número de respostas possíveis. Os questionários foram enviados na última semana de Novembro de 2007 e foi dado com prazo final de recolha até 15 de Janeiro de 2008.

No que diz respeito aos questionários dos colaboradores e responsáveis do departamento, a recolha de dados decorreu a partir de 1 de Dezembro de 2007, o questionário foi deixado durante 15 dias, para que os inquiridos dessem uma resposta cuidada.

Foram distribuídos 84 questionários a profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, a exercer funções na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital do SAMS, e utentes desta mesma unidade, repartidos por 4 responsáveis, 30 colaboradores e 50 utentes, obtendo-se, respectivamente, 3, 26 e 34 respostas, o que representa 75%, 86,7% e 68% como taxa de resposta.

A Tabela 3.4 mostra as frequências absolutas e relativas referentes aos questionários distribuídos/enviados, na UCIP.

Tabela 3.4 Frequências absolutas e relativas referentes aos questionários distribuídos e recolhidos

	Responsáveis		Colaboradores		Utentes		Total
Questionários distribuídos	4	4,8%	30	25,4%	50	59,5%	84
Questionários recolhidos	3	4,7%	26	41,3%	34	54%	63
Taxa de resposta	75%		86,7%		68%		75%

Fonte: Elaboração própria

Na realização de uma investigação é fundamental considerar os princípios éticos para que o processo decorra o mais normal possível. Carmo e Ferreira (1998) salientam alguns desses princípios: respeitar e garantir os direitos daqueles que participam voluntariamente no estudo; informar correctamente os participantes sobre os aspectos da investigação; aceitar a decisão dos indivíduos de não colaborar na investigação. Assim, numa primeira fase foi efectuada uma abordagem aos responsáveis do departamento (direcção clínica do departamento e enfermeiro chefe) com o objectivo de explicar os objectivos do estudo e obter um consentimento prévio. Seguiu-se um pedido formal por escrito ao Conselho de Administração do respectivo hospital (Apêndice 4).

De seguida, e para uma melhor compreensão da unidade em estudo, segue-se uma breve caracterização do Hospital do SAMS e da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes.

3.6 Caracterização do SAMS/UCIP

O Hospital dos Serviços de Assistência Médico Social (SAMS) do Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas (SBSI) é uma unidade de saúde privada, localizada em Lisboa, que foi inaugurada em Novembro de 1994, com o objectivo de dotar os SAMS de uma instituição hospitalar própria, que pudesse servir os beneficiários deste subsistema de saúde. O Hospital funciona como complemento dos postos clínicos distribuídos pelo continente e regiões autónomas, que prestam cuidados de saúde numa perspectiva de ambulatório e no âmbito de exames auxiliares de diagnóstico.

Esta organização abrange uma população de cerca de 125.000 utentes, essencialmente, bancários e respectivos agregados familiares, mas também beneficiários de outros subsistemas de saúde que estabeleçam convenções com o SAMS, através de protocolos que possibilitem a utilização dos serviços do Hospital pelos seus beneficiários, sendo os encargos suportados por essas entidades e ainda doentes privados.

O Hospital dos SAMS possui autonomia administrativa e financeira, sendo gerido por um Conselho de Gerência, constituído por bancários, eleitos para a Direcção do Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas (SBSI) pelos seus associados, e designados especificamente para as funções de gestão dos SAMS.

O Hospital dos SAMS possui 121 camas e está organizado em 12 departamentos: Medicina (subdividido em Urgência, Exames Especiais, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e internamento de Medicina), Cirurgia, Oncologia, Cardiologia, Ginecologia e Obstetrícia, Neonatologia, Anestesia e Bloco Operatório, Hemodiálise (actualmente explorada pela *Fresenius Medical Care*), Imagiologia, Patologia Clínica e Laboratório e Serviços Farmacêuticos.

Está implementada nos SAMS a informatização do processo clínico e de enfermagem, registo de procedimentos, consulta de resultados laboratoriais e de outros exames auxiliares de diagnóstico, marcação de exames ou consultas, facilitando a comunicação entre os diversos serviços do Hospital e deste com os postos clínicos periféricos.

A Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital do SAMS, fica situada no Piso 3, tem capacidade para oito doentes, sendo constituída por dois quartos de isolamento, um quarto com 2 camas e uma sala ampla no qual existem quatro camas. A delimitação dos espaços é feita por paredes envidraçadas até cerca de um metro de altura, o que associado à monitorização dos doentes em rede permite uma observação permanente dos mesmos. Das estruturas de apoio fazem parte: sala de trabalho, sala de enfermagem, duas salas de armazenamento de material e equipamentos, copa, gabinete de chefia de enfermagem e dois gabinetes médicos, um deles pelas suas dimensões é utilizado para as reuniões de serviço.

A UCIP tem como utentes indivíduos em situação crítica do foro médico ou cirúrgico (com excepção de grandes queimados ou politraumatizados em fase aguda), com elevado grau de dependência, onde se associa a utilização de tecnologia para os mesmos e vigilância constante.

A equipa multidisciplinar (EM) da UCIP é composta por:

- 9 médicos, em que 2 desempenham funções de coordenação da Unidade, 3 em regime completo e 4 a exercer funções no serviço de internamento de Medicina, em horário reduzido na UCIP;
- 25 enfermeiros, dos quais 2 em funções de gestão e 23 enfermeiros na prestação de cuidados directos, em que 2 trabalham em horário fixo (turno da manhã) e 21 em *roullement*, distribuídos por 5 equipas, sendo o rácio enfermeiro/doente de 1 para 2. De referir que dos 22 enfermeiros da prestação de cuidados directos, 12 estão em regime de horário acrescido (40 horas semanais).

No ano de 2005, a taxa de ocupação da UCIP foi aproximadamente 60%, tendo sido admitidos 260 utentes: 70,8% sexo masculino e 29,2% sexo feminino; com média de idades de 63 anos, com um valor médio de dias de internamento de 4,2. Não foi referida a taxa de ocupação da UCIP dos últimos anos por não existir base de dados actualizada.

No capítulo seguinte, realizar-se-á a apresentação e análise dos resultados obtidos com a aplicação do questionário. Pelo facto de não se ter encontrado um questionário já publicado que fosse possível de utilizar, optou-se pela elaboração de um instrumento de colheita de dados com base no sistema de autoavaliação o modelo *Common Assessment Framework* (CAF), já apresentado anteriormente.

Os dados foram tratados utilizando o suporte informático SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), habitualmente utilizado para a análise estatística nas Ciências Sociais, apresentando-se seguidamente os resultados obtidos e as conclusões mais importantes.

CAPÍTULO 4

Resultados

O quarto capítulo deste trabalho incidirá sobre a aplicação da metodologia de investigação e dos resultados obtidos, resultantes da utilização dos três questionários elaborados: diagnóstico e satisfação dos colaboradores; diagnóstico e satisfação dos responsáveis e de satisfação dos utentes. Serão apresentados os resultados referentes à análise estatística das variáveis e eventuais correlações entre elas.

Com base no questionário de diagnóstico e satisfação elaborado para os colaboradores e responsáveis (médicos e enfermeiros) da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP) do Hospital do SAMS, fez-se a análise dos resultados obtidos e extraíram-se conclusões que se apresentam seguidamente. Não foram feitos testes à normalidade nem qualquer inferência estatística uma vez que a aplicação do método Common Assessment Framework (CAF) não prevê análises mais profundas e, acima de tudo, porque se estudou toda a população.

Far-se-á, por isso, apenas uma análise estatística descritiva, cujo conteúdo diz respeito à liderança, planeamento e estratégia, pessoas, parcerias e recursos, processos. Por último, apresentar-se-á igualmente uma análise do grau de satisfação relativo à imagem, acessibilidades, produtos e serviços e condições de higiene da UCIP, efectuando primeiramente, uma caracterização pessoal.

Porém, aquando da sua pertinência, proceder-se-á a uma análise correlacional entre os indicadores e a categoria profissional dos colaboradores e utilizar-se-á o teste de independência do qui-quadrado (χ^2). Este teste serve para inferir sobre a significância estatística da relação detectada entre duas variáveis da amostra ou para medir o grau de intensidade da relação entre as duas variáveis da amostra. Ao proceder-se à análise do coeficiente de independência pretende-se, verificar se não existe relação entre as duas variáveis, ou seja, as duas variáveis são independentes. Ou se existe relação entre as duas variáveis, as variáveis

não são independentes. Apesar de não existir uma norma universalmente aceite, considerou-se como orientação:

- x^2 entre] 0,7; 1,0]: alto grau de associação;
- x^2 entre] 0,4; 0,7]: relação média;
- x^2 entre] 0,2; 0,4]: relação fraca;
- $x^2 < 0,2$: relação muito fraca ou praticamente inexistente.

Salienta-se ainda que o nível de significância assumida para a análise foi de 5% e, nalguns casos, também se admitiu um nível de significância de 10%.

4.1 Questionário de diagnóstico para colaboradores

A população incluída neste estudo é constituída por 30 profissionais de saúde (23 enfermeiros e 7 médicos), a exercer funções na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital do SAMS no momento da recolha de dados. Destes, 4 (13,3%) não responderam ao questionário e 26 (86,7%) responderam ao inquérito e foram considerados válidos. Para se proceder posteriormente a uma análise correlacional é importante referir que os colaboradores respondentes 19 são enfermeiros (73%) e 5 são médicos (19%), os restantes 8% omitiram a classe profissional a que pertenciam (Ver Gráfico 4.3).

Muito embora a quase totalidade dos inquiridos tenha respondido ao questionário, questões houve em que não se obteve resposta. O facto do questionário ter sido respondido no local de trabalho e a investigadora trabalhar no departamento, pode ter condicionado essa situação, tendo os inquiridos receio de algumas represálias no caso de não haver confidencialidade.

4.1.1 Caracterização pessoal

Neste ponto apresentam-se os resultados obtidos quanto à caracterização dos colaboradores da UCIP, nomeadamente no que respeita o sexo, idade, habilitações literárias, tempo de experiência profissional, regime contratual, tempo de trabalho na UCIP, se pertence à comissão da qualidade, categoria profissional, tempo completo ou parcial e tipo de horário.

Idade

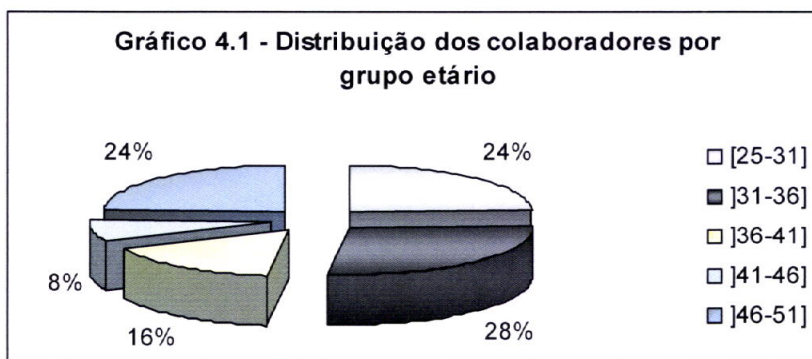
A idade média dos colaboradores da UCIP, que respondeu ao inquérito, é de 36,64 anos e 50% dos respondentes têm até 34 anos de idade (mediana de 34), variando de um mínimo de 26 anos a um máximo de 50 anos. O desvio padrão é de 7,86 anos, denotando alguma dispersão dos dados.

Tabela 4.1 Distribuição dos colaboradores por idade

N Valid	25,00
Missing	1,00
Mean	36,64
Median	34,00
Mode	30,00
Std. Deviation	7,86
Minimum	26,00
Maximum	50,00

Fonte – SPSS 16.0

Posteriormente, esta variável foi categorizada em 5 grupo etários, como mostra o Gráfico 4.1. A análise dos resultados mostra que o grupo que detém maior percentagem de indivíduos é o grupo dos 31 aos 36 anos (grupo modal) com 28% dos respondentes seguido das faixas etárias entre os 25-31 anos e os 46-51 anos, ambas com 24%.

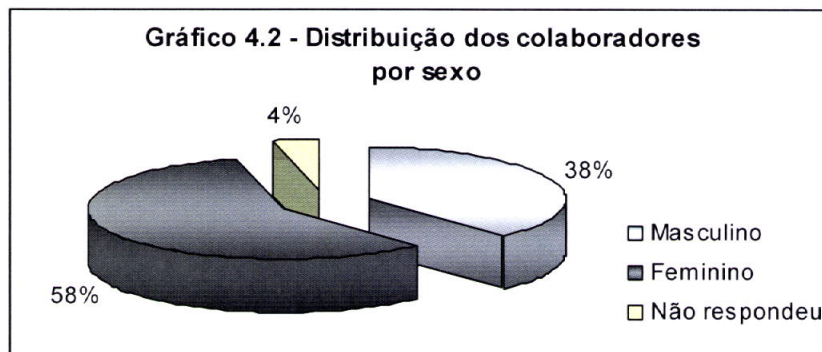


Fonte – Excel 2003

Trata-se de uma população onde a percentagem de indivíduos com idade inferior aos 36 anos (52%) é superior à dos indivíduos cuja idade é superior aos 36 anos (48%), indicando tratar-se de uma população jovem.

Sexo

A observação do gráfico n mostra que 38% são do sexo masculino e 58% são do sexo feminino (Gráfico 4.2). Estes valores estão de acordo com algumas teorias que defendem que as profissões de saúde se caracterizam por possuírem maior número de profissionais do sexo feminino como é o caso das profissões médicas e de enfermagem.



Fonte – Excel 2003

Habilitações Literárias

A apreciação dos resultados apresentados na Tabela 4.2 revela que a maioria dos colaboradores (65,4%) afirma ter o grau de licenciado.

Tabela 4.2 Distribuição dos colaboradores por habilitações literárias

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bacharelato	5	19,2	20,0	20,0
	Licenciatura	17	65,4	68,0	88,0
	Pós graduação	3	11,5	12,0	100,0
	Total	25	96,2	100,0	
Missing	System	1	3,8		
Total		26	100,0		

Fonte - SPSS 16.0

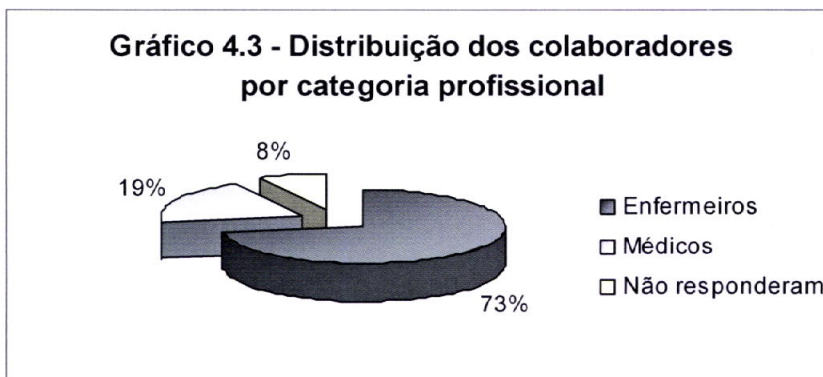
Estes dados indicam que os colaboradores respondentes da UCIP do Hospital SAMS são, na sua maioria, jovens adultos, do sexo feminino e licenciados. Estas

características podem indicar a grande disponibilidade destes indivíduos para as questões da qualidade nesta unidade de saúde.

Habilitações Profissionais

Quanto ao regime contratual todos os colaboradores referem pertencer ao quadro da instituição e todos negam pertencer à comissão de qualidade (cf. Tabelas 5.1 e 5.2, Apêndice 5). O facto de todos os respondentes terem vínculo definitivo com a instituição é um factor muito importante para a estabilidade das equipas de trabalho em termos de *turnover*, podendo, contudo, contribuir para algum grau de acomodação perante novos desafios. Contudo, há a salientar que nenhum dos colaboradores respondentes pertence à Comissão de Qualidade, podendo ser um entrave para um processo de melhorias e de implementação de um programa de qualidade no departamento.

De acordo com a informação recolhida dos questionários, 92% dos colaboradores da UCIP referem trabalhar em horário completo e 73% afirmam ter um horário rotativo (por turnos). Os respondentes repartem-se pelas categorias profissionais de enfermeiros (73%) e de médicos (19%). Porém, salienta-se que 8% não responderam a esta questão (Gráfico 4.3).



Fonte - Excel 2003

A análise da Tabela 4.3, permite observar que a média de anos de experiência profissional dos colaboradores da UCIP é de 13,64 anos e que 50% dos

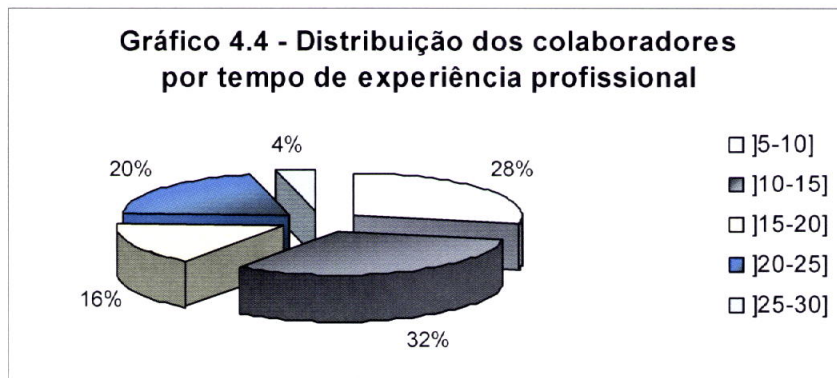
respondentes trabalham há mais de 13 anos (mediana 13 anos). É de realçar que todos os respondentes têm mais de 6 anos de experiência profissional.

Tabela 4.3 Distribuição dos colaboradores por tempo de experiência profissional

N Valid	25
Missing	1
Mean	13,64
Median	13,00
Mode	10
Std. Deviation	6,096
Minimum	6
Maximum	27

Fonte - SPSS 16.0

Verifica-se ainda que, a grande maioria, 32% tem uma experiência profissional compreendida entre os 10 e os 15 anos (grupo modal) (Gráfico 4.4).



Fonte – Excel 2003

No que diz respeito ao tempo de experiência profissional na UCIP, o tempo médio é de 7,46 anos e cerca de metade (50%) dos respondentes trabalham há mais de 6 anos nesta unidade (mediana 6 anos), realçando ainda que o tempo mínimo de experiência profissional na UCIP é de 2 anos (Tabela 4.4).

Tabela 4.4 Distribuição dos colaboradores por tempo de serviço na UCIP

N Valid	24
Missing	2
Mean	7,46
Median	6
Mode	6
Std. Deviation	3,55
Minimum	2
Maximum	15

Fonte – SPSS 16.0

Síntese

De acordo com as informações fornecidas relativamente às características do perfil dos respondentes, pode concluir-se que se trata de uma população cujo perfil é definido por uma média de idades de 36,64 anos, detendo 50% dos indivíduos até 34 anos de idade, tendo 52% dos respondentes idade inferior a 36 anos de idade, sendo na sua maioria do sexo feminino (58%).

Relativamente à categoria profissional verifica-se que 73% dos respondentes são enfermeiros e 19% são médicos, detendo 65,4% a licenciatura. Relativamente ao tempo de experiência profissional, constatou-se que a média de anos é de 13,64 e que 50% dos colaboradores têm mais de 13 anos de profissão, sendo que o tempo médio de experiência profissional na UCIP de 7,46 anos e 50% tem mais de 6 anos de permanência no serviço.

A totalidade dos respondentes mantém com a instituição onde trabalha uma relação jurídica definitiva, ocupando um lugar de quadro, 92% trabalham em horário completo sendo que 73% trabalhar por roulement.

A salientar o facto de nenhum dos respondentes referir pertencer à comissão de qualidade do Hospital do SAMS.

4.1.2 Liderança (Critério 1)

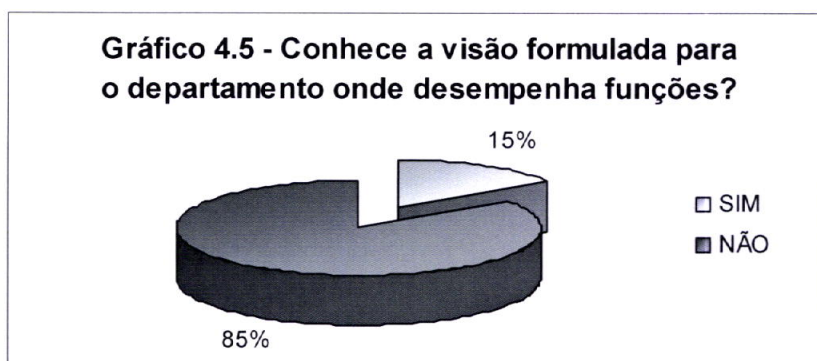
O conhecimento sobre o propósito da existência de um departamento, saber o que o departamento pretende fazer e alcançar a médio e longo prazo, saber os valores que defende e os objectivos estratégicos que definiu para se afirmar de forma sustentada, são factores que se revestem de uma importância crucial nas organizações. Assim, considerou-se importante efectuar o diagnóstico relativamente às questões sobre a missão, visão, valores e objectivos estratégicos definidos e defendidos pela UCIP do Hospital do SAMS e ainda o tipo de liderança do departamento, na perspectiva do colaborador.

4.1.2.1 Missão, visão e valores (Subcritério 1.1)

Os aspectos sobre a missão, visão e valores, referidos no subcritério 1.1 do modelo CAF, estão projectados em 6 perguntas do questionário e reflectem o conhecimento dos colaboradores acerca da missão, visão e valores defendidos pelo departamento.

Ao analisar-se as respostas, relativamente à questão onde se pedia para indicarem resumidamente a missão do departamento, verifica-se que 38% dos colaboradores desconhecem ou dizem desconhecer a missão da UCIP, para os restantes colaboradores a missão do departamento é “Prestar serviços de saúde, com qualidade, aos utentes do hospital”.

Relativamente à Visão formulada para o departamento e de acordo com os resultados obtidos (Gráfico 4.5), verifica-se que apenas 15% dos colaboradores a conhece e a grande maioria (85%) desconhecem a sua existência.



Fonte – Excel 2003

Após a análise dos dados procedeu-se a uma correlação entre a categoria profissional e o conhecimento acerca da visão formulada para o departamento, verificou-se que, dos 15% de colaboradores respondentes que referiram conhecer a visão do departamento, 12,5% são enfermeiros e apenas 4,2% são médicos (Tabela 4.5).

Tabela 4.5 Categoria profissional versus conhecimento da visão do departamento

		Categoria Profissional			
			Enfermeiro	Médico	Total
Conhece a visão formulada para o departamento onde desempenha funções?	Sim	Count	3	1	4
		% of Total	12,5%	4,2%	16,7%
	Não	Count	16	4	20
		% of Total	66,7%	16,7%	83,3%
	Total	Count	19	5	24
		% of Total	79,2%	20,8%	100,0%

Fonte – SPSS 16.0

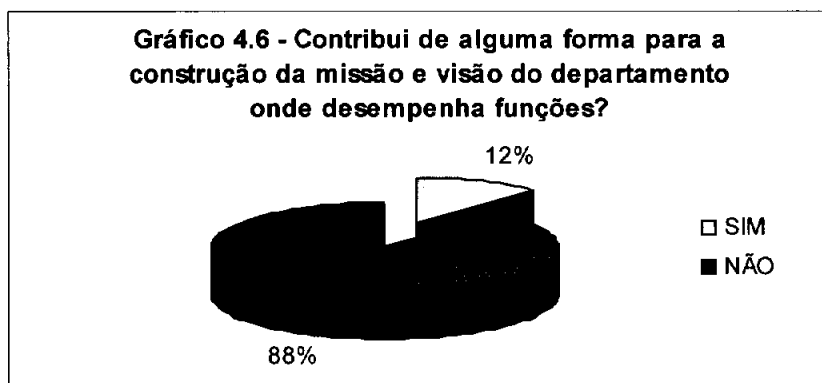
Assumindo um nível de significância de 5%, o conhecimento da visão formulado para o departamento não depende da categoria profissional dos respondentes, dado que a significância associada ao valor dos testes de independência do qui-quadrado são superiores a 0,05 (Tabela 4.6).

Tabela 4.6 Chi-Square Tests ou Teste Qui-quadrado

	Value	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,051	,822
N of Valid Cases	24	

Fonte – SPSS 16.0

No que diz respeito à construção da missão e visão, 88% dos colaboradores responderam que não contribuíram de nenhuma forma para a sua construção, apenas 12% (3) responderam afirmativamente (Gráfico 4.6).



Fonte – Excel 2003

Dos 3 respondentes que disseram contribuir de alguma forma para a construção da missão e visão do departamento, 1 respondeu participar em reuniões onde foram definidos esses aspectos e 2 responderam que participaram aquando da elaboração do plano de actividades, conforme salienta a Tabela 4.7.

Tabela 4.7 Em que aspectos contribuiu para a construção da missão e visão?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Participou em Reuniões onde foi definido a Missão e a Visão	1	3,8	33,3	33,3
	Participou na Elaboração do Plano de Actividades	2	7,7	66,7	100,0
	Total	3	11,5	100,0	
Missing	System	23	88,5		
Total		26	100,0		

Fonte – SPSS 16.0

Mais uma vez, se salienta o facto de a categoria profissional não ter nenhuma relação com a construção da missão e visão do departamento, conforme se pode verificar nas Tabelas 4.8 e 4.9.

Tabela 4.8 Categoria profissional versus contribuição para a construção da missão e visão do departamento

			Categoria Profissional		
			Enfermeiro	Médico	Total
Contribui de alguma forma para a construção da missão e visão do departamento onde desempenha funções?	Sim	Count	2	1	3
		% of Total	8,3%	4,2%	12,5%
	Não	Count	17	4	21
		% of Total	70,8%	16,7%	87,5%
	Total	Count	19	5	24
		% of Total	79,2%	20,8%	100,0%

Fonte – SPSS 16.0

Tabela 4.9 Chi-Square Tests ou Teste Qui-quadrado

	Value	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,325	,569
N of Valid Cases	24	

Fonte – SPSS 16.0

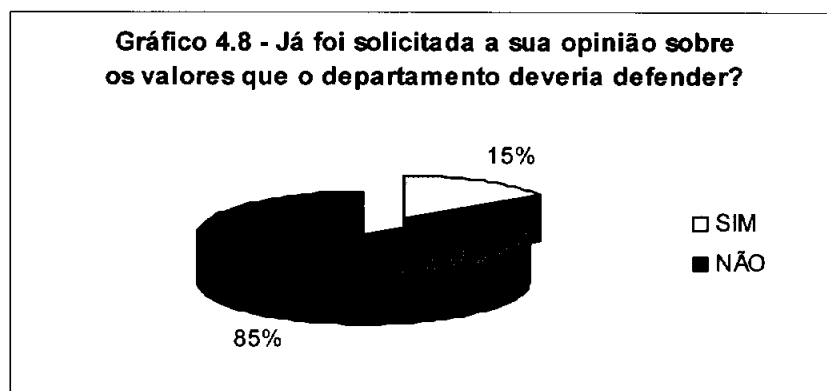
Foi pedido aos inqueridos que enumerassem alguns valores definidos para o departamento onde desempenham função e constatou-se que cerca de 70% dos colaboradores não conhece os valores definidos e os restantes consideram que os valores do departamento assentam no respeito pelo utente, na prestação de serviços de qualidade e no respeito pelos direitos humanos.

No Gráfico 4.7, observa-se que 92% dos colaboradores afirma que, não existe comunicação da missão, visão e valores e os restantes que têm acesso a esta informação, esta chega-lhes através de circulares internas, reuniões, intranet/Internet e e-mail.



Fonte – Excel 2003

Há ainda a salientar que, 85% dos colaboradores do departamento, afirmam nunca lhes ter sido solicitada opinião sobre os valores que o departamento deveria defender (Gráfico 4.8).



Fonte – Excel 2003

Síntese

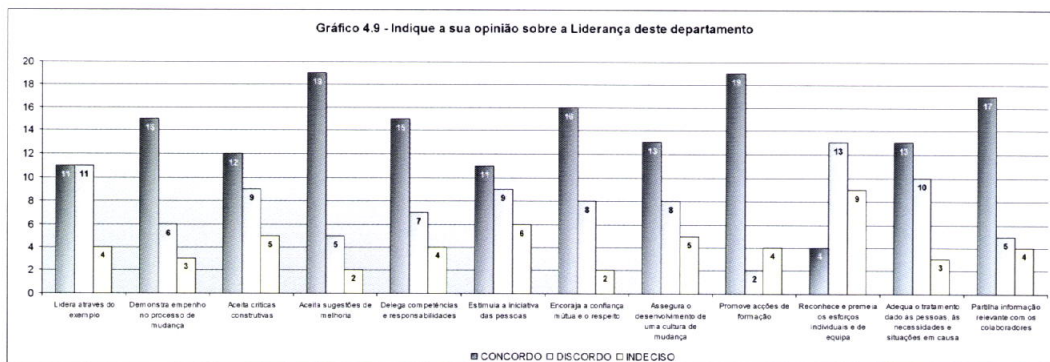
Com base nas respostas dadas pelos colaboradores respondentes, relativamente às perguntas acerca do seu conhecimento sobre a missão, visão e valores do departamento pode-se concluir que 38% desconhecem a missão da UCIP e para os restantes a missão passa por “Prestar serviços de saúde, com qualidade, aos utentes do hospital”. Verifica-se ainda, e com uma percentagem mais significativa, que 85% dos respondentes desconhecem a Visão formulada para o departamento e 70% não conhece os valores definidos. Aos restantes colaboradores que referem conhecer a missão, a visão e os valores foi-lhes questionado se contribuíam de alguma forma para a sua construção tendo obtido

88% de respostas negativas. Há ainda que realçar que 92% dos colaboradores afirma que não lhes são comunicados esses aspectos. Foi feito ainda uma análise estatística para tentar perceber uma possível relação entre a categoria profissional e alguns indicadores, nomeadamente o conhecimento da visão formulada para o departamento e a contribuição das diferentes classes profissionais na construção da missão e visão, contudo não se assistiu a nenhuma dependência entre as variáveis.

4.1.2.2 Liderança como modelo (Subcritério 1.3)

Neste subcritério pretende-se aferir se o responsável do departamento conhece na íntegra os seus colaboradores, as suas necessidades e expectativas e o que faz para motivar e apoiar as pessoas do departamento. Pretende-se ainda perceber se o responsável serve de modelo/exemplo.

A fim de conhecer a opinião dos colaboradores sobre o seu responsável de departamento, inquiriu-se qual a opinião sobre a liderança do departamento. Das respostas dadas a que mais se salientou, pela negativa, foi em relação à questão reconhece e premeia os esforços individuais e de equipa, apenas 15,4% (4) respondentes concordam, enquanto 50% (13) referem não concordar e 34,6% (9) estão indecisos. Por outro lado salienta-se que de uma forma muito positiva, que 73,1% (19) dos colaboradores concordam que o responsável aceita sugestões de melhoria e só 19,2% (5) referem não concordar e 7,7% (2) estão indeciso. Pela análise do Gráfico 4.9, verifica-se que a maioria dos respondentes consideram o seu responsável um bom líder, mais de 60% concorda, pela positiva, quando se questiona se ele partilha informação relevante com os colaboradores, se promove acções de formação, se encoraja a confiança mutua e o respeito e, por último, também foram unânimes em referir que o seu responsável demonstra empenho no processo de mudança.



Após a análise dos dados procedeu-se a uma correlação entre a categoria profissional e a opinião sobre a Liderança do departamento, verificou-se que, para um nível de significância de 5%, a opinião sobre a liderança do departamento não depende da categoria profissional dos respondentes, dado que a significância associada ao valor dos testes de independência do qui-quadrado são superiores a 0,05 (Ver Tabela 4.10).

Porém, se se considerasse um nível de significância de 10%, os indicadores “aceita sugestões de melhoria”; “assegura o desenvolvimento de uma cultura de mudança”; e “adequa o tratamento dado às pessoas, às necessidades e situações em causa” evidenciam dependência referente à categoria profissional. Nesse sentido, pode-se referir que as categorias de enfermeiro ou médico:

- Aceitam de forma divergente sugestões de melhoria, na medida em que os enfermeiros estão mais receptivos à implementação de processos de melhoria do que os médicos, isto pode ser justificado por o facto da classe médica ser mais resistente à mudança.
- Asseguram de forma diferente o desenvolvimento de uma cultura de mudança, no sentido em que os enfermeiros são mais propícios, do que os médicos, a desenvolverem medidas que acarretam mudanças na organização.
- Adequam-se de forma desigual em relação ao tratamento dado às pessoas, às necessidades e situações em causa, dado que os enfermeiros são uma classe profissional centrada no cuidar e com uma preocupação permanente nas necessidades e bem-estar do utente.

Tabela 4.10 Categoria profissional versus Liderança

	Categoria profissional		Discordo totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo totalmente	Total	x ²
	Percent								
Lidera através do exemplo	Enfª	Count % of total	2 8,3%	6 25,0%	4 16,7%	7 29,2%	0 0%	19 79,8%	Value 5,47 Asymp Sig 0,24
	Médico	Count % of total	0 0%	2 8,3%	0 0%	2 8,3%	1 4,2%	5 20,8%	
Demonstra empenho no processo de mudança	Enfª	Count % of total	0 0%	5 22,7%	3 13,6%	9 40,9%	1 4,5%	18 81,8%	Value 2,03 Asymp Sig 0,56
	Médico	Count % of total	0 0%	1 4,5%	0 0%	2 9,1%	1 4,5%	4 18,2%	
Aceita críticas construtivas	Enfª	Count % of total	3 12,5%	4 16,7%	4 16,7%	7 29,2%	1 4,2%	19 79,2%	Value 2,13 Asymp Sig 0,71
	Médico	Count % of total	1 4,2%	0 0%	1 4,2%	2 8,3%	1 4,2%	5 20,8%	
Aceita sugestões de melhoria	Enfª	Count % of total	1 4,2%	1 4,2%	2 8,3%	14 58,3%	1 4,2%	19 79,2%	Value 8,23 Asymp Sig 0,08
	Médico	Count % of total	1 4,2%	1 4,2%	0 0%	1 4,2%	2 8,3%	5 20,8%	
Delega competências e responsabilidades	Enfª	Count % of total	1 4,2%	3 12,5%	3 12,5%	11 45,8%	1 4,2%	19 79,2%	Value 3,42 Asymp Sig 0,48
	Médico	Count % of total	0 0%	2 8,3%	0 0%	2 8,3%	1 4,2%	5 20,8%	
Estimula a iniciativa das pessoas	Enfª	Count % of total	0 0%	7 29,2%	3 12,5%	9 37,5%	0 0%	19 79,2%	Value 4,56 Asymp Sig 0,20
	Médico	Count % of total	0 0%	2 8,3%	1 4,2%	1 4,2%	1 4,2%	5 20,8%	
Encoraja a confiança mútua e o respeito	Enfª	Count % of total	1 4,2%	5 20,8%	2 8,3%	11 45,8%	0 0%	19 79,2%	Value 1,16 Asymp Sig 0,76
	Médico	Count % of total	0 0%	1 4,2%	0 0%	4 16,7%	0 0%	5 20,8%	
Assegura o desenvolvimento de uma cultura de mudança	Enfª	Count % of total	0 0%	7 29,2%	3 12,5%	8 33,3%	1 4,2%	19 79,2%	Value 8,30 Asymp Sig 0,08
	Médico	Count % of total	1 4,2%	0 0%	2 8,3%	1 4,2%	1 4,2%	5 20,8%	
Promove acções de formação	Enfª	Count % of total	0 0%	0 0%	3 13,0%	13 56,5%	2 8,7%	18 78,3%	Value 4,48 Asymp Sig 0,21
	Médico	Count % of total	0 0%	1 4,3%	1 4,3%	2 8,7%	1 4,3%	5 21,7%	
Reconhece e premeia os esforços individuais e das equipas	Enfª	Count % of total	0 0%	10 41,7%	6 25,0%	3 12,5%	0 0%	19 79,2%	Value 0,25 Asymp Sig 0,88
	Médico	Count % of total	0 0%	2 8,3%	2 8,3%	1 4,2%	0 0%	5 20,8%	
Adequa o tratamento dado às pessoas, às necessidades e situações em causa	Enfª	Count % of total	1 4,2%	8 33,3%	0 0%	8 33,3%	2 8,3%	19 79,2%	Value 8,90 Asymp Sig 0,06
	Médico	Count % of total	0 0%	1 4,2%	2 8,3%	2 8,3%	0 0%	5 20,8%	
Partilha informação relevante com os colaboradores	Enfª	Count % of total	0 0%	3 12,5%	2 8,3%	10 41,7%	4 16,7%	19 79,2%	Value 1,81 Asymp Sig 0,61
	Médico	Count % of total	0 0%	1 4,2%	1 4,2%	1 4,2%	2 8,3%	5 20,8%	

Fonte – SPSS 16.0

Síntese

Assim, no que respeita à análise deste subcritério, ao solicitar-se parecer sobre as acções de liderança dos responsáveis da UCIP e ao fazer-se uma análise das respostas relativamente às acções e liderança verificou-se que, de uma forma geral, os colaboradores respondentes vêem no seu responsável de departamento um bom líder, motivando e apoiando os seus colaboradores.

Todavia, destacou-se também o facto de as opções: aceita críticas construtivas; lidera através do exemplo; estimula a iniciativa das pessoas e; reconhece e premeia os esforços individuais e das equipas terem sido as que registaram uma maior “discórdia” entre os respondentes.

4.1.3 Planeamento e estratégia (Critério 2)

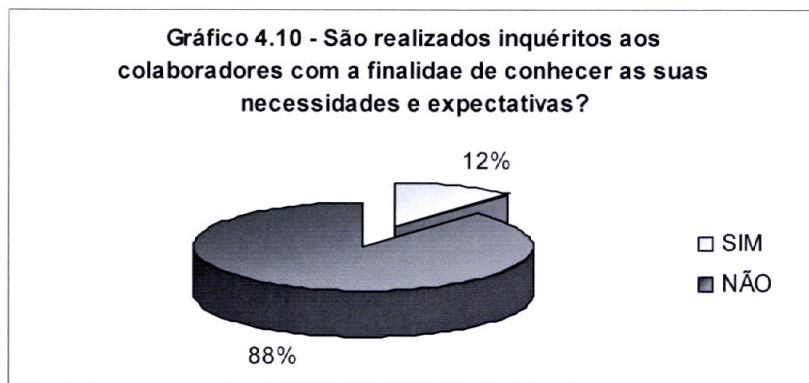
A forma como o departamento implementa a sua missão e visão através de uma estratégia clara orientada para todas as partes interessadas e suportada por políticas, planos, metas, objectivos e processos adequados é de extrema importância para o sucesso do departamento e, conseqüentemente, para a organização.

4.1.3.1 Necessidades presentes e futuras (Subcritério 2.1)

Segundo este subcritério, os responsáveis do departamento devem tentar obter informação relacionada com as necessidades presentes e futuras dos colaboradores.

De facto, apenas 12% dos colaboradores refere serem realizados questionários, com uma periodicidade de 1 ano, com o objectivo de conhecer as suas necessidades e expectativas.

O Gráfico 4.10 apresenta a informação recolhida acerca desse subcritério. As restantes informações estão em anexo (*cf.* Tabela 5.3, Apêndice 5)



Fonte – Excel 2003

Após a análise dos dados procedeu-se a uma correlação entre a categoria profissional e o diagnóstico existente no departamento para conhecer necessidades e expectativas dos colaboradores, verificou-se que, os 12,5% de colaboradores respondentes que referiram serem realizados inquéritos com a finalidade de conhecer as suas necessidades e expectativas são enfermeiros (Tabela 4.11).

Tabela 4.11 Categoria profissional versus diagnóstico de necessidades e expectativas

			Categoria Profissional		
			Enfermeiro	Médico	Total
São realizados inquéritos aos colaboradores com finalidade de conhecer as suas necessidades e expectativas?	Sim	Count	3	0	3
		% of Total	12,5%	0%	12,5%
	Não	Count	16	5	21
		% of Total	66,7%	20,8%	87,5%
	Total	Count	19	5	24
		% of Total	79,2%	20,8%	100,0%

Fonte – SPSS 16.0

Tabela 4.12 Chi-Square Tests ou Teste Qui-quadrado

	Value	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,902	,342
N of Valid Cases	24	

Fonte – SPSS 16.0

Assumindo um nível de significância de 5%, a realização de inquéritos para identificar necessidades e expectativas não depende da categoria profissional

dos respondentes, dado que a significância associada ao valor dos testes de independência do qui-quadrado são superiores a 0,05 (Tabela 4.12).

4.1.3.2 Desenvolver, rever e actualizar (Subcritério 2.2)

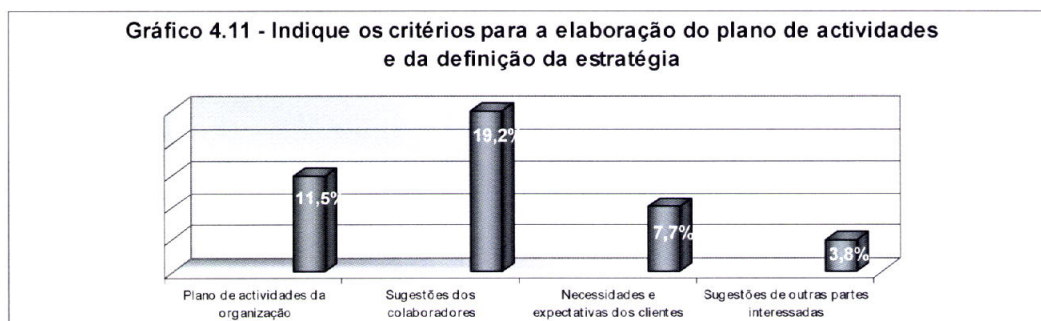
No diagnóstico sobre o planeamento e estratégia, o que o responsável do departamento faz para desenvolver, rever e actualizar, um facto bastante importante é o de 73% dos respondentes (19) nunca terem participado no processo de elaboração do plano de actividades da UCIP do Hospital do SAMS (Tabela 4.13).

Tabela 4.13 Participa no processo de elaboração do plano de actividades do departamento?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	7	26,9	26,9	26,9
	Não	19	73,1	73,1	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Fonte – SPSS 16.0

Verificou-se que, apenas 27% respondentes (7) afirmaram ter participado neste processo, 18% dos respondentes (5), referiram que os critérios mais utilizado para a elaboração do plano de actividades e da definição da estratégia são as sugestões dos colaboradores, seguido do plano de actividades da organização (Gráfico 4.11).



Fonte – Excel 2003

Ao analisar-se a Tabela 4.14 verifica-se que dos 27% de colaboradores que referiram participar na elaboração do plano de actividades do departamento 21% eram enfermeiros e 8% são médicos.

Tabela 4.14 Categoria profissional versus participação na elaboração do plano de actividades do departamento

		Categoria Profissional			
			Enfermeiro	Médico	Total
Participa no processo de elaboração do plano de actividades do departamento?	Sim	Count	5	2	7
		% of Total	20,8%	8,3%	29,2%
	Não	Count	14	3	17
		% of Total	58,3%	12,5%	70,8%
	Total	Count	19	5	24
		% of Total	79,2%	20,8%	100,0%

Fonte – SPSS 16.0

Tabela 4.15 Chi-Square Tests ou Teste Qui-quadrado

	Value	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,359	,549
N of Valid Cases	24	

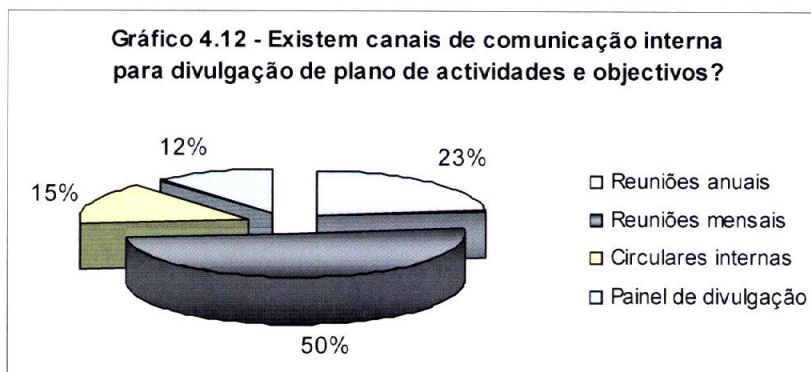
Fonte – SPSS 16.0

Relativamente à participação no processo de elaboração do plano de actividades do departamento e à categoria profissional, para um nível de significância de 5% apresentam uma correlação negativa, não existe dependência (Tabela 4.15).

4.1.3.3 Avaliar estratégias (Subcritério 2.3)

O responsável deve tomar medidas que visem a implementação do planeamento e estratégias do departamento, para isso foi questionado aos colaboradores se existiam canais de comunicação interna para a divulgação do plano de actividades e objectivos do departamento. De acordo com a informação fornecida pelos colaboradores, 73% dos respondentes refere a existência de canais de comunicação (*cf.* Tabela 5.4, Apêndice 5), sendo que 50% afirmam que as reuniões mensais são os mais usuais, como podemos observar no Gráfico 4.12.





Fonte – Excel 2003

Síntese

De acordo com os resultados anteriormente descritos, verifica-se que a grande maioria dos colaboradores respondentes (88%) desconhece ou nega a existência de inquéritos com a finalidade de obter informação relacionada com as suas necessidades presentes e futuras. Todavia, 12% dos inquiridos tem conhecimento desses inquéritos e refere que são aplicados anualmente. Embora existam alguns colaboradores a confirmar a existência desses inquéritos, pelo exposto, os resultados deste subcritério indicam que a satisfação das necessidades e expectativas dos colaboradores da UCIP possa estar comprometida, uma vez que não é feito um diagnóstico periodicamente das necessidades presentes e futuras dos colaboradores da UCIP.

A realçar é o facto de grande parte dos colaboradores respondentes do departamento (73%) nunca terem participado no processo de elaboração do plano de actividades, os restantes (17%) afirmam que o plano de actividades é elaborado com base nas sugestões dos colaboradores e no plano de actividades da própria organização.

Um factor muito positivo, aceite por cerca de metade (50%) dos colaboradores respondentes, são as reuniões mensais onde são tomadas medidas para implementar estratégias, servindo também de canal de comunicação para a divulgação do plano de actividades e objectivos do departamento.

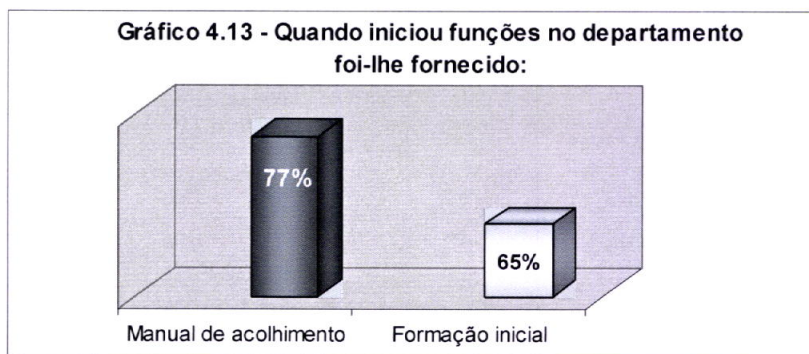
4.1.4 Pessoas (Critério 3)

Neste critério pretende-se identificar a forma como o departamento gere, desenvolve e promove o conhecimento e todo o potencial dos seus colaboradores, quer ao nível individual ou de equipa, e como planeia essas actividades de forma a prosseguir a política e a estratégia definidas e a garantir a eficácia operacional dos seus colaboradores.

4.1.4.1 Competências versus metas e objectivos (Subcritério 3.2)

Neste subcritério pretende-se avaliar o que o departamento e seus responsáveis fazem para identificar, desenvolver e usar as competências dos colaboradores em articulação com os objectivos e metas do departamento, individuais e de equipa. Para isso, foram realizadas quatro questões que seguidamente analisar-se-á.

No âmbito das competências pessoais e decorrente da análise estatística efectuada, conclui-se que para a maioria dos colaboradores respondentes (77%) o início das suas funções foi acompanhada por “manuais de acolhimento” e 65% afirma ter tido formação inicial, o que poderá ter permitido, além de uma mais facilitada integração, uma melhor compreensão e apreensão do sistema de trabalho (Gráfico 4.13).



Fonte – Excel 2003

Quanto às iniciativas levadas a cabo para desenvolver as aptidões e novas competências que o departamento disponibiliza aos colaboradores do departamento, verifica-se que a maior concordância é em relação à formação

externa (54%). Todas as outras iniciativas, como se pode observar na Tabela 4.16, têm sido um pouco abandonadas pelo departamento.

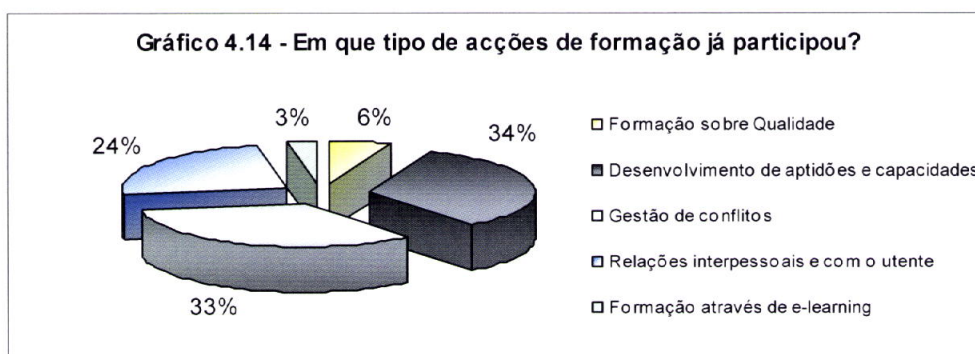
Tabela 4.16 Quais as iniciativas levadas a cabo para desenvolver as suas aptidões e novas competências enquanto colaborador do departamento?

		Nunca	Raramente	Frequentemente	Indeciso
Formação externa	Count	1	11	14	0
	%	3,8%	42,3%	53,8%	0%
Apoio de especialistas na área da qualidade	Count	18	3	2	1
	%	69,2%	11,5%	7,7%	3,8%
Formação de equipas de trabalho em qualidade	Count	16	3	2	4
	%	61,5%	11,5%	7,7%	15,4%
Existência de um orçamento para a gestão da qualidade no departamento	Count	17	1	1	6
	%	65,4%	3,8%	3,8%	23,1%
Feedback a todos os colaboradores sobre os resultados alcançados	Count	7	10	5	3
	%	26,9%	38,5%	19,2%	11,5%

Fonte – SPSS 16.0

As acções de formação são uma peça fundamental para a aquisição e aperfeiçoamento de novas técnicas e competências dos colaboradores, quando questionados sobre este item mais uma vez se constata que a área da Qualidade é uma área pouco explorada.

Numa análise ao Gráfico 4.14 pode concluir-se que a formação sobre qualidade e através de e-learning são áreas pouco exploradas (6% e 3% respectivamente), contrariamente ao desenvolvimento de aptidões e capacidades e gestão de conflitos, que 34% e 33% dos colaboradores respondentes admitem já ter participado.



Fonte – SPSS 16.0

Na Tabela 4.17 consegue-se ter uma percepção mais exacta das acções de formação em que os colaboradores da UCIP já participaram.

Tabela 4.17 Em que tipo de acções de formação já participou?

		Nunca	Raramente	Frequentemente	Indeciso
Formação sobre qualidade	Count	17	6	2	0
	%	65,4%	23,1%	7,7%	
Desenvolvimento de aptidões e capacidades	Count	5	7	11	1
	%	19,2%	26,9%	42,3%	3,8%
Gestão de conflitos	Count	6	8	11	0
	%	23,1%	30,8%	42,3%	
Relações interpessoais e com os utentes	Count	5	12	8	0
	%	19,2%	46,2%	32%	
Formação através de <i>e-learning</i>	Count	18	4	1	1
	%	69,2%	15,4%	3,8%	3,8%

Fonte – SPSS 16.0

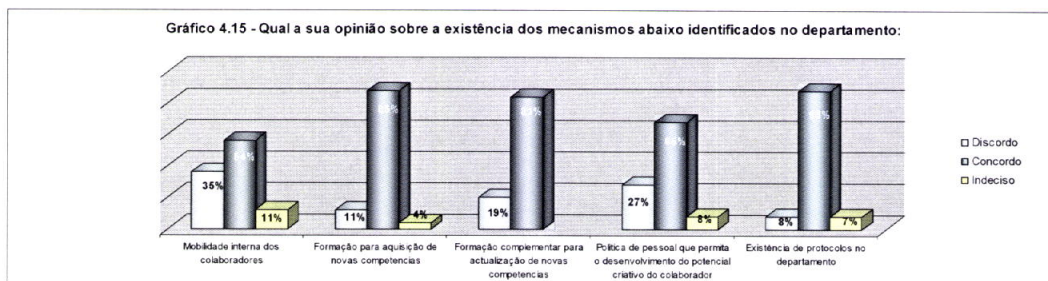
Quando pedida a opinião sobre a existência de alguns mecanismos no departamento, representada na Tabela 4.18, 35% dos colaboradores foram unânimes em responder que discordam no que diz respeito à mobilidade interna dos colaboradores, contudo 54% concordam com essa atitude. De uma forma geral, os colaboradores respondentes, concordaram com os mecanismos propostos, em relação à existência de formação para novas competências e à existência de protocolos no departamento. Estes factos apresentam maior número de colaboradores a responder afirmativamente, com 85% em ambos os casos.

Tabela 4.18 Qual a sua opinião sobre a existência dos mecanismos abaixo identificados no departamento?

		Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente	Indeciso
Mobilidade interna dos colaboradores	Count	1	8	13	1	3
	%	3,8%	30,8%	50,0%	3,8%	11,5%
Formação para aquisição de novas competências	Count	0	3	13	9	1
	%	0%	11,5%	50,0%	34,6%	3,8%
Formação complementar para actualização de competências	Count	0	5	11	10	0
	%	0%	19,2%	42,3%	38,5%	0%
Política de pessoal que permita o desenvolvimento do potencial criativo dos colaboradores	Count	2	5	9	8	2
	%	7,7%	19,2%	34,6%	30,8%	7,7%
Existência de protocolos no departamento	Count	0	2	9	13	2
	%	0%	7,7%	34,6%	50,0%	7,7%

Fonte – SPSS 16.0

Analisando o Gráfico 4.15, consegue-se ter uma visão global dos mecanismos, pelos colaboradores mais identificados no departamento.



Fonte – Excel 2003

4.1.4.2 Delegação de responsabilidades (Subcritério 3.3)

Este subcritério referente à delegação de responsabilidades é constituído por 4 itens, desenhados para avaliar o que o responsável do departamento faz para envolver os seus colaboradores através do diálogo e da delegação de responsabilidades.

Na gestão das pessoas, para além do diagnóstico sobre as competências pessoais dos colaboradores, há outro diagnóstico que é necessário efectuar desta vez sobre o envolvimento dos colaboradores na vida do departamento. Assim, questionou-se sobre se alguma vez tinham avaliado o chefe directo/responsável ao que os respondentes afirmaram, em 100% dos casos, nunca o ter avaliado (Tabela 4.19).

Tabela 4.19 Alguma vez avaliou o seu responsável de departamento?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	26	100,0	100,0	100,0

Fonte – SPSS 16.0

De acordo com os dados da Tabela 4.20, salienta-se o facto de 62% dos colaboradores referirem ter autonomia necessária para desempenhar as suas funções, sendo que 23% nega ter essa autonomia.

Tabela 4.20 Considera que tem autonomia necessária para desempenhar as suas funções?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	16	61,5	72,7	72,7
	Não	6	23,1	27,3	100,0
	Total	22	84,6	100,0	
Missing	System	4	15,4		
Total		26	100,0		

Fonte – SPSS 16.0

No que respeita ao facto do próprio responsável delegar responsabilidades para a execução de tarefas, observou-se que 85% responde afirmativamente, enquanto 12% nega essa delegação de responsabilidades. (ver Tabela 4.21)

Tabela 4.21 O seu chefe delega em si responsabilidade pela execução da tarefa?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	22	84,6	88,0	88,0
	Não	3	11,5	12,0	100,0
	Total	25	96,2	100,0	
Missing	System	1	3,8		
Total		26	100,0		

Fonte – SPSS 16.0

No que diz respeito à delegação de responsabilidades por parte o responsável do departamento conclui-se que os 12% de colaboradores que negam essa delegação de responsabilidades são na sua totalidade enfermeiros (*cf.* Tabela 5.5, Apêndice 5). Depois de analisar os resultados das comparações pode concluir-se, que não existe qualquer relação entre a categoria profissional e o envolvimento e participação dos colaboradores no processo de elaboração do plano de actividades do departamento, para um nível de significância de 5% (*cf.* Tabela 5.6, Apêndice 5).

Foram apresentadas várias opções aos colaboradores com o objectivo de identificarem quais os mecanismos que existem na UCIP, segundo o seu grau de aplicabilidade. Deste modo, foi permitido identificar que mecanismos como: “negociação com os colaboradores sobre os objectivos do departamento”; “grupos de Qualidade/Grupos de trabalho para a identificação de processos

críticos e desenvolvimento de soluções”; “participação activa dos colaboradores através de instrumentos de comunicação interna”; “envolvimento das pessoas na concepção dos processos” e, “envolvimento dos colaboradores na identificação e implementação dos processos de melhoria” raramente ou mesmo nunca, existem no departamento (Tabela 4.22).

Tabela 4.22 Considera que existem os mecanismos abaixo identificados no departamento?

		Nunca	Raramente	Frequentemente	Indeciso
Negociação com os colaboradores sobre os objectivos do departamento	Count	9	12	4	1
	%	34,6%	46,2%	15,4%	3,8%
Cultura de abertura, não hierárquica, de comunicação e diálogo	Count	3	11	11	1
	%	11,5%	42,3%	42,3%	3,8%
Sistemas de sugestões ou de participação para recolha de contributos para os processos de melhoria	Count	5	9	9	3
	%	19,2%	34,6%	34,6%	11,5%
Grupos de Qualidade/Grupos de trabalho para identificação de processos críticos e desenvolvimento de soluções	Count	12	10	1	3
	%	46,2%	38,5%	3,8%	11,5%
Participação activa dos colaboradores através de instrumentos de comunicação interna	Count	8	13	5	0
	%	30,8%	50,0%	19,2%	0%
Envolvimento dos colaboradores na concepção dos processos	Count	6	14	4	2
	%	23,1%	53,8%	15,4%	7,7%
Envolvimento dos colaboradores na identificação e implementação dos processos de melhoria	Count	8	10	5	3
	%	30,8%	38,5%	19,2%	11,5%
Consenso entre colaboradores e responsáveis sobre os objectivos a atingir	Count	4	9	9	4
	%	15,4%	34,6%	34,6%	15,4%

Fonte – SPSS 16.0

Síntese

No que respeita há forma como o departamento gere, desenvolve e promove o conhecimento e todo o potencial dos seus colaboradores, depois de ser feita uma análise às respostas dadas, pode concluir-se que foram dadas ferramentas a grande parte dos colaboradores quando iniciaram funções no departamento, formação inicial e manual de acolhimento, o que lhes permitiu uma melhor integração no serviço e equipa multidisciplinar e ainda uma melhor compreensão dos métodos de trabalho. Em relação, as iniciativas que o responsável do departamento proporciona para a aquisição de novas competências, os colaboradores respondentes só lhe reconhecem formação externa, respondendo de forma muito negativa a questões relacionada com a qualidade, nomeadamente em apoio de especialistas nessa área, na formação de equipas

de trabalho ou mesmo na existência de um orçamento para a gestão de qualidade no departamento, sendo por isso um dos pontos fracos a realçar neste critério. Quando questionados sobre o tipo de acções de formação que participam mais uma vez a área da qualidade é referida como uma área quase existente.

No diagnóstico realizado acerca do envolvimento dos colaboradores na vida do departamento, verificou-se que todos os inquiridos negaram quando lhes foi questionado se alguma vez tinham avaliado o seu chefe, manifestaram ainda que alguns mecanismos muito importantes para a excelência de um serviço eram quase inexistentes, como por exemplo: cultura de abertura não hierárquica de comunicação e de dialogo, negociação com os colaboradores sobre os objectivos do departamento, participação activa dos colaboradores através de instrumentos de comunicação interna.

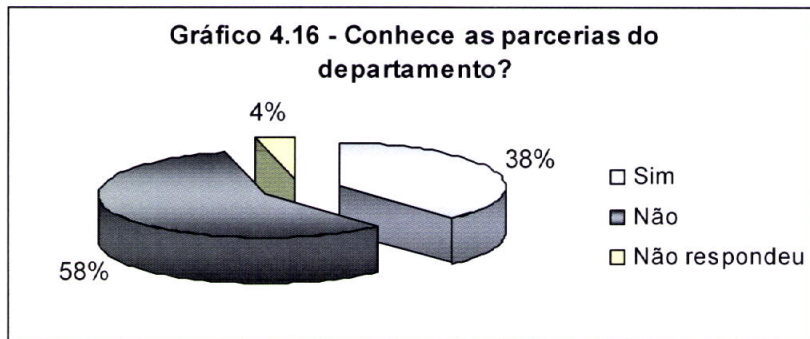
Por outro lado, verifica-se que grande parte considera ter autonomia suficiente para realizar as suas funções, com consciência que o seu responsável delega em si responsabilidade pela execução das tarefas.

4.1.5 Parcerias e recursos (Critério 4)

A forma como o departamento planeia e gere as parcerias e os recursos internos de forma a garantir a prossecução da política e da estratégia e o eficaz funcionamento dos processos é sem duvida uma peça fundamental no sucesso do departamento.

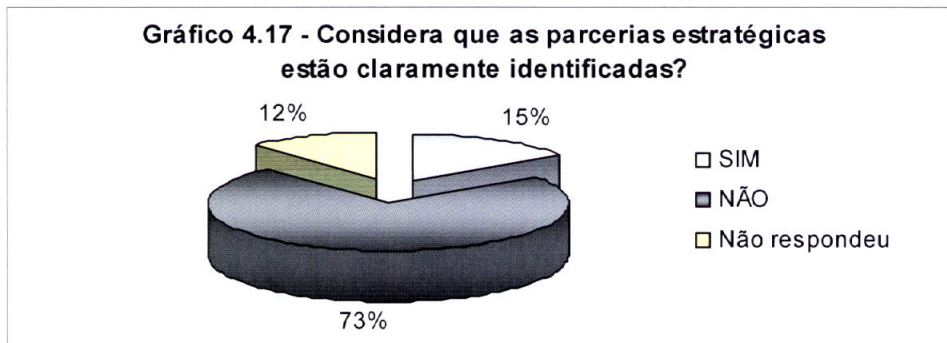
4.1.5.1 Promoção das relações de parceria (Subcritério 4.1)

As medidas existentes no departamento para assegurar que as relações de parceria sejam promovidas e implementadas é um dos itens avaliados neste questionário, foi por isso solicitado aos colaboradores que respondessem se conhecem as parcerias do departamento onde trabalham. Ao analisar-se o Gráfico 4.16 verifica-se que 58% dos colaboradores respondentes desconhece as parcerias existentes.



Fonte – Excel 2003

Salienta-se ainda que, dos 38% dos colaboradores respondentes que conhecem as parcerias existentes, 73% refere que estas não estão claramente identificadas, conforme se vê no Gráfico 4.17.

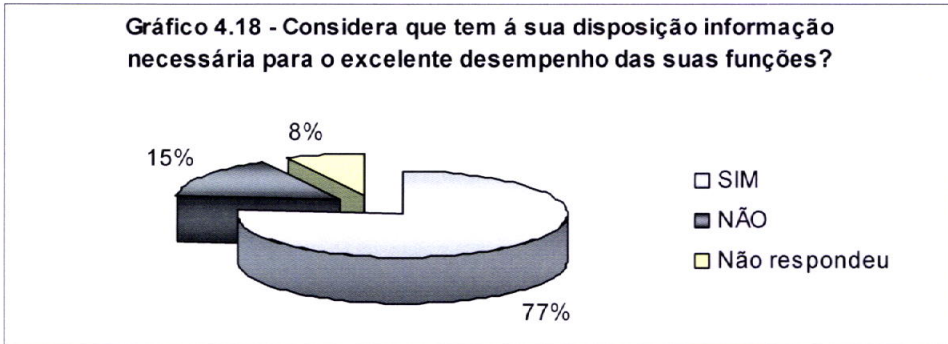


Fonte – Excel 2003

A grande maioria dos respondentes (46%) refere faltar formas de comunicação, seguidos de 38% que referem faltar definir competências, os restantes referem faltar definir responsabilidades. (cf. Tabela 5.7 Apêndice 5)

4.1.5.2 Gerir conhecimento (Subcritério 4.3)

No Gráfico 4.18 observa-se que, relativamente à informação necessária para o excelente desempenho das suas funções, 77% dos respondentes afirmam ter disponível essa informação e apenas 15% negam ter acesso a toda a informação necessária para o excelente desempenho.

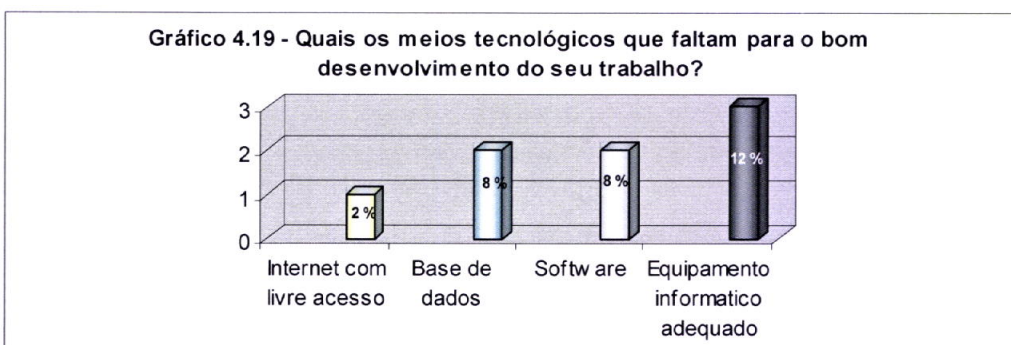


Fonte – Excel 2003

4.1.5.3 Gerir tecnologia (Subcritério 4.5)

Relativamente à existência de medidas no departamento que assegurem que a tecnologia seja gerida, elaborou-se a seguinte questão “ Considera que tem à sua disposição os meios tecnológicos necessários para o bom desenvolvimento do seu trabalho?”, à qual 77% dos respondentes respondem positivamente, contra 23% que referem não ter os meios tecnológicos necessários (*cf.* Tabela 5.8, Apêndice 5).

Analisando a informação documentada no Gráfico 4.19 verifica-se que dos 23% de respondentes (6) que referiram não terem à sua disposição os meios tecnológicos necessários para o bom desenvolvimento do seu trabalho, 7,7% referem faltar as base de dados e software (2) e 11,5% refere o equipamento informático adequado (3).



Fonte – Excel 2003

Síntese

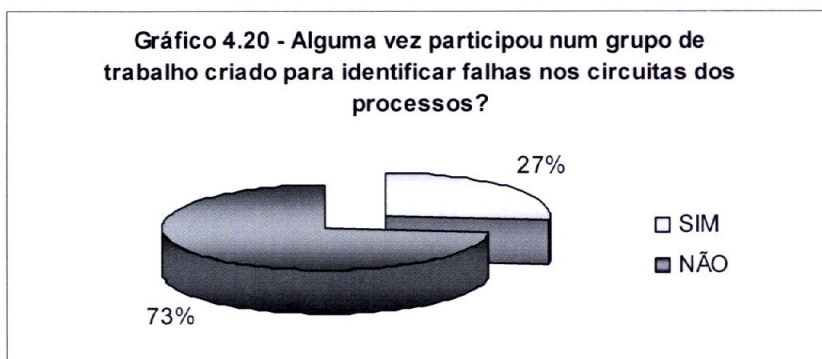
Neste critério o que se pretendeu avaliar foi se o departamento planeia e gere as parcerias e os recursos internos de forma a garantir a prossecução da política e da estratégia e o eficaz funcionamento dos processos, para se efectuar um diagnóstico a este nível foi inicialmente questionado se as parcerias estão claramente identificadas, tendo-se constatado que a maioria dos respondentes desconhecia as parcerias existentes (58%) e os restantes apesar de as conhecerem consideram que estão mal identificadas. Relativamente à forma como o departamento planeia e gere a informação e o conhecimento, 77% dos colaboradores afirmam ter à sua disposição toda a informação necessária para o excelente desempenho das suas funções, de igual forma, quando questionados se têm os meios tecnológicos necessários, só 23% responderam negativamente. O que leva a concluir que os recursos internos do departamento estão bem geridos, contudo, no que respeita às parcerias existentes terão que ser melhor identificadas e comunicadas aos colaboradores.

4.1.6 Processos (Critério 5)

Neste último critério estudado, pretende-se avaliar a forma como o departamento concebe, gere e melhora os seus processos de modo a apoiar e inovar a política e a estratégia definidas, garantindo desta forma a plena satisfação e produzir mais valias para os seus utentes e outras partes interessadas.

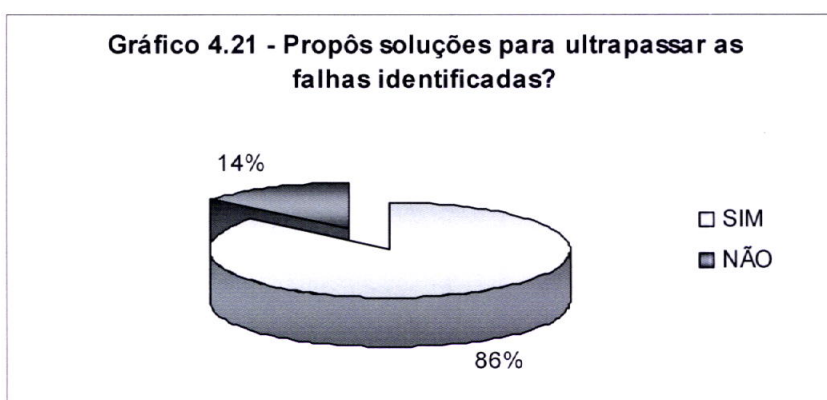
4.1.6.1 Identificação e melhoria de processos (Subcritério 5.1)

Foi inquirido aos colaboradores se alguma vez tinham participado num grupo de trabalho criado para identificar falhas nos circuitos dos processos, de acordo com os resultados (Gráfico 4.20) verifica-se que 73% dos respondentes negam ter participado num grupo de trabalho desta origem, enquanto 27% confirmam a sua participação.



Fonte – Excel 2003

Dos 27% dos respondentes que afirmaram ter participado em grupos de trabalho criados para identificar falhas nos circuitos dos processos, 86% referem ter proposto soluções. O Gráfico 4.21 apresenta esses valores.



Fonte – Excel 2003

No que diz respeito ao reconhecimento de novos métodos de trabalho para ultrapassar problemas identificados, 77% dos colaboradores refere já ter participado em reuniões com os seus responsáveis de departamento, com o objectivo de melhorar os processos (Tabela 4.23).

Tabela 4.23 Já alguma vez participou em reuniões com os seus responsáveis e colegas com o objectivo de encontrarem novos métodos de trabalho para ultrapassar problemas identificados?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	20	76,9	76,9	76,9
	Não	6	23,1	23,1	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Fonte – SPSS 16.0

4.1.6.2 Modernização e inovação (Subcritério 5.3)

Para avaliar este subcritério, foram formuladas 4 questões, com o intuito de evidenciar a forma como os colaboradores do departamento estão preparados para a modernização e inovação de novos métodos de trabalho e a forma com o departamento lida com esse aspecto.

Foi questionado qual seria a reacção dos colaboradores da UCIP, se lhes fosse pedido para desenvolver a sua actividade através desses novos métodos e novas aplicações informáticas, 92% dos colaboradores respondentes responderam favoravelmente, não tendo havido nenhuma resposta desfavorável, salientando que 61% referiram ser favorável e 31% muito favorável (cf. Gráfico 5.9, Apêndice 5)

Na Tabela 4.24, verifica-se que relativamente a novas ideias que possam surgir acerca de novos métodos de trabalho, 81% dos colaboradores partilham uma nova ideia com os colegas no trabalho, sendo que 38% partilha a ideia com o responsável no gabinete e só 23% divulga numa próxima reunião de trabalho.

Tabela 4.24 Se tiver uma ideia sobre um novo método de trabalho o que faz?

		Nunca	Raramente	Frequentemente	Sempre	Indeciso
Partilha a ideia com o responsável no gabinete	Count	2	10	7	3	3
	%	7.7%	38.5%	26.9%	11.5%	11.5%
Partilha a ideia com os colegas no trabalho	Count	1	2	17	4	2
	%	3.8%	7.7%	65.4%	15.4%	7.7%
Divulga na próxima reunião de trabalho	Count	3	11	6	0	6
	%	11.5%	42.3%	23.1%	0%	23.1%
Divulga através de meios próprios para o efeito (intranet, painel de ideias, etc)	Count	17	8	1	0	0
	%	65.4%	30.8%	3.8%	0%	0%
Não faz nada	Count	9	9	1	1	0
	%	34.6%	34.6%	3.8%	3.8%	0%

Fonte – SPSS 16.0

Ainda no que respeita à inovação e modernização de processos, apesar de 42% dos colaboradores referirem ter conhecimentos e competências necessárias para aderir a um projecto de mudança, que vise a Qualidade do serviço prestado, salienta-se o facto de 58% negarem esses conhecimentos (Tabela 4.25). Porém, 35% referem faltar formação em tecnologias de informação e comunicação, 62% acções de sensibilização para a qualidade e 38% indicam a falta de competências específicas (cf. Tabela 5.10, Apêndice 5).

Tabela 4.25 Considera que possui os conhecimentos e as competências necessárias para aderir a um projecto de mudança que vise a qualidade do serviço prestado?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	9	37,5	42,3	42,3
	Não	15	57,7	57,7	100,0
	Total	26	100,0	100,0	

Fonte – SPSS 16.0

Em virtude da maioria dos respondentes ter negado possuir conhecimentos e competências necessárias para aderir a um projecto de mudança que vise a qualidade dos serviços, procedeu-se a uma análise correlacional com a categoria profissional, de modo a verificar se existia alguma dependência. Ao analisar-se a Tabela 4.26 verificou-se que dos 37,5% dos respondentes que corresponderam afirmativamente 29,2% são enfermeiros e 8,3% são médicos.

Tabela 4.26 Categoria profissional versus conhecimentos e competências para aderir a um projecto de mudança que vise a qualidade

			Categoria Profissional		
			Enfermeiro	Médico	Total
Considera que possui os conhecimentos e as competências necessárias para aderir a um projecto de mudança que visa a qualidade do serviço prestado?	Sim	Count	7	2	9
		% of Total	29,2%	8,3%	37,5%
	Não	Count	12	3	15
		% of Total	50,0%	12,5%	62,5%
	Total	Count	19	5	24
		% of Total	79,2%	20,8%	100,0%

Fonte – SPSS 16.0

A categoria profissional e os conhecimentos e competências para aderir a um projecto de mudança que vise a qualidade, não são dependentes, para um nível de significância de 5% (Tabela 4.27).

Tabela 4.27 Chi-Square Tests ou Teste Qui-quadrado

	Value	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,017	,897
N of Valid Cases	24	

Fonte – SPSS 16.0

Por último e para tentar perceber a opinião dos colaboradores respondentes acerca deste subcritério, foi solicitado que manifestassem a sua opinião, relativamente aos processos desenvolvidos no âmbito da Qualidade do departamento da UCIP do Hospital do SAMS, após análise das respostas, e salientando desde já que a taxa de resposta foi de 31% apenas, observa-se que todos os colaboradores referem existir uma tentativa de implementação de cultura de qualidade interna, com implementação de alguns processos (folha de registos de incidentes; reuniões mensais entre colaboradores e responsáveis), mas a inexistência de uma comissão de Qualidade e, por conseguinte, a implementação de um programa de qualidade, torna-se uma lacuna importante para o desenvolvimento de uma cultura de qualidade no departamento.

Síntese

Neste ponto analisou-se a forma como o departamento identifica e concebe os seus processos chave e a existência de envolvimento dos colaboradores nesse processo. Após uma análise das respostas dadas pelos respondentes, concluiu-se que 73% dos colaboradores nunca participaram num grupo de trabalho criado para identificar falhas, apenas 27% dizem já ter participado. Mas destes 27% que participou nesses grupos de trabalho, só 14% negam não ter proposto soluções, os restantes 86% afirmam ter proposto soluções. Contudo, quando são questionados se participam em reuniões com os seus responsáveis e colegas com o objectivo de encontrar novos métodos de trabalho para ultrapassar problemas identificados, verifica-se uma taxa de respostas positivas de 77% e somente 23% negam a participação nessas reuniões.

Pode-se ainda verificar-se aquando da análise deste critério, que os colaboradores que participaram neste inquérito reagem de uma forma positiva à implementação de novos métodos de trabalho e novas aplicações informáticas, com 92% de respostas favoráveis e os restantes ficaram-se pela indecisão. Relativamente a partilhar novas ideias, os colaboradores de uma forma geral são unânimes em afirmar que preferem partilhar com os colegas de trabalho (81%).

O facto de não haver uma cultura de resistência à mudança, deve ser aproveitada para a implementação de práticas de mudança e apesar de 42% dos colaboradores referirem ter conhecimentos e competências necessárias para aderir a um projecto de mudança, que vise a qualidade no serviço prestado, observa-se que 58% negam esses conhecimentos, referindo como causa a falta de formação em tecnologias de informação e comunicação; acções de sensibilização para a qualidade e a falta de competências específicas.

Por último, foi pedido aos colaboradores que dessem a sua opinião acerca dos processos desenvolvidos no âmbito da qualidade na UCIP, só se obteve uma taxa de resposta de 31%, e de uma forma geral todos referem não existir um programa de qualidade organizacional, mas salientam o facto de existir uma tentativa de implementação de cultura de qualidade no departamento.

4.1.7 Grau de satisfação

Como foi referido no início do capítulo o questionário incluía ainda uma parte que pretendia avaliar o grau de satisfação dos colaboradores, acerca de um certo número de itens relacionados com a qualidade dos serviços prestados. Esta parte está dividido em 2 módulos, o grau de satisfação no que respeita à equipa multidisciplinar da UCIP do Hospital do SAMS e, por último, ao grau de satisfação do colaborador à própria UCIP e ao Hospital do SAMS. O grau de satisfação está estruturado de acordo com a seguinte escala: 1-Muito Insatisfeito, 2-Insatisfeito, 3-Satisfeito e 4-Muito Satisfeito, havendo ainda a opção do Nem Satisfeito/Nem Insatisfeito.

Para uma melhor compreensão dos dados, o questionário de satisfação foi dividido em 4 partes: imagem global, onde se incluía questões sobre a equipa multidisciplinar da UCIP, a UCIP e o Hospital do SAMS; acessibilidades referentes à UCIP e ao Hospital do SAMS; produtos e serviços e, por último, condições de higiene e conforto da UCIP e do Hospital.

Neste aspecto referente ao grau de satisfação, as respostas “Nem Satisfeito/Nem Insatisfeito” não foram consideradas, por se considerar

irrelevantes para análise em questão, dada a quase inexistência de respostas por parte dos respondentes.

4.1.7.1 Imagem global

Ao analisar-se o grau de satisfação dos colaboradores, referente à imagem global da equipa multidisciplinar da UCIP, do próprio departamento e do Hospital do SAMS, verifica-se que na globalidade dos respondentes se encontram satisfeitos. A referir que o item que obteve a maioria das respostas favoráveis foi a “Competência e profissionalismo” com 77% de respondentes a referirem estar satisfeitos e 19% muito satisfeitos. Ainda a salientar que neste item nenhum respondente referiu estar insatisfeito. Da análise da Tabela 4.28 não se regista nenhuma resposta Muito insatisfeito e os itens que obtiveram mais respostas desfavoráveis foi em relação à igualdade no atendimento (23%) e imagem do Hospital do SAMS (19%).

Tabela 4.28 Grau de satisfação dos colaboradores referente à imagem global

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
Simpatia da equipa multidisciplinar	Count	0	1	20	3
	%	0%	3.8%	76.9%	11.5%
Igualdade no atendimento	Count	0	6	15	3
	%	0%	23.1%	57.7%	11.5%
Receptividade	Count	0	2	20	2
	%	0%	7.7%	76.9%	7.7%
Disponibilidade	Count	0	1	20	4
	%	0%	3.8%	76.9%	15.4%
Clareza da informação prestada	Count	0	2	15	5
	%	0%	7.7%	57.7%	19.2%
Competência e profissionalismo	Count	0	0	20	5
	%	0%	0%	76.9%	19.2%
Relacionamento da equipa multidisciplinar com o doente e família	Count	0	1	14	9
	%	0%	3.8%	53.8%	34.6%
Assistência disponibilizada ao doente e família	Count	0	1	12	9
	%	0%	3.8%	46.2%	34.6%
Imagem da UCIP	Count	0	3	14	6
	%	0%	11.5%	53.8%	23.1%
Imagem do Hospital do SAMS	Count	0	5	12	6
	%	0%	19.2%	46.2%	23.1%

Fonte – SPSS 16.0

4.1.7.2 Acessibilidades

Os colaboradores da UCIP mostraram-se, de uma forma geral, satisfeitos com as acessibilidades do Hospital do SAMS, referindo 46% estarem satisfeitos e 8% muito satisfeitos. A salientar que em relação aos horários de visita na UCIP e aos tempos de espera para visitas, informações, etc, nenhum respondente manifestou nenhuma opinião negativa (Tabela 4.29).

Tabela 4.29 Grau de satisfação dos colaboradores referente às acessibilidades

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Localização do Hospital do SAMS	Count	1	8	12	2
	%	3.8%	30.8%	46.2%	7.7%
Horários de visitas na UCIP	Count	0	0	16	8
	%	0%	0%	61.5%	30.8%
Tempos de espera para visitas, informações...	Count	0	0	17	7
	%	0%	0%	65.4%	26.9%

Fonte – SPSS 16.0

4.1.7.3 Produtos e serviços

De acordo com a Tabela 4.30 verifica-se que, de uma forma geral, todos os colaboradores que responderam ao questionário, estão satisfeitos com os produtos e serviços prestados pela UCIP e pela equipa multidisciplinar. Mais uma vez, é de salientar o facto de não haver nenhuma resposta “Muito insatisfeito”. Os itens que foram apontados como de maior desagrado por parte dos colaboradores, foram relativamente ao atendimento telefónico (15,4%) e à qualidade global do Hospital do SAMS (11,5%). Porém, onde se obteve maior número de respostas favoráveis foi a qualidade global dos serviços prestados pela UCIP, com 69,2% de respostas “Satisfeito” e 19,2% “Muito satisfeito”, seguida da informação disponibilizada ao doente e família, com 50% de respostas “Satisfeito” e 34,6% “Muito satisfeito”.

Tabela 4.30 Grau de satisfação dos colaboradores referente aos produtos e serviços

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
Rapidez de resposta face às suas necessidades	Count	0	2	14	6
	%	0%	7.7%	53.8%	23.1%
Atendimento telefónico	Count	0	4	16	1
	%	0%	15.4%	61.5%	3.8%
Flexibilidade e autonomia para resolver situações invulgares	Count	0	2	12	2
	%	0%	7.7%	46.2%	7.7%
Informação disponibilizada ao doente e família	Count	0	1	13	9
	%	0%	3.8%	50.0%	34.6%
Qualidade global dos serviços prestados pela UCIP	Count	0	1	18	5
	%	0%	3.8%	69.2%	19.2%
Qualidade global do Hospital do SAMS	Count	0	3	15	5
	%	0%	11.5%	57.7%	19.2%

Fonte – SPSS 16.0

4.1.7.4 Condições de higiene e conforto

Numa análise aos dados representados na Tabela 4.31 no que diz respeito ao grau de satisfação dos colaboradores relativamente às condições de higiene e conforto na UCIP, verifica-se alguma divergência de opiniões. Os itens temperatura ambiente e ruído foi onde se verificaram maior número de respostas desfavoráveis, “Muito insatisfeito” 3,8% e 7,7% e “Insatisfeito” 34,6% e 26,9%, respectivamente.

Tabela 4.31 Grau de satisfação dos colaboradores referente às condições de higiene e conforto

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
Limpeza e higiene	Count	0	1	15	8
	%	0%	3.8%	57.7%	30.8%
Conforto e comodidade	Count	0	2	13	7
	%	0%	7.7%	50.0%	26.9%
Temperatura ambiente	Count	1	9	12	2
	%	3.8%	34.6%	46.2%	7.7%
Ruído	Count	2	7	14	0
	%	7.7%	26.9%	53.8%	0%

Fonte – SPSS 16.0

Por outro lado, a limpeza e higiene e o conforto e comodidade foram considerados itens muito positivos, segundo a avaliação dos colaboradores com 57,7%; 50,0% de “Satisfeitos” e 30,8%; 26,9% de “Muito satisfeitos” respectivamente.

4.1.8 Considerações finais

Conclui-se, após a análise dos questionários dos colaboradores da UCIP do Hospital do SAMS, que ainda existe um caminho importante a percorrer na definição da missão, visão e valores que o departamento defende, para isso seria importante que os colaboradores dessem a sua opinião e fossem solicitados em colaborar na sua definição.

Ainda no âmbito do diagnóstico, conclui-se que os colaboradores consideram o seu chefe um bom líder, mesmo não reconhecendo nem premiando os esforços individuais e de equipa, e havendo alguma discórdia em relação à liderança através do exemplo.

Outro aspecto que se constatou foi que não são feitos inquéritos para conhecer as necessidades e expectativas dos colaboradores, assim como não lhes é dada a oportunidade de participar no processo de elaboração do plano de actividades da UCIP. Pode-se entender com um ponto positivo, o facto de existirem reuniões mensais onde são tomadas medidas para implementar estratégias, servindo também de canal de comunicação para a divulgação do plano de actividades e objectivos do departamento. Contudo, a implementação do planeamento e estratégia apresenta deficiências, que devem ser corrigidas, passando pelo envolvimento de todos os colaboradores.

No que diz respeito ao acolhimento e integração de novos colaboradores, a UCIP parece responder eficazmente com um manual de acolhimento e formação inicial. Porém, no campo da gestão, desenvolvimento de carreiras e formação muito há ainda a fazer, nomeadamente na área da qualidade, começando por formação de grupos de trabalho para estabelecer pontos fracos do departamento e propor medidas de melhoria, formação na área da qualidade, acções de *benchmarking*, entre outras.

A definição das parcerias estratégicas é outro ponto a melhorar, contudo os recursos internos existentes, são vistos de uma forma muito positiva e eficaz por grande parte dos colaboradores, permitindo-lhes desta forma o excelente desempenho das suas funções.

Um facto negativo a salientar, é a não existência de um envolvimento dos colaboradores com os responsáveis, na criação de grupos de trabalho com o intuito de identificar falhas nos processos e desta forma poderem em conjunto arranjar soluções para ultrapassar essas deficiências. Por outro lado, ainda existe uma grande resistência à passagem de informação aquando uma nova ideia por parte do colaborador, este prefere transmiti-la aos colegas.

Feito o diagnóstico, apurou-se o grau de satisfação dos colaboradores da UCIP relativamente à equipa multidisciplinar da UCIP, à UCIP e ao Hospital do SAMS, no que respeita à imagem global, acessibilidades, produtos e serviços prestados e condições de higiene e conforto, verificando-se que de uma forma geral os colaboradores da UCIP que responderam ao inquérito mostram-se satisfeitos ou muito satisfeitos.

4.1.9 Matriz dos resultados e conclusões referente aos colaboradores

Neste ponto apresentam-se os resultados de uma forma sumária, referindo os principais resultados e as conclusões mais pertinentes, enumerando já alguns pontos fortes, fracos e acções sujeitas a melhorias.

Tabela 4.32 Matriz dos resultados e conclusões referente aos colaboradores

CARACTERIZAÇÃO DOS COLABORADORES

Trata-se de uma população cujo perfil é definido por uma média de idades de 37 anos, sendo na sua maioria do sexo feminino (58%).
 Relativamente à categoria profissional verifica-se que 73% dos respondentes são enfermeiros e 19% são médicos, detendo 65,4% a licenciatura. Os colaboradores têm uma média de anos de profissão de 14 anos, sendo que o tempo médio de experiência profissional na UCIP é de 7 anos e 50% tem mais de 6 anos de permanência no serviço.
 A totalidade dos respondentes mantém com a instituição onde trabalha uma relação jurídica definitiva, ocupando um lugar de quadro e 92% trabalham em horário completo, sendo que 73% trabalham por roulement.
 A salientar o facto de nenhum dos respondentes referir pertencer à comissão de qualidade do Hospital do SAMS

Questões	Resultados	Conclusões
----------	------------	------------

LIDERANÇA

Missão, visão e valores
 Subcritério 1.1

Resumo: Evidenciar o que a liderança do departamento efectua para dar uma orientação ao departamento, desenvolvendo e comunicando a missão, visão e valores.

<ul style="list-style-type: none"> ◆ Conhece a missão do departamento onde desempenha funções? 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 38% dos colaboradores desconhecem ou dizem desconhecer a missão da UCIP, para os restantes colaboradores a Missão do departamento é "Prestar serviços de saúde, com qualidade, aos utentes do hospital". 	<p>Existe ainda um longo caminho a percorrer sobre a forma como os líderes do departamento desenvolvem e prosseguem a missão, a visão e os valores necessários para sustentar a longo prazo o sucesso da UCIP.</p> <p>É importante que se defina a missão do departamento, os valores e também é necessário estabelecer objectivos para o departamento.</p> <p>Devem ser melhorados os processos de comunicação, o envolvimento das partes interessadas na formulação da missão, visão e valores do departamento.</p> <p>Constitui sem dúvida um ponto fraco do departamento</p>
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Conhece a visão formulada para o departamento onde desempenha funções? 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 85% dos respondentes referiram não conhecer a visão formulada para o departamento. 	
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Contribuiu de alguma forma para a construção da missão e visão do departamento onde desempenha funções? 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 88% dos respondentes referiram não contribuir para a construção da missão e visão do departamento. 	
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Enumere alguns valores defendidos para o departamento onde desempenha funções. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 70% dos colaboradores não conhece os valores definidos e os restantes consideram que assentam no respeito pelo utente, na prestação de serviços de qualidade e no respeito pelos direitos humanos. 	
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Já lhe foi comunicado a missão, visão e valores do departamento onde desempenha funções? 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 92% dos colaboradores afirma que não existe comunicação da missão, visão e valores e os restantes que têm acesso a esta informação, esta chega-lhes através de circulares internas, reuniões, intranet/internet e e-mail. 	
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Já foi solicitada a sua opinião sobre os valores que o departamento deveria defender? 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 86% dos respondentes referem que nunca lhes foi solicitada a opinião acerca dos valores que o departamento deveria defender. 	

Liderança como modelo Subcritério 1.3

Resumo: Evidenciar o que a liderança do departamento efectua, servindo de modelo, relativamente à motivação e apoio facultado às pessoas que trabalham na UCIP do Hospital do SAMS.

<ul style="list-style-type: none"> ◆ Indique a sua opinião sobre a liderança do departamento. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ A maioria dos colaboradores respondentes, consideram o seu responsável um bom líder, mais de 60% concorda, pela positiva, quando se questiona se ele partilha informação relevante com os colaboradores, se promove acções de formação, se encoraja a confiança mútua e o respeito e, por último, também foram unânimes em referir que o seu responsável demonstra empenho no processo de mudança. ◆ Em relação à questão reconhece e premeia os esforços individuais e de equipa, apenas 15,4% dos respondentes concordam, enquanto 50% referem não concordar e 34,6% estão indecisos 	<p>De uma forma geral, os colaboradores respondentes vêem no seu responsável de departamento um bom líder, motivando e apoiando os seus colaboradores. Contudo existem alguns itens que terão que ser alvo de melhoria, nomeadamente o "Reconhece e premeia os esforços individuais e de equipa"</p> <p>Constitui sem dúvida um ponto forte do departamento</p>
--	---	--

PLANEAMENTO E ESTRATÉGIA

Necessidades presentes e futuras Subcritério 2.1

Resumo: Evidenciar o que os responsáveis do departamento fazem para obter informação relacionada com as necessidades presentes e futuras dos colaboradores da UCIP.

<ul style="list-style-type: none"> ♦ São realizados inquéritos aos colaboradores com a finalidade de conhecer as suas necessidades e expectativas? 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Apenas 12% dos colaboradores refere serem realizados questionários, com uma periodicidade de 1 ano, os restantes 88% desconhecem a sua existência. 	<p>Não são realizados inquéritos com a finalidade de conhecer as necessidades e expectativas dos colaboradores da UCIP.</p> <p>Constitui sem dúvida um ponto fraco do departamento</p>
---	--	---

Desenvolver, rever e actualizar Subcritério 2.2

Resumo: Evidenciar o que os responsáveis do departamento efectuam para desenvolver, rever e actualizar o planeamento e a estratégia tendo em conta as necessidades das partes interessadas e os recursos disponíveis.

<ul style="list-style-type: none"> ♦ Participa no processo de elaboração do Plano de Actividades do departamento? 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ 73% dos respondentes afirma nunca ter participado no processo de elaboração do plano de actividades do departamento. ♦ Só 26,9% referem participar neste processo e como critérios mais utilizados para a elaboração referem ser as sugestões dos colaboradores e o plano de actividades da organização. 	<p>Os colaboradores da UCIP não participam na elaboração do plano de actividades, nem na estratégia.</p> <p>A implementação do planeamento e da estratégia na UCIP é algo deficiente, pois não promove o envolvimento de todos.</p> <p>Constitui sem dúvida um ponto fraco do departamento</p>
--	---	---

Avaliar estratégias Subcritério 2.3

Resumo: Evidenciar o que os responsáveis do departamento fazem para implementar o planeamento e a estratégia no departamento

<ul style="list-style-type: none"> ♦ Existem canais de comunicação interna para divulgação do Plano de Actividades e objectivos? 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ 73% dos respondentes refere existir canais de comunicação, sendo as reuniões mensais as mais usuais. 	<p>Parece existir comunicação através de reuniões mensais.</p> <p>Constitui sem dúvida um ponto forte do departamento</p>
---	--	--

PESSOAS

Competências versus metas e objectivos Subcritério 3.2

Resumo: Evidenciar o que os responsáveis do departamento efectuam para identificar, desenvolver e usar as competências das pessoas em articulação com os objectivos e metas organizacionais, individuais e de grupo.

<ul style="list-style-type: none"> ♦ Quando iniciou funções no departamento foi-lhe fornecido? 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ O início das funções da maioria dos colaboradores respondentes (77%), foi acompanhado de manual de acolhimento e para 65% foi ainda feita formação inicial. 	<p>A UCIP tem bons procedimentos para acolhimento e integração dos colaboradores.</p> <p>Há, no entanto, muito a fazer no campo da gestão e desenvolvimento de carreiras e também no da formação.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Quais as iniciativas levadas a cabo para desenvolver as suas aptidões e novas competências enquanto colaborador do departamento? 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ 54% referem a formação externa como a iniciativa mais frequente. ♦ Na área da qualidade a maioria é unânime em referir a não existência. 	

<ul style="list-style-type: none"> • Em que tipo de acções de formação já participou? 	<ul style="list-style-type: none"> • As acções de formação mais frequentadas, com 34% e 33% respectivamente, são as acções sobre desenvolvimento de aptidões e capacidades e gestão de conflitos. • Formação sobre qualidade e através de <i>e-learning</i>, só 6% e 3% dos colaboradores referem já ter participado. 	<p>Constitui sem dúvida um ponto fraco do departamento</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Qual a sua opinião sobre a existência dos mecanismos abaixo identificados no departamento? 	<ul style="list-style-type: none"> • 85% concordam com a existência de formação para novas competências e a existência de protocolos no departamento. • 35% discorda com a mobilidade interna, contudo 54% concordam com esse mecanismo. 	

Delegação de responsabilidades

Subcritério 3.3

Resumo: Evidenciar o que os responsáveis do departamento fazem para envolver as pessoas através do diálogo e da delegação de responsabilidades.

<ul style="list-style-type: none"> • Alguma vez avaliou o desempenho do seu responsável de departamento? 	<ul style="list-style-type: none"> • Nenhum dos colaboradores que respondeu ao questionário avaliou o seu chefe directo. 	<p>O envolvimento dos colaboradores através do diálogo e da delegação de responsabilidades não pode ser considerado um ponto fraco, mas muito existe a fazer. Apesar de os colaboradores considerarem ter autonomia e serem-lhe delegadas responsabilidades, existem mecanismos que são importantes estar presentes no departamento e que passa, mais uma vez, pelo envolvimento de todas as partes interessadas.</p> <p>Subcritério passível de muitas melhorias.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Considera que tem autonomia necessária para desempenhar as suas funções? 	<ul style="list-style-type: none"> • Dos respondentes, 62% referem ter autonomia necessária para desempenhar as suas funções. 	
<ul style="list-style-type: none"> • O seu responsável delega em si a responsabilidade pela execução de tarefas? 	<ul style="list-style-type: none"> • 85% dos respondentes afirma que lhe são delegadas responsabilidades pela execução das tarefas. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Considera que existem os mecanismos abaixo identificados no departamento? 	<ul style="list-style-type: none"> • Mecanismos como: "negociação com os colaboradores sobre os objectivos do departamento"; "grupos de Qualidade/Grupos de trabalho para a identificação de processos críticos e desenvolvimento de soluções"; "participação activa dos colaboradores através de instrumentos de comunicação interna"; "envolvimento das pessoas na concepção dos processos" e, "envolvimento dos colaboradores na identificação e implementação dos processos de melhoria" raramente ou mesmo nunca, existem no departamento. 	

PARCERIAS E RECURSOS

Promoção das relações de parceria

Subcritério 4.1

Resumo: Evidenciar o que os responsáveis do departamento fazem para identificar as parcerias do departamento.

<ul style="list-style-type: none"> • Conhece as parcerias do departamento? 	<ul style="list-style-type: none"> • 58% desconhece as parcerias existentes. 	<p>Estão mal definidas as parcerias existentes na UCIP. É importante serem bem definidas e comunicadas a todas as partes interessadas.</p>
---	---	--

<p>♦ Considera que as parcerias estratégicas estão claramente identificadas?</p>	<p>♦ Dos 38% dos colaboradores respondentes que conhecem as parcerias existentes, 73% refere que estas não estão claramente identificadas. A maioria dos respondentes (46%) refere faltar formas de comunicação, seguidos de 38% que referem faltar definir competências, os restantes referem faltar definir responsabilidades.</p>	<p>Constitui sem dúvida um ponto fraco do departamento</p>
--	--	---

Gerir conhecimento

Subcritério 4.3

Resumo: Evidenciar o que os responsáveis do departamento fazem para gerir a informação necessária para o bom desempenho de todos os colaboradores.

<p>♦ Considera que tem à sua disposição informação necessária para o excelente desempenho das suas funções?</p>	<p>♦ Relativamente à informação necessária para o excelente desempenho das suas funções, 77% dos respondentes afirmam ter disponível essa informação e apenas 15% negam ter acesso a toda a informação necessária para o excelente desempenho.</p>	<p>Os colaboradores possuem a informação necessária para o excelente desempenho das suas funções.</p> <p>Constitui sem dúvida um ponto forte do departamento</p>
---	--	---

Gerir tecnologia

Subcritério 4.5

Resumo: Evidenciar o que os responsáveis do departamento fazem para assegurar que a tecnologia seja devidamente gerida

<p>♦ Considera que tem à sua disposição os meios tecnológicos necessários para o bom desenvolvimento do seu trabalho?</p>	<p>♦ 77% dos respondentes responde afirmativamente, contra 23% que refere não ter os meios tecnológicos necessários, desses 7,7% refere faltar as base de dados, 7,7% indica o software como desadequado e 11,5% refere não ter o equipamento informático adequado.</p>	<p>A maioria dos colaboradores considera ter à sua disposição todos os meios tecnológicos necessários para o bom desenvolvimento do seu trabalho.</p> <p>Constitui sem dúvida um ponto forte do departamento</p>
---	---	---

PROCESSOS

Identificação e melhoria dos processos

Subcritério 5.1

Resumo: Evidenciar a forma como os responsáveis do departamento identificam, concebem, gerem e melhoram os processos.

<p>♦ Alguma vez participou num grupo de trabalho criado para identificar falhas nos circuitos dos processos? Propôs soluções para ultrapassar as falhas identificadas?</p>	<p>♦ Verificou-se que 73% dos respondentes negam ter participado num grupo de trabalho desta origem, enquanto 27% confirmam a sua participação.</p> <p>♦ Dos respondentes que afirmaram ter participado em grupos de trabalho criados para identificar falhas nos circuitos dos processos, 86% referem ter proposto soluções.</p>	<p>Os colaboradores referem nunca ter participado em grupos de trabalho criados para identificar falhas nos processos. Contudo quando essas falhas são identificadas, afirmam participar em reuniões com os seus responsáveis com o objectivo de melhorar os processos.</p>
--	---	---

<ul style="list-style-type: none"> ♦ Já alguma vez participou em reuniões com os seus responsáveis e colegas com o objectivo de encontrarem novos métodos de trabalho para ultrapassar problemas identificados? 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ No que diz respeito ao reconhecimento de novos métodos de trabalho para ultrapassar problemas identificados, 77% dos colaboradores refere já ter participado em reuniões com os seus responsáveis de departamento, com o objectivo de melhorar os processos. 	<p>A não existência de grupos de trabalho criados para identificar falhas nos processos, constitui sem dúvida um ponto fraco do departamento.</p>
--	--	---

Modernização e Inovação

Subcritério 5.3

Resumo: Evidenciar a forma como os responsáveis do departamento planeiam e gerem a modernização e a inovação.

<ul style="list-style-type: none"> ♦ Se lhe pedissem para a partir de amanhã desenvolver a sua actividade através de novos métodos, novas aplicações informáticas, qual seria a sua reacção? 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ 92% dos colaboradores responderam favoravelmente, não tendo havido nenhuma resposta desfavorável, salientando que 61% referiram ser favorável e 31% muito favorável. 	<p>O facto de não haver uma cultura de resistência à mudança, deve ser aproveitada para a implementação de práticas de mudança.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Se tiver uma ideia sobre um novo método de trabalho o que faz? 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ 81% dos colaboradores partilham uma nova ideia com os colegas no trabalho, sendo que 38% partilha a ideia com o responsável no gabinete e só 23% divulga numa próxima reunião de trabalho. 	<p>Deve ser implementada uma cultura de abertura com os responsáveis para que lhe sejam transmitidas novas ideias, dificuldades os expectativas dos colaboradores.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Considera que possui os conhecimentos e as competências necessárias para aderir a um projecto de mudança que vise a Qualidade do serviço prestado? 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Apesar de 42% dos colaboradores referirem ter conhecimentos e competências necessárias para aderir a um projecto de mudança, que vise a Qualidade do serviço prestado, salienta-se o facto de 58% negarem esses conhecimentos, referindo faltar formação em tecnologias de informação e comunicação (35%), acções de sensibilização para a qualidade (62%) e 38% indicam a falta de competências específicas 	<p>Para que a modernização dos departamentos ocorra, é necessário dota-los dos meios necessários considerados essenciais e envolvendo todas as partes interessadas no processo. A avaliação das necessidades deve ser feita de forma clara, criteriosa e perfeitamente justificada.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Por favor use o espaço seguinte para manifestar a sua opinião, relativamente aos processos desenvolvidos no âmbito da Qualidade do departamento de Medicina/UCIP do Hospital do SAMS? 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ A taxa de resposta foi apenas de 31%. Observa-se que todos os colaboradores referem existir uma tentativa de implementação de cultura de qualidade interna, com implementação de alguns processos. 	<p>A avaliação do processo de modernização deve ser claro, objectivo e mensurável.</p> <p>Deve ser ministrada mais informação e formação na área da Qualidade para uma maior e mais fácil modernização e implementação de novos processos.</p> <p>Constitui sem dúvida um ponto forte do departamento</p>

GRAU DE SATISFAÇÃO

Imagem Global

Resumo: Saber a opinião dos colaboradores quanto à imagem global da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP) do Hospital do SAMS e respectiva Equipa Multidisciplinar (EM).

<ul style="list-style-type: none"> ♦ Simpatia da EM ♦ Igualdade no atendimento feito pela EM ♦ Receptividade da EM à sua solicitação ♦ Disponibilidade mostrada pela EM ♦ Clareza da informação prestada pela EM ♦ Competência e profissionalismo da EM ♦ Relacionamento da EM com o doente e família ♦ Assistência disponibilizada pela EM ao doente e família 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ O item que obteve a maioria das respostas favoráveis foi a "Competência e profissionalismo" com 77% de respondentes a referirem estar satisfeitos e 19% muito satisfeitos. Ainda a salientar que neste item nenhum respondente referiu estar insatisfeito. ♦ A referir que não se verificou nenhuma resposta "Muito insatisfeito" em nenhum dos indicadores, contudo o indicador com mais respostas "Insatisfeito" é "igualdade no atendimento pela EM" com 23% de respostas desfavoráveis. 	<p>Os colaboradores na sua maioria, estão satisfeitos ou muito satisfeitos com a imagem global da EM, da UCIP e do Hospital do SAMS.</p> <p>Constitui sem dúvida um ponto forte do departamento</p>
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Imagem da UCIP ♦ Imagem do Hospital do SAMS 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Na resposta relativa à satisfação dos colaboradores da UCIP quanto à imagem do departamento e do Hospital do SAMS, não se verificou nenhuma resposta "muito insatisfeito", contudo verificou-se que 11,5% e 19,2% estão insatisfeitos. 	<p>O indicador "igualdade no atendimento" e a "imagem do hospital do SAMS", merecem contudo uma atenção especial, na tentativa de melhoria.</p>

Acessibilidades

Resumo: Averiguar quais as acessibilidades mais valorizadas pelos respondentes e o respectivo grau de satisfação.

<ul style="list-style-type: none"> ♦ Localização do Hospital do SAMS ♦ Horários de visitas na UCIP do Hospital do SAMS ♦ Tempos de espera para visitas, informações requeridas 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Em relação à localização do hospital 46% dos colaboradores dizem estar satisfeitos e 8% muito satisfeitos. ♦ Em relação aos horários de visita na UCIP e aos tempos de espera para visitas, informações, etc, nenhum respondente manifestou nenhuma opinião negativa. 	<p>Na generalidade, quanto ao grau de satisfação com as acessibilidades da UCIP, os colaboradores mostram-se satisfeitos ou muito satisfeitos.</p> <p>Constitui sem dúvida um ponto forte do departamento</p>
---	--	--

Produtos e serviços

Resumo: Conhecer o grau de satisfação da população respondente relativamente aos serviços prestados pela Equipa Multidisciplinar (EM) da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP), nomeadamente os produtos e serviços que oferecem.

<ul style="list-style-type: none"> ♦ Tempo de obtenção de resposta da EM às solicitações efectuadas ♦ Atendimento telefónico da EM ♦ Flexibilidade e autonomia da EM para resolver situações invulgares ♦ Informações disponibilizadas pela EM ao doente e família 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Mais uma vez, é de salientar o facto de não haver nenhuma resposta "Muito insatisfeito", tendo sido o "indicador atendimento telefónico da EM" que teve maior número de respostas desfavoráveis (15,4%) ♦ A informação disponibilizada ao doente e família é o indicador com 50% de respostas "Satisfeito" e 34,6% "Muito satisfeito". 	<p>Os colaboradores encontram-se satisfeitos ou muito satisfeitos com os produtos e serviços da EM da UCIP</p> <p>Constitui sem dúvida um ponto forte do departamento</p>
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Qualidade global dos serviços prestados pela UCIP ♦ Qualidade global do Hospital do SAMS 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ 88,4% está satisfeitos com a qualidade dos serviços prestados pela UCIP, a referir que 19,2% estão muito satisfeitos. ♦ 11,5% dos colaboradores refere estar insatisfeito com a qualidade global do Hospital do SAMS. 	<p>A salientar o facto de não existir nenhuma resposta "Muito insatisfeito"</p>

Condições de higiene e conforto		
<p>Resumo: Conhecer o grau de satisfação da população respondente relativamente às condições de higiene, segurança, equipamentos e serviços, com o objectivo de verificar quais aqueles que os respondentes mais valorizam.</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • Limpeza e higiene da UCIP • Conforto e comodidade na UCIP • Temperatura ambiente da UCIP • Ruído existente na UCIP 	<ul style="list-style-type: none"> • Os itens "temperatura ambiente" e "ruído" foram onde se verificaram maior número de respostas desfavoráveis, "Muito insatisfeito" 3,8% e 7,7% e "Insatisfeito" 34,6% e 26,9%, respectivamente. • A "limpeza e higiene" e o "conforto e comodidade" foram considerados itens muito positivos, segundo a avaliação dos colaboradores com 57,7%; 50,0% de "Satisfeitos" e 30,8%; 26,9% de "Muito satisfeitos" respectivamente. 	<p>As condições de higiene e conforto satisfazem a maioria dos colaboradores.</p> <p>Constitui sem dúvida um ponto forte do departamento</p> <p>Os indicadores "temperatura ambiente" e "ruído existente" contudo merecem uma atenção especial, na tentativa de melhoria.</p>

Fonte – Elaboração própria

4.2 Questionário de diagnóstico para responsáveis

Segundo Leandro (2002):

Os líderes são as pessoas que coordenam e estabelecem o equilíbrio entre os objectivos da organização e os interesses e expectativas de todos os interessados na organização. Inclui a equipa de gestão, todos os restantes gestores e todas as pessoas que lideram equipas ou assumem papéis de liderança. Em qualquer tipo de organização, as lideranças são factores decisivos nos processos de inovação e mudança. Os líderes desenvolvem a cultura da organização. Com a sua actuação, promovem um clima de confiança e de respeito e estabelecem a unidade dos objectivos. Criam um ambiente de envolvimento, promovendo uma comunicação eficaz e eficiente, capaz de garantir que os objectivos são partilhados. Promovem a partilha de experiências e ideias, induzindo o comportamento de todos em consonância com os valores organizacionais, a política e a estratégia. Conduzem os recursos e os esforços da organização na direcção da melhoria continua.

A população incluída neste estudo é constituída por 4 profissionais de saúde (2 enfermeiros e 2 médicos), que exercia funções de coordenação na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital do SAMS no momento da recolha de dados. Destes, 1 (25%) não respondeu ao questionário e 3 (75%) responderam ao inquérito e estes questionários foram considerados válidos.

4.2.1 Caracterização pessoal

De seguida, apresentam-se os resultados alcançados quanto à caracterização dos responsáveis da UCIP, nomeadamente no que respeita o sexo, idade, habilitações literárias, tempo de experiência profissional, regime contratual, tempo de trabalho na UCIP, se pertence à comissão da qualidade, categoria profissional, tempo completo ou parcial e tipo de horário.

Idade

A idade média dos responsáveis da UCIP, que responderam ao inquérito, é de 45 anos, variando de um mínimo de 42 anos a um máximo de 47 anos. Como a amostra é muito pequena não se conseguiu avaliar a moda (Tabela 4.33).

Tabela 4.33 Distribuição dos responsáveis por idade

N Valid	3
Missing	0
Mean	45
Median	45
Std. Deviation	3
Minimum	42
Maximum	47

Fonte – SPSS 16.0

Sexo

Todos os responsáveis que responderam ao inquérito são do sexo feminino (Tabela 4.34).

Tabela 4.34 Distribuição dos responsáveis por sexo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Feminino	3	100,0	100,0	100,0

Fonte – SPSS 16.0

Habilitações Literárias

A apreciação dos resultados apresentados na Tabela 4.35 revela que 2 (66,7%) dos responsáveis afirmam ter o grau de licenciado e só 1 (33,3%) refere ter uma pós-graduação.

Tabela 4.35 Distribuição dos responsáveis por habilitações literárias

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Licenciatura	2	66,7	66,7	66,7
	Pós graduação	1	33,3	33,3	100,0
	Total	3	100,0	100,0	

Fonte - SPSS 16.0

Estes dados referentes à idade, sexo e habilitações literárias indicam que os responsáveis respondentes da UCIP do Hospital SAMS são, na sua maioria, de mediana idade, do sexo feminino e licenciados. Mais uma vez se verifica que mesmo em campos de chefia as "mulheres" predominam nesta profissão.

Caracterização dos responsáveis em termos profissionais

De acordo com a informação recolhida, todos os responsáveis que responderam aos inquéritos referem trabalhar em horário completo (40h/semanais) e com horário fixo.

Quando analisados quanto à categoria profissional verifica-se que 75% são enfermeiros e 25% são médicos. Quanto ao regime contratual todos os responsáveis referem pertencer ao quadro da instituição e todos negam pertencer à comissão de qualidade (*cf.* Tabelas 6.1 a 6.5 do Apêndice 6).

A análise da Tabela 4.36 permite observar que a média de anos de experiência profissional dos responsáveis da UCIP é de 21,66 anos. É de realçar que todos os respondentes têm mais de 20 anos de experiência profissional.

Tabela 4.36 Tempo de experiência profissional dos responsáveis

N Valid	3
Missing	0
Mean	21,66
Median	22,00
Minimum	20
Maximum	23

Fonte - SPSS 16.0

No que diz respeito ao tempo de experiência profissional na UCIP, o tempo médio é de 13,33 anos, salientando-se que o tempo mínimo de experiência profissional na UCIP é de 13 anos (Tabela 4.37).

Tabela 4.37 Distribuição dos responsáveis por tempo de serviço na UCIP

N Valid	3
Missing	0
Mean	13,33
Median	13
Minimum	13
Maximum	14

Fonte – SPSS 16.0

Síntese

Pode-se concluir que os responsáveis respondentes da UCIP do Hospital do SAMS, têm uma idade compreendida entre os 42 e os 47 anos e são todos do sexo feminino.

Relativamente à categoria profissional verifica-se que 75% dos respondentes são enfermeiros, e 25% são médicos e 75% têm o grau de licenciado. Relativamente ao tempo de experiência profissional constatou-se que a média de anos é de 21,66 e que todos eles têm mais de 20 anos de experiência profissional, sendo que o tempo médio de experiência profissional na UCIP de 13,33 anos e todos têm mais de 13 anos de permanência no serviço.

A totalidade dos respondentes mantém, com a instituição onde trabalham uma relação jurídica definitiva, ocupando um lugar de quadro, referem trabalhar em horário completo e no regime de horário fixo.

Mais uma vez se torna pertinente lembrar o facto de nenhum dos respondentes referir pertencer à comissão de qualidade do Hospital do SAMS.

4.2.2 Liderança (Critério 1)

Neste ponto pretende-se perceber a percepção dos responsáveis acerca da missão do departamento, dos valores que defende e dos objectivos a médio e longo prazo, assim como, o que fazem para transmitir esses critérios aos seus colaboradores.

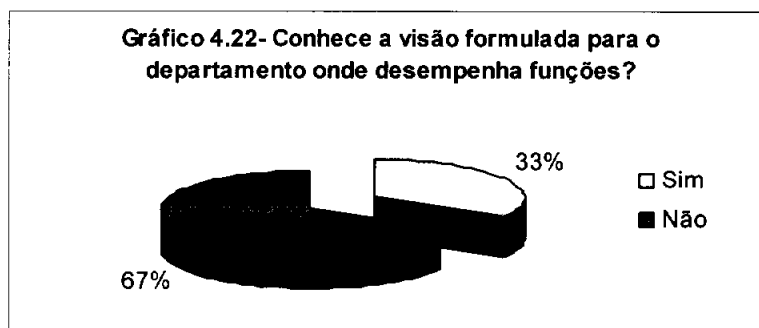
Neste sentido, considerou-se importante efectuar o diagnóstico relativamente às questões sobre a missão, visão, valores e objectivos estratégicos definidos e defendidos pela UCIP do Hospital do SAMS e ainda o tipo de liderança do departamento, na perspectiva do responsável.

4.2.2.1 Missão, visão e valores (Subcritério 1.1)

O subcritério 1.1 do modelo CAF aborda os aspectos mais importantes sobre a missão, visão e valores de um departamento, se estão claramente identificados e se são de conhecimento dos responsáveis, colaboradores e clientes.

Foram elaboradas 6 questões com vista a fazer um diagnóstico sobre o conhecimento dos responsáveis do departamento acerca destes indicadores e, de acordo com os resultados, verifica-se que todos os responsáveis conhecem a missão do departamento onde exercem funções. Após a análise dos questionários e relativamente à questão “Indique resumidamente, a missão do departamento onde desempenha funções?”, conclui-se que todas as respostas estão direccionadas para a prestação de cuidados diferenciados a doentes críticos, em situação de instabilidade hemodinamica ou que requeiram maior vigilância médica, assegurando desta forma a retaguarda de um serviço de urgência aberto 24h/dia.

Relativamente à visão formulada para o departamento e de acordo com os resultados obtidos (Gráfico 4.22), verifica-se que 67% dos responsáveis negam conhecer a sua existência e só 33% referem conhecer a visão formulada para o departamento.



Fonte – Excel 2003

Tabela 4.38 Categoria profissional versus conhecimento da visão

		Categoria Profissional			
			Enfermeiro	Médico	Total
Conhece a visão formulada para o departamento onde desempenha funções?	Sim	Count	0	1	1
		% of Total	,0%	33,3%	33,3%
	Não	Count	2	0	2
		% of Total	66,7%	,0%	66,7%
	Total	Count	2	1	3
		% of Total	66,7%	33,3%	100,0%

Fonte – SPSS 16.0

Após a análise da Tabela 4.38, conclui-se que só os médicos responsáveis conhecem a visão formulada para o departamento.

Tabela 4.39 Chi-Square Tests ou Teste Qui-quadrado

	Value	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,0	,083
N of Valid Cases	3	

Fonte – SPSS 16.0

Assim, para um nível de significância de 5% e no que diz respeito à dependência que a categoria profissional tem sobre o conhecimento da visão formulada para

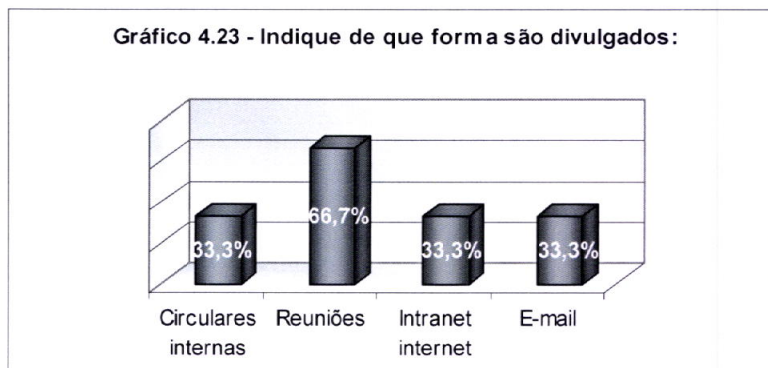
o departamento, pode-se afirmar que estes dois factores não são dependentes (Tabela 4.39).

Relativamente à construção da missão e visão, 67% dos responsáveis responderam que não contribuíram de nenhuma forma para a sua construção, apenas 33% responderam afirmativamente, referindo ter participado em reuniões onde foi definido a missão e visão. (cf. Tabela 6.6 e 6.7 do Apêndice 6).

A salientar que os respondentes (33%) que afirmaram contribuir para a construção da missão e visão pertencem à classe médica, negando os enfermeiros contribuírem para essa construção (cf. Tabela 6.8 Apêndice 6).

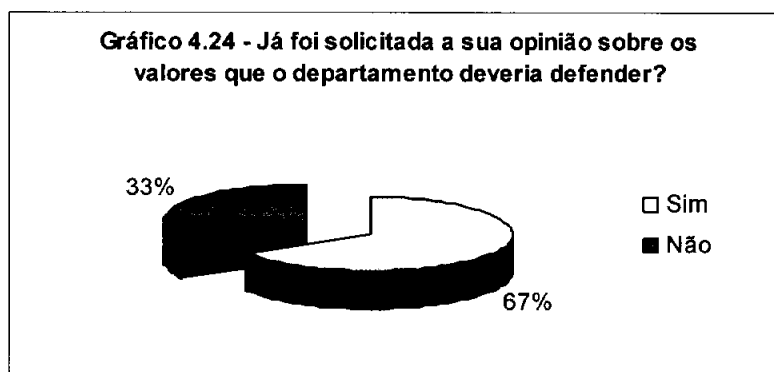
No que diz respeito aos valores defendidos para o departamento, os responsáveis referiram que esses valores passam pelo respeito ao doente e pela excelência dos cuidados prestados ao doente e família, tendo em conta a optimização dos recursos humanos e materiais, com vista à rentabilização dos mesmos.

Relativamente à pergunta: “Comunica a missão, visão e valores a todos os colaboradores do departamento onde desempenha funções?”, os responsáveis foram unânimes em responder afirmativamente (100%). Ao analisar-se o Gráfico 4.23, pode-se concluir que estes conceitos são divulgados através de reuniões (66,7%) e também com alguma frequência através de circulares internas, intranet/internet e e-mail (ambos 33,3%).



Fonte – Excel 2003

No que respeita à opinião dos responsáveis em relação aos valores que o departamento deveria defender, 66,7% dos responsáveis referem já lhe ter sido solicitada essa opinião e 33,3% negam a sua participação na definição de valores para a UCIP (Gráfico 4.24).



Fonte – Excel 2003

4.2.2.2 Sistema de gestão (Subcritério 1.2)

Neste subcritério “Sistema de Gestão” pretende-se realizar um diagnóstico sobre as medidas implementadas pelo responsável do departamento para desenvolver um sistema de gestão. Foi questionado aos responsáveis de que forma é feita a gestão no seu departamento, fornecendo-lhes de seguida alguns indicadores importantes na definição de um sistema de gestão, representados na Tabela 4.40.

Tabela 4.40 De que forma é feita a gestão no seu departamento?

		Nunca	Raramente	Frequentemente	Sempre	Indeciso
Clara definição das funções, responsabilidades e autonomia	Count	0	1	2	0	0
	%	0%	33,3%	66,7%	0%	0%
Objectivos mensuráveis	Count	0	2	1	0	0
	%	0%	66,7%	33,3%	0%	0%
Participação no processo de definição dos objectivos	Count	0	1	2	0	0
	%	0%	33,3%	66,7%	0%	0%
Auditorias internas e/ou avaliações	Count	2	1	0	0	0
	%	66,7%	33,3%	0%	0%	0%
Existências de sistemas de informação	Count	1	0	2	0	0
	%	33,3%	0%	66,7%	0%	0%
Plano de acção da qualidade para o departamento	Count	3	0	0	0	0
	%	100%	0%	0%	0%	0%
Relatório anual da qualidade do departamento	Count	3	0	0	0	0
	%	100%	0%	0%	0%	0%
Manual da qualidade	Count	3	0	0	0	0
	%	100%	0%	0%	0%	0%
Sistema de medição de avaliação de desempenho	Count	3	0	0	0	0
	%	100%	0%	0%	0%	0%

Fonte – SPSS 16.0

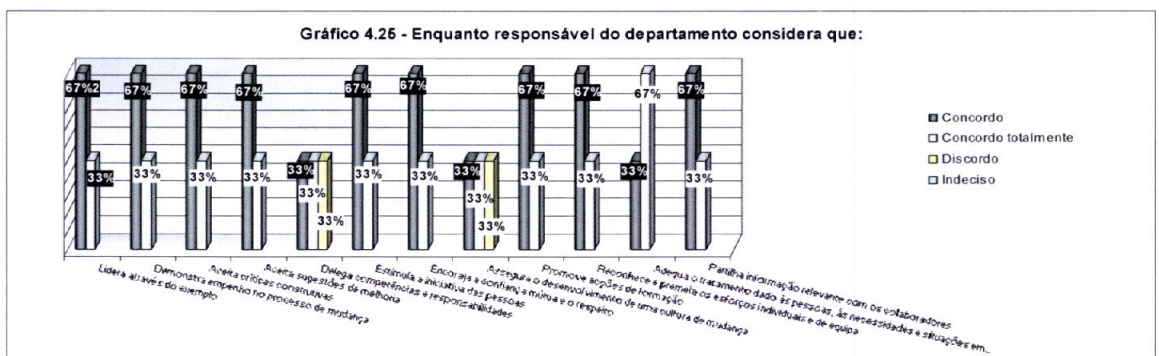
Após análise da Tabela 4.40, conclui-se que existe alguma divergência de opiniões em alguns indicadores, nomeadamente na “Existência de sistemas de informação” em que 66,7% afirmam existir e 33,3% negam a sua existência. Em relação aos indicadores, “Auditorias internas e/ou avaliações”; “Plano de acção da qualidade para o departamento”; “Relatório anual da qualidade do departamento”; “Manual da qualidade” e “Sistema de medição de avaliação de desempenho”, todos os responsáveis negam a sua existência. Nos restantes indicadores, existe também alguma discordância, com 33,3% dos responsáveis respondentes a negar a existência e 66,7% a afirmar a existência de algumas medidas, tais como “Clara definição das funções, responsabilidades e autonomia” e “Participação no processo de definição dos objectivos”.

O sistema de gestão é sem duvida um ponto fraco do departamento e que merece ser alvo de uma avaliação e implementação mais cuidada, uma vez que faltam mecanismos e sistemas importantes e mensuráveis de avaliação e de gestão da qualidade total.

4.2.2.3 Liderar servindo de modelo (Subcritério 1.3)

Neste ponto são avaliados os seguintes itens: estilos de liderança utilizados na actividade dos responsáveis e iniciativas para a motivação dos colaboradores. Foram então elaboradas 2 perguntas com a finalidade de conhecer a opinião dos responsáveis acerca da sua própria liderança.

No Gráfico 4.25, apresenta-se as respostas dadas pelos responsáveis da UCIP no que respeita ao tipo de liderança, respondendo desta forma à questão “Lidera servindo de exemplo?”.



Fonte – Excel 2003

Dos resultados apresentados no gráfico, conclui-se que o estilo de liderança apresentada por cada responsável, motiva os colaboradores, lideram com base no exemplo, aceitando críticas e sugestões de melhoria, demonstrando de igual modo empenho no processo de mudança, encorajando a confiança mútua e o respeito. A salientar que existem dois indicadores onde existe maior discórdia entre as respostas dadas, que são: “Delega competências e responsabilidades” e “Assegura o desenvolvimento de uma cultura de mudança”.

Foi ainda questionado aos responsáveis: “Como classifica, quanto ao grau de importância, as seguintes iniciativas para a motivação dos seus colaboradores:”, o Gráfico 4.26, resume as respostas quanto ao grau de importância dadas pelos responsáveis respondentes.



Fonte – Excel 2003

Pela análise do Gráfico 4.26, verifica-se que os responsáveis da UCIP são unânimes em atribuir grande importância na constituição de grupos de trabalho para identificação de processos críticos e propostas de soluções e na responsabilização das pessoas pelo trabalho. Salienta-se que 33,3% atribuem pouca importância à flexibilidade de horário e à participação em acções de formação como forma de motivação para os colaboradores.

Síntese

Relativamente à missão da UCIP, embora todos os responsáveis afirmem conhecer, as repostas foram variadas, podendo-se concluir que a missão não está devidamente definida, assim como os objectivos estratégicos do departamento, onde apenas 33,3% dos responsáveis dizem conhecer. A construção da missão e da visão do departamento, segundo os respondentes, não passa pela sua opinião.

Todos os responsáveis respondentes são unânimes em responder que os valores defendidos pelo departamento passam pelo respeito ao doente e pela excelência dos cuidados prestados ao doente e família. Saliencia-se que esses valores foram definidos com a participação dos responsáveis.

No que respeita ao sistema de gestão, conclui-se que deve ser alvo de um processo de melhoria, uma vez que se observa a inexistência de indicadores como: “auditorias internas e/ou avaliações”, “plano de acção da qualidade para o departamento”, “relatório anual da qualidade do departamento”, “manual da qualidade” e, “sistema de medição de avaliação de desempenho”.

O sistema de gestão é, sem dúvida, um ponto fraco do departamento.

O estilo de liderança apresentado por cada responsável respondente, é com base no exemplo, aceitando críticas e sugestões de melhoria, demonstrando de igual modo empenho no processo de mudança, encorajando a confiança mútua e o respeito.

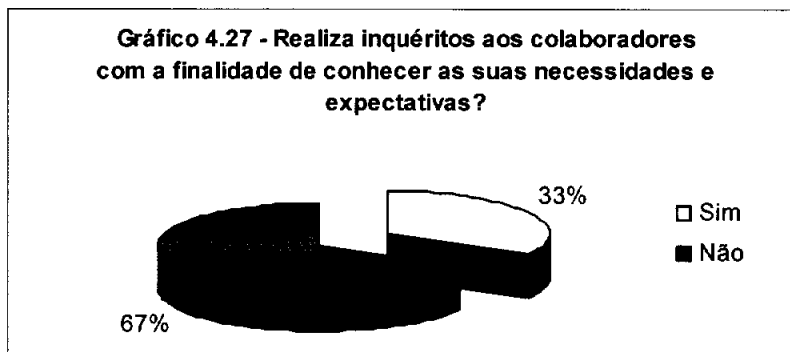
Cabe ao responsável a implementação das iniciativas e dos incentivos que promovam a criatividade e o desempenho das pessoas, que considera relevantes para a motivação dos colaboradores. Os incentivos à sua criatividade e ao desempenho das pessoas estão identificados, constituindo um ponto forte do departamento.

4.2.3 Planeamento e estratégia (Critério 2)

A política e estratégia de um departamento devem estar de acordo com a cultura e a estrutura desse mesmo departamento. As actividades planeadas, devem ir ao encontro das prioridades e orientações definidas, em função das necessidades sentidas pelas partes interessadas, e devem reflectir a forma como o departamento se propõe a atingir os objectivos estipulados. Por outro lado, a política e estratégia de um departamento deve ser avaliada com frequência, bem como os seus processos, demonstrando a sua coerência e adequação, face ao contexto situacional.

4.2.3.1 Necessidades presentes e futuras (Subcritério 2.1)

Segundo este subcritério, os responsáveis do departamento devem tentar obter informação relacionada com as necessidades presentes e futuras dos colaboradores, para isso é importante que sejam realizados inquéritos com a finalidade de conhecer as suas necessidades e expectativas. O Gráfico 4.27 é representativo das respostas obtidas, junto dos responsáveis da UCIP.



Fonte – Excel 2003

Da análise efectuada, verifica-se que só 33% dos responsáveis respondentes afirmam realizar inquéritos para identificar necessidades e expectativas dos seus colaboradores, referem ainda realizar inquéritos 1 vez por ano (cf. Tabela 6.9, Apêndice 6). Por outro lado, os restantes 67% negam a realização de inquéritos.

Os responsáveis respondentes que referem realizar inquéritos para conhecer as necessidades e expectativas dos seus colaboradores são enfermeiros, relativamente aos médicos nada é feito para conhecer as necessidades e expectativas futuras dos colaboradores (Tabela 4.41).

Tabela 4.41 Categoria profissional versus diagnóstico de necessidades e expectativas dos colaboradores

		Categoria Profissional			
		Enfermeiro	Médico	Total	
São realizados inquéritos aos colaboradores com finalidade de conhecer as suas necessidades e expectativas?	Sim	Count	1	0	1
		% of Total	33,3%	,0%	33,3%
	Não	Count	1	1	2
		% of Total	33,3%	33,3%	66,7%
	Total	Count	2	1	3
		% of Total	66,7%	33,3%	100,0%

Fonte – SPSS 16.0

Tabela 4.42 Chi-Square Tests ou Teste Qui-quadrado

	Value	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,750	,386
N of Valid Cases	3	

Fonte – SPSS 16.0

Assumindo um nível de significância de 5%, a realização de inquéritos para identificar necessidades e expectativas não depende da categoria profissional dos respondentes, dado que a significância associada ao valor dos testes de independência do qui-quadrado são superiores a 0,05. (Tabela 4.42)

4.2.3.2 Desenvolver, rever e actualizar (Subcritério 2.2)

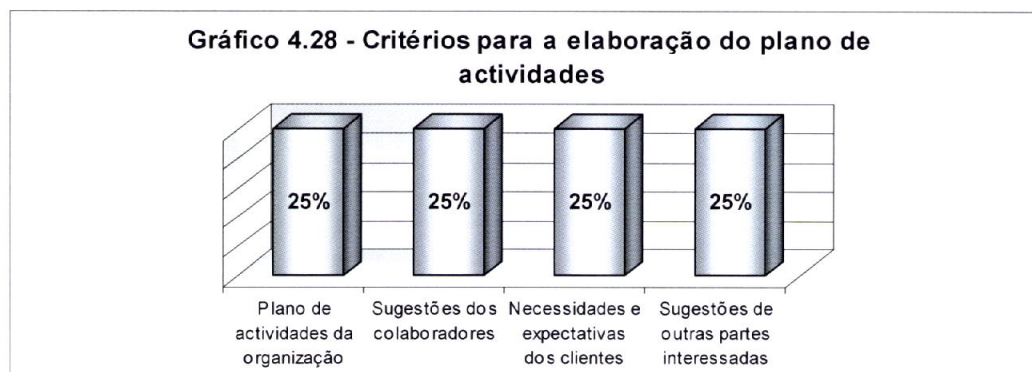
Neste item pretende-se perceber se o departamento envolve as partes interessadas no processo de definição, revisão e actualização do planeamento e estratégia e se dão prioridade às suas necessidades e expectativas. Para isso, foi questionado aos responsáveis se participavam no processo de elaboração do plano de actividades do departamento e quais eram os critérios usados. Analisando a Tabela 4.43 e o Gráfico 4.28 conclui-se que só 33,3% dos responsáveis afirmam participar nesse processo.

Também referem que o plano de actividades da organização, as sugestões dos colaboradores, as necessidades e expectativas dos clientes e as sugestões de outras partes interessadas, nomeadamente fornecedores ou outros departamentos da instituição, são os critérios essenciais na elaboração do plano de actividades e definição de estratégias do departamento.

Tabela 4.43 Participa no processo de elaboração do plano de actividades do departamento?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	1	33,3	33,3	33,3
	Não	2	66,7	66,7	100,0
	Total	3	100,0	100,0	

Fonte – SPSS 16.0



Fonte – Excel 2003

4.2.3.3 Avaliar estratégias (Subcritério 2.3)

O responsável deve tomar medidas que visem a implementação do planeamento e estratégias do departamento, para isso foi questionado aos responsáveis quais as medidas tomadas.

Tabela 4.44 No processo de implementação do planeamento e estratégia no departamento que medidas são tomadas relativamente?

		Nunca	Raramente	Frequentemente	Indeciso
Negociação com os colaboradores relativamente às prioridades	Count	0	1	0	1
	%	0%	33,3%	0%	33,3%
Consenso interno	Count	0	0	1	1
	%	0%	0%	33,3%	33,3%
Estabelecimento de um calendário	Count	0	0	1	1
	%	0%	0%	33,3%	33,3%
Definição de responsabilidades	Count	0	0	1	1
	%	0%	0%	33,3%	33,3%
Criação de canais de comunicação interna para a divulgação de objectivos e planos	Count	0	0	1	1
	%	0%	0%	33,3%	33,3%
Avaliação de desempenho	Count	1	1	0	0
	%	33,3%	33,3%	0%	0%

Fonte – SPSS 16.0

Da interpretação da informação presente na Tabela 4.44, constata-se que o processo de implementação do planeamento e estratégia tem muitas deficiências que são sentidas pelos responsáveis e que transparecem nas suas respostas, Salienta-se que 33,3% dos respondentes não respondeu a esta questão e os outros (66,7%) não são unânimes nas suas respostas. Salienta-se o facto de todos os responsáveis respondentes negarem a existência de medidas como avaliação de desempenho e negociação com os colaboradores relativamente às prioridades.

Síntese

De acordo com os resultados anteriormente descritos, verifica-se que apenas 33,3% dos responsáveis realizam inquéritos aos colaboradores com a finalidade de conhecer as suas necessidades e expectativas. Esses inquéritos são realizados anualmente.

A realçar é o facto de 66,7% dos responsáveis negarem a participação no processo de elaboração do plano de actividades e da definição de estratégias e apenas 33,3% confirmam a sua participação, referindo ainda que os critérios utilizados são baseados no plano de actividades da organização, nas sugestões dadas pelos colaboradores, nas necessidades e expectativas dos clientes e ainda em algumas sugestões dadas por outras partes interessadas.

Por último, foi ainda solicitado aos responsáveis do departamento que referissem quais as medidas tomadas no processo de implementação do planeamento e estratégia para o departamento. Nesta última questão, 33,3% não responderam, os restantes não foram unânimes nas suas respostas, concluindo-se que este indicador pode ser um dos pontos fracos sugestivos de melhoria no departamento.

4.2.4 Pessoas (Critério 3)

Neste critério pretende-se avaliar o que o departamento faz para gerir as suas políticas de gestão dos recursos humanos, desenhando sempre que seja vantajoso ou apropriado, novas formas de aumentar a sua autonomia de acção, optimizando o potencial do seus colaboradores.

4.2.4.1 Planear, gerir e melhorar os recursos humanos (Subcritério 3.1)

Neste item pretende-se avaliar a forma como o departamento planeia, gere e melhora os recursos humanos em sintonia com o planeamento estratégico, para isso foram definidos vários indicadores: análise de carências actuais e futuras de recursos humanos, tendo em conta as necessidades e expectativas das partes

interessadas; articulação de actividades, funções e responsabilidades, entre outros.

Relativamente à questão “Considera que a política de gestão de recursos humanos existentes no organismo está adequada às necessidades do departamento?”, as respostas foram muito diferentes, com 33,3% a referir muito adequado, 33,3% pouco adequado e os restantes 33,3% omitiram a sua opinião, conforme demonstrado na Tabela 4.45.

Tabela 4.45 Considera que a política de gestão de recursos humanos existentes no organismo está adequada às necessidades do departamento?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pouco Adequado	1	33,3	50,0	50,0
	Muito Adequado	1	33,3	50,0	100,0
	Total	2	66,7	100,0	
Missing	System	1	33,3		
Total		3	100,0		

Fonte – SPSS 16.0

Para se atingir os objectivos defendidos pelo departamento é fundamental a existência de recursos humanos qualificados, apesar de 33,3% dos respondentes referir não ter os recursos humanos necessários, os restantes 66,7% responde favoravelmente à existência desses recursos. Para os respondentes que negaram a sua existência apresentaram como possível causa, a falta de intercâmbio de elementos de forma a motivar a restante equipa (cf. Tabelas 6.10, Apêndice 6).

Por último, foi questionado de que forma os responsáveis analisavam as carências actuais e futuras dos seus colaboradores. Na apreciação da Tabela 4.46 pode-se verificar que só em dois indicadores é que as respostas são coincidentes, na observação directa em que 33,3% refere ser “frequente” e 66,7% refere ser “sempre”, e nas reuniões periódicas em que 100% dos responsáveis afirmam ser “frequentemente”. Ainda a salientar que relativamente aos inquéritos aos colaboradores, 66,7% concordam que raramente são realizados e 33,3% omitiram a resposta.

Tabela 4.46 De que forma analisa as carências actuais e futuras dos recursos humanos existentes no departamento?

		Nunca	Raramente	Frequentemente	Sempre	Indeciso
Observação directa	Count	0	0	1	2	0
	%	0%	0%	33,3%	66,7%	0%
Inquérito aos colaboradores	Count	0	2	0	0	0
	%	0%	66,7%	0%	0%	0%
Avaliação de desempenho	Count	2	0	1	0	0
	%	66,7%	0%	33,3%	0%	0%
Reuniões periódicas	Count	0	0	3	0	0
	%	0%	0%	100%	0%	0%
Sistema de sugestões	Count	0	1	2	0	0
	%	0%	33,3%	66,7%	0%	0%

Fonte – SPSS 16.0

4.2.4.2 Competências versus metas e objectivos (Subcritério 3.2)

Neste subcritério pretende-se avaliar o que o departamento e seus responsáveis fazem para identificar, desenvolver e usar as competências dos colaboradores em articulação com os objectivos e metas do departamento, individuais e de equipa. Após se ter estabelecido alguns indicadores importantes para um correcto diagnóstico, foram elaboradas 2 questões.

No que diz respeito às aptidões e competências pessoais dos colaboradores, (Tabela 4.47), há que referir o seguinte: todos os responsáveis respondentes afirmaram que proporcionam formação interna e externa numa tentativa de desenvolver aptidões e novas competências dos colaboradores. Contudo, também se pode verificar que relativamente à formação de equipas de trabalho em qualidade e à existência de um orçamento para a gestão da qualidade, todos os responsáveis dizem desconhecer a sua existência.

Tabela 4.47 Quais as iniciativas levadas a cabo para desenvolver aptidões e novas competências dos colaboradores do departamento?

		Nunca	Raramente	Frequentemente	Indeciso
Formação interna	Count	0	0	3	0
	%	0%	0%	100%	0%
Formação externa	Count	0	0	3	0
	%	0%	0%	100%	0%
Apoio de especialistas na área da qualidade	Count	2	0	1	0
	%	66,7%	0%	33,3%	0%
Formação de equipas de trabalho em qualidade	Count	3	0	0	0
	%	100%	0%	0%	0%
Existência de um orçamento para a gestão da qualidade no departamento	Count	3	0	0	0
	%	100%	0%	0%	0%
Feedback a todos os colaboradores sobre os resultados alcançados	Count	1	0	2	0
	%	33,3%	0%	66,7%	0%

Fonte – SPSS 16.0

Contudo, visto ser uma amostra constituída por 2 classes profissionais, é importante perceber se existe relação entre a categoria profissional e as iniciativas desenvolvidas para atingir novas competências e aptidões. Ao analisar-se a Tabela 4.48 conclui-se que, relativamente ao “apoio de especialistas na área da qualidade” os enfermeiros (66,7%) são unânimes em negar a sua existência, contudo 33,3%, correspondente à classe médica afirma que existe esse apoio frequentemente: Contudo, em relação ao “feedback a todos os colaboradores sobre os resultados alcançados”, 66,7% correspondente aos enfermeiros, referem fazê-lo com frequência enquanto que 33,3% negam fazê-lo.

Tabela 4.48 Categoria profissional versus iniciativas desenvolvidas para novas competências e aptidões.

	Categoria profissional Percent		Nunca	Raramente	Indeciso	Frequentemente	Sempre	Total	x ²
Apoio de especialistas na área da qualidade	Enf ^a	Count % of total	2 66,7%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	2 66,7%	Value 3,0 Asymp Sig 0,83
	Médico	Count % of total	0 0%	0 0%	0 0%	1 33,3%	0 0%	1 33,3%	
Formação de equipas de trabalho em qualidade	Enf ^a	Count % of total	2 66,7%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	2 66,7%	Value Asymp Sig
	Médico	Count % of total	1 33,3%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	1 33,3%	
Existência de um orçamento para a gestão da qualidade no departamento	Enf ^a	Count % of total	2 66,7%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	2 66,7%	Value Asymp Sig
	Médico	Count % of total	1 33,3%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	1 33,3%	
Feedback a todos os colaboradores sobre os resultados alcançados	Enf ^a	Count % of total	0 0%	0 0%	0 0%	2 66,7%	0 0%	2 66,7%	Value 3,0 Asymp Sig 0,083
	Médico	Count % of total	1 33,3%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	1 33,3%	
Formação Interna	Enf ^a	Count % of total	0 0%	0 0%	0 0%	2 66,7%	0 0%	2 66,7%	Value Asymp Sig
	Médico	Count % of total	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	

Fonte – SPSS 16.0

Quando pedida a opinião sobre a forma como é elaborado o plano de formação do departamento, obteve-se respostas unânimes, à excepção do item que questiona se o plano de formação é elaborado tendo em conta as propostas do departamento de formação, dado que 33,3% confirmam e igualmente 33,3%

negam, afirmando desconhecer a sua existência (Tabela 4.49). Só se obteve 66,7% das respostas, uma vez que 33,3% não responderam a esta questão.

Tabela 4.49 De que forma é elaborado o plano de formação no departamento?

		Nunca	Raramente	Frequentemente	Sempre	Indeciso
Necessidades organizacionais	Count	0	2	0	0	0
	%	0%	66,7%	0%	0%	0%
Necessidades do departamento	Count	0	0	2	0	0
	%	0%	0%	66,7%	0%	0%
Necessidades pessoais	Count	0	0	2	0	0
	%	0%	0%	66,7%	0%	0%
Proposta do departamento de formação	Count	1	0	0	1	0
	%	33,3%	0%	0%	33,3%	0%
Proposta do responsável do departamento	Count	0	0	2	0	0
	%	0%	0%	66,7%	0%	0%

Fonte – SPSS 16.0

4.2.4.3 Delegação de responsabilidades (Subcritério 3.3)

Neste subcritério pretende-se avaliar se existe uma cultura de responsabilidade e envolvimento dos colaboradores na definição de planos e estratégias, na concepção de processos e na identificação e implementação de actividades de melhoria.

Numa primeira questão, foi inquirido aos responsáveis com que frequência os colaboradores são envolvidos nas actividades de melhoria, após análise da Tabela 4.50, conclui-se que são referentes a 2 indicadores: grupos de qualidade e reuniões de *brainstorming*. Neste sentido, os responsáveis respondentes são unânimes em referir que na primeira nunca é feito e na segunda são realizados frequentemente. Em relação aos restantes indicadores 33,3% não deram a sua opinião e os restantes 66,7% têm opiniões contrárias.

Tabela 4.50 Com que frequência os colaboradores são envolvidos nas actividades de melhoria?

		Nunca	Raramente	Frequentemente	Indeciso
Grupos de Qualidade	Count	3	0	0	0
	%	100%	0%	0%	0%
Grupos de trabalho para identificação de processos críticos e desenvolvimento de soluções	Count	0	1	1	0
	%	0%	33,3%	33,3%	0%
Reuniões de <i>brainstorming</i>	Count	0	0	3	0
	%	0%	0%	100%	0%
Sistemas de sugestões	Count	0	1	1	0
	%	0%	33,3%	33,3%	0%
Reuniões sobre os objectivos do departamento	Count	0	1	1	0
	%	0%	33,3%	33,3%	0%
Participação na definição de planos e estratégias	Count	0	1	1	0
	%	0%	33,3%	33,3%	0%

Fonte – SPSS 16.0

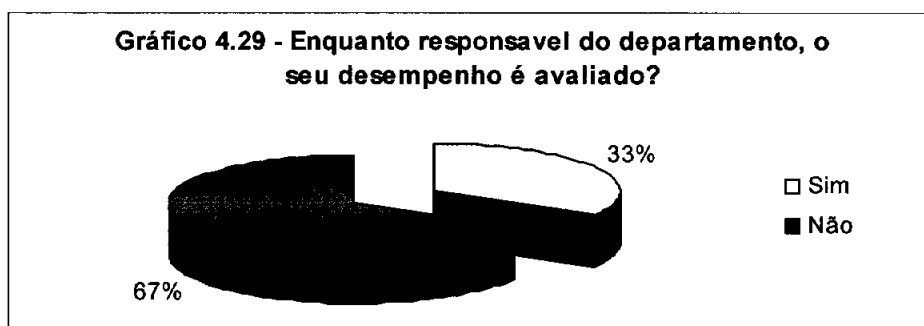
Em relação ao modo como os colaboradores são responsabilizados, mais uma vez se observa respostas contraditórias, tendo-se observado que 100% negaram a existência de avaliação de desempenho (Tabela 4.51).

Tabela 4.51 De que modo os colaboradores são responsabilizados?

		Nunca	Raramente	Frequentemente	Indeciso
Objectivos individuais definidos com o responsável do departamento	Count	0	1	1	0
	%	0%	33,3%	33,3%	0%
Delegação de competências	Count	0	1	1	0
	%	0%	33,3%	33,3%	0%
Avaliação de desempenho	Count	3	0	0	0
	%	100%	0%	0%	0%

Fonte – SPSS 16.0

Por último, foi questionado se o seu desempenho enquanto responsável do departamento era avaliado, 33,3% confirmaram existir essa avaliação enquanto 66,7% negaram a sua existência, como se consegue visualizar no Gráfico 4.29.



Fonte – Excel 2003

Os 33,3% que afirmam ser avaliado o seu desempenho refere ser com intervalos de 1 ano (cf. Tabela 6.11, Apêndice 6).

Síntese

Relativamente há forma como os responsáveis gerem, desenvolvem e promovem todo o potencial dos seus colaboradores, depois de ser feita uma análise às respostas dadas, pode concluir-se que a maioria (66,7%) afirma ter os recursos humanos adequados às necessidades do departamento e 33,3% negam essa existência.

Os responsáveis do departamento têm opiniões diferentes em relação às políticas existentes no organismo e a sua adequação com as necessidades do departamento, esta discordância pode levantar dúvidas relativamente às políticas existentes, se estão bem definidas, se são comunicadas a todos os departamentos, entre outras.

A análise das carências actuais e futuras dos recursos humanos é uma realidade. Contudo, verifica-se que é realizada através da observação directa, das reuniões periódicas e através de sistemas de sugestões.

Relativamente às iniciativas levadas a cabo para desenvolver aptidões e novas competências, os responsáveis são unânimes em referir a formação interna e externa a mais utilizada e, de igual modo, referem a inexistência de iniciativas na área da qualidade. No que diz respeito ao plano de formação, são atendidas as necessidades do departamento e dos colaboradores na sua elaboração, tendo também em conta a proposta do responsável do departamento.

No que diz respeito às actividades de melhoria, muito há a concretizar dado que os colaboradores ainda são pouco envolvidos. Contudo, as reuniões de *brainstorming* são uma realidade frequente no departamento, permitindo através de recolha de ideias identificar causas ou soluções para um eventual problema.

A inexistência da avaliação de desempenho constitui um ponto fraco do departamento. Uma forma de os colaboradores serem responsabilizados é através da definição de objectivos e depois com a avaliação desses objectivos. Contudo, no departamento 33,3% dos responsáveis referem que são estabelecidos objectivos individuais com o colaborador não havendo referência a uma avaliação e 33,3% afirma delegar competências.

A avaliação das chefias é uma realidade inexistente para 66,7% dos responsáveis respondentes.

4.2.5 Parcerias e recursos (Critério 4)

Neste critério irá avaliar-se a forma como o departamento gere os recursos internos de forma a garantir a prossecução da política e da estratégia e o eficaz funcionamento dos processos.

4.2.5.1 Gerir tecnologia (Subcritério 4.5)

Analisando a informação documentada na Tabela 4.52 verifica-se que todos os responsáveis respondentes referem ter à sua disposição os meios tecnológicos necessários para o bom desenvolvimento do seu trabalho.

Tabela 4.52 Considera que tem à sua disposição os meios tecnológicos necessários para o bom desenvolvimento do seu trabalho?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	3	100,0	100,0	100,0

Tabela – SPSS 16.0

4.2.6 Processos (Critério 5)

Por último, apresenta-se a forma como os responsáveis do departamento concebem, gerem e melhoram os seus processos de modo a apoiar e inovar a política e a estratégia definidas, garantindo desta forma a plena satisfação e produzir mais valias para os seus utentes e outras partes interessadas.

4.1.6.1 Identificação e melhoria de processos (Subcritério 5.1)

Ao nível da gestão dos processos e da mudança, nomeadamente no que respeita à melhoria dos próprios processos, formulou-se a seguinte pergunta: “Na sequência da detecção de falhas nos circuitos dos processos, com que frequência são tomadas as seguintes medidas?”.

Tabela 4.53 Na sequência da detecção de falhas nos circuitos dos processos, com que frequência são tomadas as seguintes medidas?

		Nunca	Raramente	Frequentemente	Sempre	Indeciso
Constituição de grupos de trabalho para identificação de falhas e desenvolvimento de propostas de soluções	Count	0	1	2	0	0
	%	0%	33,3%	66,7%	0%	0%
Reuniões de <i>brainstorming</i>	Count	0	0	2	1	0
	%	0%	0%	66,7%	33,3%	0%
Participação de outros departamentos da organização na definição de circuitos adequados aos resultados pretendidos	Count	1	0	1	0	0
	%	33,3%	0%	33,3%	0%	0%

Fonte - SPSS 16.0

Da análise dos dados apresentados anteriormente, conclui-se os responsáveis afirmam realizar reuniões de trabalho com os colaboradores para encontrar soluções (*brainstorming*), 66,7% frequentemente e 33,3% sempre. Salienta-se ainda que 66,7% constituem grupos de trabalho para identificação de falhas e desenvolvimento de propostas de soluções frequentemente, 33,3% afirmam ser raro. Em relação, à participação de outros departamentos da organização na definição de circuitos adequados aos resultados pretendidos, 33,3% nega e outros 33,3% afirma ser frequente.

Em relação à avaliação dos resultados após novos procedimentos, as respostas são contraditórias, 33,3% refere existir, igual percentagem desconhece a sua existência e os restantes não responderam (*cf.* Tabela 6.12, Apêndice 6). Apesar de a avaliação não estar bem definida, os responsáveis concordam em afirmar que são definidas responsabilidades individuais após a adopção de novos procedimentos, relativamente a tarefas e aos resultados esperados (*cf.* Tabela 6.13, Apêndice 6).

Relativamente à identificação de falhas e melhorias nos processos, muito existe para fazer no departamento. É necessário que todos os colaboradores sejam responsabilizados por novos procedimentos, os resultados esperados. Porém, para que estes sejam responsabilizados é necessário que seja efectuada uma avaliação de procedimentos, para se detectar falhas e posteriormente serem tomadas medidas.

4.2.6.2 Modernização e inovação (Subcritério 5.3)

Para avaliar este subcritério, foram formuladas 8 questões, relacionadas com a modernização e inovação de novos métodos de trabalho e a forma como os profissionais de saúde do departamento lidam com esse aspecto.

À excepção de 33,3%, os restantes responsáveis referem existir uma cultura de resistência à mudança (cf. Tabela 6.14, Apêndice 6). Perante esta resistência à mudança, torna-se importante perceber como é que os responsáveis do departamento incentivam os seus colaboradores a participar no processo de mudança. Após análise das respostas dadas, conclui-se que 66,7% são envolvidos no processo. Todos são unânimes em estabelecer objectivos de grupo, contudo, apenas 33,3% afirma estabelecer objectivos individuais (Tabela 4.54).

Tabela 4.54 Enquanto responsável do departamento, como incentiva os seus colaboradores a participar no processo de mudança?

		Nunca	Raramente	Frequentemente	Sempre	Indeciso
Envolvendo os colaboradores no processo	Count	0	1	1	1	0
	%	0%	33,3%	33,3%	33,3%	0%
Estabelecendo objectivos de grupo	Count	0	0	3	0	0
	%	0%	0%	100%	0%	0%
Estabelecendo objectivos individuais	Count	0	2	1	0	0
	%	0%	66,7%	33,3%	0%	0%

Tabela – SPSS 16.0

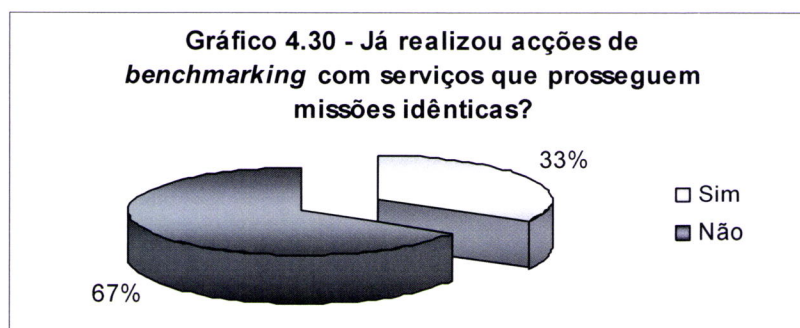
A forma como os colaboradores são preparados para um processo de mudança e melhoria contínua também se torna fundamental para incentivar a uma cultura de mudança. A maioria (66,7%) dos responsáveis respondentes, afirma proporcionar com frequência acções de formação para o uso das novas tecnologias de informação e comunicação e adequa as pessoas às novas competências (Tabela 4.55).

Tabela 4.55 Indique de que forma prepara os seus colaboradores para a mudança/ melhoria contínua do departamento?

		Nunca	Raramente	Frequentemente	Sempre	Indeciso
Adequação das pessoas às novas competências	Count	0	1	2	0	0
	%	0%	33,3%	66,7%	0%	0%
Acções de formação para o uso das novas tecnologias de informação e comunicação	Count	0	1	2	0	0
	%	0%	33,3%	66,7%	0%	0%
Acções de sensibilização para a Qualidade	Count	2	0	0	0	1
	%	66,7%	0%	0%	0%	33,3%

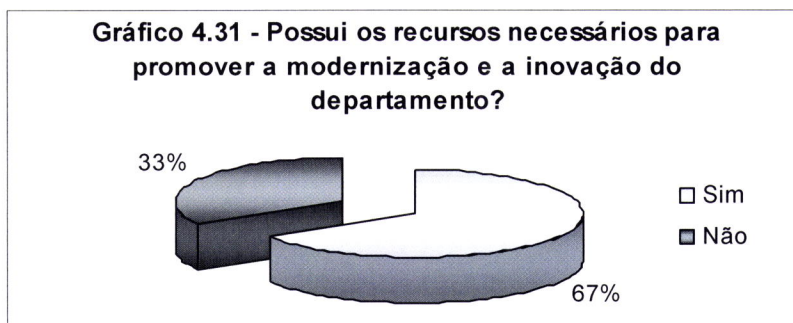
Tabela – SPSS 16.0

As acções de *benchmarking* podem ajudar os colaboradores a envolverem-se no processo de mudança, porque ajuda-os a ter uma visão de outros departamentos que prosseguem missões idênticas. Contudo, a utilização do *benchmarking* na UCIP está por explorar. Conforme se pode observar no Gráfico 4.30, apenas 33% referem realizar acções de *benchmarking*, os restantes negam a existência dessas reuniões.



Fonte – Excel 2003

A falta de recursos humanos qualificados e a falta de formação são dois indicadores apontados por 33,3% dos responsáveis, para a inexistência dos recursos humanos necessários para promover a modernização e a inovação do departamento (cf. Tabela 6.15, Apêndice 6). Os restantes responsáveis respondentes afirmam ter os recursos humanos necessários, conforme se pode observar no Gráfico 4.31.



Fonte – Excel 2003

Para que a modernização do departamento ocorra é necessário dotá-los de meios necessários considerados essenciais e envolvendo todas as partes no processo. Ao analisar-se a Tabela 4.56, conclui-se que, neste ponto há muito para concretizar, para além de existirem respostas contraditórias, verifica-se que não existe uma cultura de envolvimento no planeamento de mudança de todas as partes interessadas.

Tabela 4.56 Quem participa no planeamento de mudança?

		Nunca	Raramente	Frequentemente	Sempre	Indeciso
Responsáveis da organização	Count	0	1	0	0	1
	%	0%	33,3%	0%	0%	33,3%
Responsáveis do departamento	Count	0	0	1	1	1
	%	0%	0%	33,3%	33,3%	33,3%
Colaboradores	Count	0	0	1	1	1
	%	0%	0%	33,3%	33,3%	33,3%
Utentes/doentes	Count	2	0	1	0	0
	%	66,7%	0%	33,3%	0%	0%

Fonte – SPSS 16.0

A avaliação do processo de modernização deve ser clara, objectiva e mensurável. Mais uma vez se identifica um ponto fraco do departamento, uma vez que esta avaliação é feita apenas em reuniões periódicas, segundo referem 66,7% dos respondentes os outros 33,3% não identificam nenhuma forma de avaliação (*cf.* Tabela 6.16, Apêndice 6).

Relativamente há existência de escalas de indicadores internos, que possam ser utilizados para medir os resultados alcançados juntos dos utentes, apenas 33,3% referem existir essas escalas, identificando-as como o “Número de serviços prestados incorrectamente e/ou que tiveram que ser corrigidos”, os

restante 66,7% negam a existência desses indicadores (cf. Tabela 6.17 e 6.18, Apêndice 6).

Por último e para tentar perceber a opinião dos responsáveis acerca deste subcritério, foi solicitado que manifestassem a sua opinião, relativamente aos processos desenvolvidos no âmbito da Qualidade do departamento da UCIP do Hospital do SAMS, após análise das respostas e salientando desde já que a taxa de resposta foi de 100%, conclui-se que os processos em curso são de origem informal e internos, não sendo feito de forma sistematizada e formalizada com planificação, registos e avaliação. Porém, salienta-se que existe em curso, um documento para se iniciar o processo de avaliação de desempenho.

Síntese

Ao nível da gestão dos processos, nomeadamente no que se refere a serem implementadas medidas que visem corrigir falhas nos circuitos dos processos, verificou-se que 66,7% afirmam serem frequentemente constituídos grupos de trabalho para identificar falhas e desenvolver soluções, assim como reuniões de trabalho com todos os colaboradores. Contudo, só 33,3% referem existir avaliação de resultados após novos procedimentos, os restantes desconhecem a sua existência. Apesar de não existir avaliação de resultados, os responsáveis respondentes são unânimes em afirmar que são delegadas responsabilidades individuais aos colaboradores, relativamente a novos processos.

A resistência à mudança, identificada por 66,7% dos responsáveis respondentes pode ser um entrave à implementação de práticas de mudança. Apesar dessa resistência à mudança são efectuados esforços por parte dos responsáveis, na tentativa de incentivar os colaboradores no processo de mudança, nomeadamente com metas a atingir por parte do grupo, a nível individual pode-se fazer muito mais, envolvendo os colaboradores no processo, responsabilizando-os, aceitando sugestões e estabelecendo objectivos individuais. As acções de benchmarking podem ser uma peça fundamental para o processo de mudança do departamento, comparando desta forma os pontos fracos e fortes da UCIP com outros serviços da instituição ou de outra instituição,

incentivando desta forma todos os colaboradores a continuar a desenvolver um bom trabalho e melhorar os pontos fracos.

Um ponto forte a referir é a existência de recursos necessários para promover a modernização e a inovação do departamento.

O planeamento e a avaliação do processo de mudança são dois pontos que têm que ser trabalhados por parte dos responsáveis, envolvendo todas as partes interessadas e criando escalas internas, que procurem ajudar a medir os resultados alcançados.

Por último, foi pedido aos responsáveis que dessem a sua opinião acerca dos processos desenvolvidos no âmbito da qualidade na UCIP e de uma forma geral todos referem não existir um programa de qualidade organizacional, salientando que já está um em curso, assim como a existência de um documento com vista a iniciar-se a avaliação de desempenho, todos os outros procedimentos efectuados são tentativas de implementação informal de cultura de qualidade no departamento.

4.2.7 Grau de satisfação

De seguida apresenta-se os resultados dos responsáveis relativamente ao grau de satisfação. À semelhança do que já foi descrito nos colaboradores, esta parte do questionário também está dividida em 2 módulos, o grau de satisfação no que respeita à equipa multidisciplinar da UCIP do Hospital do SAMS e, por último, ao grau de satisfação do responsável à própria UCIP e ao Hospital do SAMS. Para uma melhor compreensão dos dados, o questionário de satisfação foi dividido em 4 partes: imagem global, onde se incluía questões sobre a equipa multidisciplinar da UCIP, a UCIP e o Hospital do SAMS; acessibilidades referentes à UCIP e ao Hospital do SAMS; produtos e serviços e, por último, condições de higiene e conforto da UCIP e do Hospital.

4.2.7.1 Imagem global

Relativamente à imagem global da equipa multidisciplinar da UCIP, do próprio departamento e do Hospital do SAMS, verifica-se que todos os responsáveis

(100%), se encontram satisfeitos, variando as suas respostas entre o “satisfeito” e o “muito satisfeito”. O facto de não existir nenhuma resposta desfavorável faz deste item um ponto positivo para o departamento.

Tabela 4.57 Grau de satisfação dos responsáveis referente à imagem global

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
Simpatia da equipa multidisciplinar	Count	0	0	2	1
	%	0%	0%	66,7%	33,3%
Igualdade no atendimento	Count	0	0	2	1
	%	0%	0%	66,7%	33,3%
Receptividade	Count	0	0	2	1
	%	0%	0%	66,7%	33,3%
Disponibilidade	Count	0	0	2	1
	%	0%	0%	66,7%	33,3%
Clareza da informação prestada	Count	0	0	2	1
	%	0%	0%	66,7%	33,3%
Competência e profissionalismo	Count	0	0	2	1
	%	0%	0%	66,7%	33,3%
Relacionamento da equipa multidisciplinar com o doente e família	Count	0	0	2	1
	%	0%	0%	66,7%	33,3%
Assistência disponibilizada ao doente e família	Count	0	0	2	1
	%	0%	0%	66,7%	33,3%
Imagem da UCIP	Count	0	0	2	0
	%	0%	0%	66,7%	0%
Imagem do Hospital do SAMS	Count	0	0	2	0
	%	0%	0%	66,7%	0%

Fonte – SPSS 16.0

4.2.7.2 Acessibilidades

Os responsáveis da UCIP mostraram-se satisfeitos com as acessibilidades do Hospital do SAMS, referindo 66,7% estarem “satisfeitos” e 33,3% “muito satisfeitos”. A salientar que em relação a este item mais uma vez nenhum respondente manifestou opinião negativa (Tabela 4.58).

Tabela 4.58 Grau de satisfação referente às acessibilidades

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Localização do Hospital do SAMS	Count	0	0	2	1
	%	0%	0%	66,7%	33,3%
Horários de visitas na UCIP	Count	0	0	2	1
	%	0%	0%	66,7%	33,3%
Tempos de espera para visitas, informações...	Count	0	0	2	1
	%	0%	0%	66,7%	33,3%

Fonte – SPSS 16.0

4.2.7.3 Produtos e serviços

De acordo com a Tabela 4.59 verifica-se que, todos os responsáveis, que responderam ao questionário, estão satisfeitos com os produtos e serviços prestados pela UCIP e pela equipa multidisciplinar. Mais uma vez é de salientar o facto de não haver nenhuma resposta negativa. No item “Flexibilidade e autonomia para resolver situações invulgares”, verifica-se que 33,3% não responderam, podendo concluir-se alguma incerteza dessa autonomia.

Tabela 4.59 Grau de satisfação dos responsáveis referente aos produtos e serviços

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Rapidez de resposta face às suas necessidades	Count	0	0	2	1
	%	0%	0%	66,7%	33,3%
Atendimento telefónico	Count	0	0	2	1
	%	0%	0%	66,7%	33,3%
Flexibilidade e autonomia para resolver situações invulgares	Count	0	0	1	1
	%	0%	0%	33,3%	33,3%
Informação disponibilizada ao doente e família	Count	0	0	2	1
	%	0%	0%	66,7%	33,3%
Qualidade global dos serviços prestados pela UCIP	Count	0	0	2	1
	%	0%	0%	66,7%	33,3%
Qualidade global do Hospital do SAMS	Count	0	0	2	1
	%	0%	0%	66,7%	33,3%

Fonte – SPSS 16.0

4.2.7.4 Condições de higiene e conforto

Este item, foi o único que suscitou respostas negativas por parte dos responsáveis respondentes, 33,3% referiram estar “insatisfeitos” em relação aos indicadores temperatura ambiente e ruído. Desta forma está-se perante 2 pontos fracos do departamento sugestivos de processos de melhoria.

Tabela 4.60 Grau de satisfação dos responsáveis referente às condições de higiene e conforto

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Limpeza e higiene	Count	0	0	1	2
	%	0%	0%	33,3%	66,7%
Conforto e comodidade	Count	0	0	2	1
	%	0%	0%	66,7%	33,3%
Temperatura ambiente	Count	0	1	2	0
	%	0%	33,3%	66,7%	0%
Ruído	Count	0	1	2	0
	%	0%	33,3%	66,7%	0%

Fonte – SPSS 16.0

4.2.8 Considerações Finais

Os responsáveis respondentes da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes do Hospital do SAMS são todos do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 42 e os 47 anos.

No âmbito do diagnóstico, uma das primeiras ilações extraídas foi que existe ainda um caminho substancial a percorrer sobre a forma como os responsáveis da UCIP são solicitados a opinar e a sugerir sobre a definição da missão e da visão, que sustentarão a longo prazo o sucesso dos serviços.

Os valores defendidos pelo departamento, passam pelo respeito ao doente e pela excelência dos cuidados prestados ao doente e família. Salienta-se que esses valores foram definidos com a participação dos responsáveis.

Devem ser melhorados os processos de comunicação e o envolvimento das partes interessadas no processo de elaboração do plano de actividades da organização e no diagnóstico das necessidades e expectativas dos colaboradores.

Os responsáveis do departamento têm opiniões diferentes em relação às políticas existentes no organismo e a sua adequação com as necessidades do departamento, esta discordância pode levantar dúvidas relativamente às políticas existentes, se estão bem definidas, se são comunicadas a todos os departamentos, entre outras.

Os responsáveis respondentes são unânimes em afirmar que as reuniões de *brainstorming* são uma realidade, existente no departamento.

Relativamente à identificação de falhas e melhorias nos processos, muito existe para fazer no departamento. É necessário que todos os colaboradores sejam responsabilizados por novos procedimentos, os resultados esperados. Porém, para que estes sejam responsabilizados é necessário que seja efectuada uma avaliação de procedimentos, para se detectar falhas e posteriormente serem tomadas medidas.

Relativamente às iniciativas levadas a cabo para desenvolver aptidões e novas competências, os responsáveis são unânimes em referir a formação interna e externa a mais utilizada e, de igual modo, referem a inexistência de iniciativas na área da qualidade.

A formação dos colaboradores ao longo da vida demonstra o interesse na actualização e aquisição de conhecimentos, a aprendizagem de novas formas de saber fazer, à implementação de boas práticas, entre outros benefícios para o colaborador e para o departamento, que investiu para ter quadros qualificados, capazes de se superarem para o alcance da excelência.

4.2.9 Matriz dos resultados e conclusões referente aos responsáveis

De seguida, apresenta-se um resumo dos resultados obtidos no questionário de diagnóstico e satisfação dos responsáveis da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes. Inicia-se com uma breve caracterização aos responsáveis respondentes da Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital do SAMS, de seguida proceder-se-á à análise dos resultados obtidos sobre a liderança, planeamento e estratégia, pessoas, parcerias e recursos e, processos, por último apresentar-se-á os resultados obtidos a nível da satisfação (Tabela 4.61).

Tabela 4.61 Matriz dos resultados e conclusões referente aos responsáveis

CARACTERIZAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS

Trata-se de uma população cujo perfil é definido por uma média de idades de 45 anos e são todos do sexo feminino (100%).
 Relativamente à categoria profissional verifica-se que 75% dos respondentes são enfermeiros e 25% são médicos, detendo 75% a licenciatura e 25% a pós-graduação. Os responsáveis têm uma média de anos de profissão de 22 anos, sendo que o tempo médio de experiência profissional na UCIP de 13 anos.
 A totalidade dos respondentes mantém com a instituição onde trabalha uma relação jurídica definitiva, ocupando um lugar de quadro, referem fazer horário completo e trabalham em regime de horário fixo.
 A salientar o facto de nenhum dos respondentes referir pertencer à comissão de qualidade do Hospital do SAMS

Questões	Resultados	Conclusões
----------	------------	------------

LIDERANÇA

Missão, visão e valores
Subcritério 1.1

Resumo: Evidenciar o que a liderança do departamento efectua para dar uma orientação ao departamento, desenvolvendo e comunicando a missão, visão e valores.

<p>♦ Indique, resumidamente, a missão do departamento onde desempenha funções?</p>	<p>♦ Todos os responsáveis da UCIP conhecem a missão do departamento.</p> <p>♦ São unânimes em afirmar que missão da UCIP passa pela prestação de cuidados diferenciados a doentes críticos, em situação de instabilidade hemodinâmica ou que requeiram maior vigilância médica, assegurando desta forma a retaguarda de um serviço de urgência aberto 24h/dia.</p>	<p>Os responsáveis têm consciência da missão e valores defendidos pelo departamento.</p> <p>A visão não está bem definida e não é devidamente comunicada aos responsáveis.</p> <p>Relativamente à construção da missão e visão não existe envolvimento, nem foi solicitada a opinião acerca dos objectivos estratégicos.</p> <p>Constitui sem dúvida um ponto fraco do departamento</p>
<p>♦ Conhece a visão formulada para o departamento onde desempenha funções?</p>	<p>♦ No que respeita à visão formulada para o departamento 67% referem desconhecer a sua existência.</p>	
<p>♦ Contribuiu de alguma forma para a construção da missão e visão do departamento onde desempenha funções?</p>	<p>♦ Relativamente à construção da missão e visão, 67% dos responsáveis responderam que não contribuíram de nenhuma forma para a sua construção, apenas 33% responderam afirmativamente, referindo ter participado em reuniões onde foi definido a missão e visão.</p>	
<p>♦ Enumere alguns valores defendidos para o departamento onde desempenha funções.</p>	<p>♦ Os responsáveis respondentes foram unânimes em referir que esses valores passam pelo respeito ao doente e pela excelência dos cuidados prestados ao doente e família, tendo em conta a optimização dos recursos humanos e materiais, com vista à rentabilização dos mesmos.</p>	
<p>♦ Comunica a missão, visão e valores a todos os colaboradores do departamento onde desempenha funções?</p>	<p>♦ Os responsáveis (100%) afirmam comunicar a missão, visão e valores através de reuniões (66,7%).</p>	
<p>♦ Já foi solicitada a sua opinião sobre os valores que o departamento deveria defender?</p>	<p>♦ No que respeita à solicitação de opinião sobre os valores vigentes na UCIP, 66,7% afirma que já lhe foi solicitada a sua opinião.</p>	

Sistema de gestão

Subcritério 1.2

Resumo: Pretende-se evidenciar o que a liderança do departamento efectiva para desenvolver e implementar um sistema de gestão.

<p>♦ De que forma é feita a gestão no seu departamento?</p>	<p>♦ Em relação aos indicadores, "Auditorias internas e/ou avaliações"; "Plano de acção da qualidade para o departamento"; "Relatório anual da qualidade do departamento"; "Manual da qualidade" e "Sistema de medição de avaliação de desempenho", todos os responsáveis negam a sua existência.</p> <p>♦ Relativamente à "clara definição das funções, responsabilidade e autonomia"; "objectivos mensuráveis"; "participação no processo de definição dos objectivos" e na "existência de sistemas de informação" existe alguma discordância, com parte dos responsáveis respondentes a negar a existência e outra parte a afirmar a existência de algumas medidas.</p>	<p>O sistema de gestão deve ser alvo de um trabalho de estudo, avaliação e implementação mais cuidado, uma vez que faltam os mecanismos e sistemas importantes, mensuráveis, de avaliação e de gestão da qualidade total.</p> <p>Constitui sem dúvida um ponto fraco do departamento</p>
---	--	---

Liderar servindo de modelo

Subcritério 1.3

Resumo: Pretende-se evidenciar o que a liderança do departamento executa, servindo de modelo, relativamente à motivação e apoio facultado às pessoas que trabalham na UCIP do Hospital do SAMS

<ul style="list-style-type: none">♦ Enquanto responsável do departamento considera que:	<ul style="list-style-type: none">♦ Os responsáveis respondentes na sua maioria consideram que lideram com base no exemplo, aceitando críticas e sugestões de melhoria, demonstrando de igual modo empenho no processo de mudança, encorajando a confiança mútua e o respeito.♦ A salientar que existem dois indicadores onde existe maior discórdia entre as respostas dadas, que são: "Delega competências e responsabilidades" e "Assegura o desenvolvimento de uma cultura de mudança".	<p>O estilo de liderança apresentado por cada responsável, na sua opinião, motiva os colaboradores.</p> <p>Os responsáveis não parecem muito participativos no processo de mudança do departamento que gerem.</p> <p>Cabe ao responsável a implementação das iniciativas que este considerar relevantes para a motivação dos colaboradores e dos incentivos que promovam a criatividade e o desempenho das pessoas.</p> <p>Constitui sem dúvida um ponto forte do departamento</p>
<ul style="list-style-type: none">♦ Como classifica, quanto ao grau de importância, as seguintes iniciativas para a motivação dos colaboradores:	<ul style="list-style-type: none">♦ Os responsáveis da UCIP são unânimes em atribuir grande importância na constituição de grupos de trabalho para identificação de processos críticos e propostas de soluções e na responsabilização das pessoas pelo trabalho.♦ Contudo, 33,3% atribuem pouca importância à flexibilidade de horário e à participação em acções de formação como forma de motivação para os colaboradores.	

PLANEAMENTO E ESTRATÉGIA

Necessidades presentes e futuras

Subcritério 2.1

Resumo: Evidenciar o que os responsáveis do departamento fazem para obter informação relacionada com as necessidades presentes e futuras dos colaboradores da UCIP.

<ul style="list-style-type: none">♦ Realiza inquéritos aos colaboradores com a finalidade de conhecer as suas necessidades e expectativas?	<ul style="list-style-type: none">♦ Só 33% dos responsáveis respondentes afirmam realizar inquéritos para identificar necessidades e expectativas dos seus colaboradores, referem ainda realizar inquéritos 1 vez por ano	<p>Não são realizados inquéritos, por todos os responsáveis, com a finalidade de conhecer as necessidades e expectativas dos colaboradores da UCIP.</p> <p>Constitui sem dúvida um ponto fraco do departamento</p>
--	---	---

Desenvolver, rever e actualizar

Subcritério 2.2

Resumo: Evidenciar o que os responsáveis do departamento efectuam para desenvolver, rever e actualizar o planeamento e a estratégia tendo em conta as necessidades das partes interessadas e os recursos disponíveis.

<p>♦ Participa no processo de elaboração do Plano de Actividades do departamento?</p>	<p>♦ A maioria dos colaboradores respondentes (66,7%), nega participar na elaboração do plano de actividades do departamento.</p>	<p>Os responsáveis não estão todos envolvidos na elaboração do plano de actividades, sendo por este motivo, deficiente a implementação do planeamento e da estratégia na UCIP.</p> <p>Constitui sem dúvida um ponto fraco do departamento</p>
---	---	--

<p>Avaliar estratégias Subcritério 2.3</p>		
<p>Resumo: Evidenciar o que os responsáveis do departamento fazem para implementar o planeamento e a estratégia no departamento.</p>		
<p>♦ No processo de implementação e estratégia para o departamento que medidas são tomadas?</p>	<p>♦ A salientar que 33,3% dos respondentes não respondeu a esta questão.</p> <p>♦ Todos os responsáveis respondentes negarem a existência de medidas como avaliação de desempenho e negociação com os colaboradores relativamente às prioridades.</p>	<p>O processo de implementação do planeamento e estratégia tem muitas deficiências que são sentidas pelos responsáveis e transparecem nas suas respostas.</p> <p>Constitui sem dúvida um ponto fraco do departamento</p>

PESSOAS

<p>Planear, gerir e melhorar os recursos humanos Subcritério 3.1</p>		
<p>Resumo: Evidenciar a forma como os responsáveis do departamento planeiam, gerem e melhoram os recursos humanos em sintonia com o planeamento estratégico.</p>		
<p>♦ Considera que a política de gestão de recursos humanos existentes no organismo está adequada às necessidades do departamento?</p>	<p>♦ Os responsáveis respondentes não foram unânimes nesta questão, em que 33,3% referem ser muito adequado, 33,3% pouco adequado e os restantes 33,3% omitiram a sua opinião.</p>	<p>Os responsáveis não foram unânimes em responder se a política de gestão dos recursos humanos do organismo está adequada ao departamento.</p>
<p>♦ Possui os recursos humanos necessários para alcançar os objectivos defendidos pelo departamento?</p>	<p>♦ Apesar de 33,3% dos respondentes referir não ter os recursos humanos necessários, os restantes 66,7% responde favoravelmente à existência desses recursos.</p>	<p>As carências actuais e futuras dos recursos humanos do departamento devem ser medidas objectivamente.</p>
<p>♦ De que forma analisa as carências actuais e futuras dos recursos humanos existentes no departamento?</p>	<p>♦ Só em dois indicadores é que as respostas são coincidentes, na observação directa em que 33,3% refere ser "frequente" e 66,7% refere ser "sempre", e nas reuniões periódicas em que 100% dos responsáveis afirmam ser "frequentemente", ainda a salientar que relativamente aos inquiridos aos colaboradores, 2/3 concordam que raramente são realizados e 1/3 omitiram a resposta.</p>	<p>Muito há a fazer neste âmbito.</p> <p>Constitui sem dúvida um ponto fraco do departamento</p>

Competências versus metas e objectivos

Subcritério 3.2

Resumo: Evidenciar o que os responsáveis do departamento efectuem para identificar, desenvolver e usar as competências das pessoas em articulação com os objectivos e metas organizacionais, individuais e de grupo.

♦ Quais as iniciativas levadas a cabo para desenvolver aptidões e novas competências dos colaboradores do departamento?	♦ Todos os responsáveis respondentes são unânimes em afirmar que proporciona formação interna e externa, numa tentativa de desenvolver aptidões e novas competências dos colaboradores. ♦ Contudo, também se pode verificar que relativamente à formação de equipas de trabalho em qualidade e à existência de um orçamento para a gestão da qualidade. Todos os responsáveis dizem desconhecer a sua existência.	No campo da formação e das iniciativas levadas a cabo para desenvolver aptidões e novas competências, muito tem sido desprezado pelos responsáveis, nomeadamente formação na área da qualidade e no envolvimento dos colaboradores no plano de formação do departamento.
♦ De que forma é elaborado o plano de formação do departamento?	♦ Só se obteve 2/3 das respostas, uma vez que 1/3 não responderam a esta questão. ♦ Os respondentes foram unânimes em referir que o plano de formação é elaborado com base nas necessidades do departamento, nas necessidades pessoais e na proposta do responsável do departamento.	Constitui sem dúvida um ponto fraco do departamento

Delegação de responsabilidades

Subcritério 3.3

Resumo: Evidenciar o que os responsáveis do departamento fazem para envolver as pessoas através do diálogo e da delegação de responsabilidades.

♦ Com que frequência os colaboradores são envolvidos nas actividades de melhoria?	♦ Relativamente a grupos de qualidade com vista a uma melhoria, os responsáveis são unânimes em dizer que nunca é feito. ♦ Reuniões de <i>brainstorming</i> , os responsáveis respondentes são unânimes em referir que são realizadas frequentemente.	Verifica-se pouco envolvimento das pessoas na definição de planos e estratégias para o departamento onde trabalha, a responsabilização das pessoas ainda não está bem definida.
♦ De que modo os colaboradores são responsabilizados?	♦ Em relação ao modo como os colaboradores são responsabilizados, mais uma vez se observa respostas contraditórias, tendo-se observado que 100% negaram a existência de avaliação de desempenho.	Não há avaliação de desempenho. Os responsáveis não são avaliados.
♦ Enquanto responsável de departamento, o seu desempenho é avaliado?	♦ Só uma minoria (33,3%) dos respondentes confirmaram existir essa avaliação enquanto 66,7% negaram a sua existência.	Constitui sem dúvida um ponto fraco do departamento

PARCERIAS E RECURSOS

Gerir tecnologia

Subcritério 4.5

Resumo: Evidenciar o que os responsáveis do departamento fazem para assegurar que a tecnologia seja devidamente gerida

<ul style="list-style-type: none"> ♦ Considera que tem à sua disposição os meios tecnológicos necessários para o bom desenvolvimento do seu trabalho? 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Todos os responsáveis respondentes referem ter à sua disposição os meios tecnológicos necessários para o bom desenvolvimento do seu trabalho. 	<p>Existe meios tecnológicos necessários na UCIP.</p> <p>Constitui sem dúvida um ponto forte do departamento</p>
--	---	---

PROCESSOS

Identificação e melhoria dos processos

Subcritério 5.1

Resumo: Evidenciar a forma como os responsáveis do departamento identificam, concebem, gerem e melhoram os processos.

<ul style="list-style-type: none"> ♦ Na sequência de detecção de falhas nos circuitos dos processos, com que frequência são tomadas as seguintes medidas? 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Todos os responsáveis respondentes, afirmam realizar reuniões de trabalho com os colaboradores para encontrar soluções (<i>brainstorming</i>), 66,7% frequentemente e 33,3% sempre. ♦ A referir ainda que 66,7% constituem grupos de trabalho para identificação de falhas e desenvolvimento de propostas de soluções frequentemente. 	<p>Após a detecção de falhas nos processos há tentativa de medidas de melhoria de processos através de reuniões de <i>brainstorming</i> e constituição de grupos de trabalho para identificação de falhas.</p> <p>Não existe avaliação de resultados após implementação de novos procedimentos.</p> <p>São definidas responsabilidades individuais após a adopção de novos procedimentos.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Após a definição de novos procedimentos existe avaliação de resultados? 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ A avaliação dos resultados após novos procedimentos traz respostas contraditórias, 1/3 refere existir, outro terço desconhece a sua existência e os restantes não responderam. 	<p>São definidas responsabilidades individuais após a adopção de novos procedimentos.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Na adopção de novos procedimentos são definidas responsabilidades individuais dos colaboradores relativamente às tarefas e aos resultados esperados? 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Os responsáveis concordam em afirmar que são definidas responsabilidades individuais após a adopção de novos procedimentos, relativamente a tarefas e aos resultados esperados. 	<p>Constitui sem dúvida um ponto forte do departamento</p>

Modernização e inovação

Subcritério 5.3

Resumo: Evidenciar a forma como os responsáveis do departamento planeiam e gerem a modernização e a inovação.

<ul style="list-style-type: none"> ♦ Existe uma cultura de resistência à mudança no departamento? 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ À excepção de 33,3%, os restantes responsáveis referem existir uma cultura de resistência à mudança. 	<p>Proporcionar uma cultura de mudança que não parece existir no departamento.</p> <p>Para que a modernização do departamento ocorra é necessário dotá-los de meios necessários considerados essenciais e envolvendo todas as partes no processo.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Enquanto responsável do departamento como incentiva os seus colaboradores a participar no processo de mudança? 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ 66,7% envolve-os no processo, todos são unânimes em estabelecer objectivos de grupo, contudo apenas 33,3% afirma estabelecer objectivos individuais. 	
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Indique de que forma prepara os seus colaboradores para a mudança/melhoria contínua do departamento. 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ A maioria (66,7%) dos responsáveis respondentes, afirma proporcionar com frequência acções de formação para o uso das novas tecnologias de informação e comunicação e adequa as pessoas às novas competências 	

<ul style="list-style-type: none"> ♦ Já realizou acções de <i>benchmarking</i> com serviços que prosseguem missões idênticas? 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Apenas 33% referem realizar acções de <i>benchmarking</i>, os restantes negam a existência dessas reuniões. 	<p>A utilização de <i>benchmarking</i> está por explorar.</p> <p>A avaliação do processo de modernização deve ser claro, objectivo e mensurável. A forma como está a ser feito não reúne esses critérios, não deixando de ser importante.</p> <p>Constitui sem dúvida um ponto fraco do departamento</p>
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Possui os recursos necessários para promover a modernização e a inovação do departamento? 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ 66,7% dos responsáveis respondentes afirmam ter os recursos humanos necessários 	
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Quem participa no planeamento de mudança? 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Não existe uma cultura de envolvimento no planeamento de mudança de todas as partes interessadas. 	
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Como avalia o processo de modernização do departamento? 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ A avaliação é feita apenas em reuniões periódicas segundo referem 66,7% dos respondentes, os outros 33,3% não identificam nenhuma forma de avaliação. 	
<ul style="list-style-type: none"> ♦ O departamento possui escalas de indicadores internos que possam ser utilizados para medir os resultados alcançados junto dos utentes/doentes? 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Apenas 33,3% referem existir essas escalas, identificando-as como o "Número de serviços prestados incorrectamente e/ou que tiveram que ser corrigidos", os restante 66,7% negam a existência desses indicadores 	
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Por favor use o espaço seguinte para manifestar a sua opinião, relativamente aos processos desenvolvidos no âmbito da Qualidade do departamento de Medicina/UCIP do Hospital do SAMS? 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Todos os responsáveis respondentes referiram que os processos em curso são de origem informal e internos, não sendo feito de forma sistematizada e formalizada com planificação, registos e avaliação. Existe em curso, um documento para se iniciar o processo de avaliação de desempenho. 	

GRAU DE SATISFAÇÃO

Imagem Global

Resumo: Saber a opinião dos respondentes quanto à imagem global da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP) do Hospital do SAMS e respectiva Equipa Multidisciplinar (EM).

<ul style="list-style-type: none"> ♦ Simpatia da EM ♦ Igualdade no atendimento feito pela EM ♦ Receptividade da EM à sua solicitação ♦ Disponibilidade mostrada pela EM ♦ Clareza da informação prestada pela EM ♦ Competência e profissionalismo da EM ♦ Relacionamento da EM com o doente e família ♦ Assistência disponibilizada pela EM ao doente e família 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Relativamente à imagem global da equipa multidisciplinar da UCIP, verifica-se que todos os responsáveis respondentes (100%), se encontram satisfeitos, variando as suas respostas entre o "satisfeito" e o "muito satisfeito". 	<p>Os responsáveis consideram a imagem global da EM, e da UCIP e do Hospital do SAMS, boa, estando desta forma "satisfeitos" ou mesmo "muito satisfeitos".</p> <p>Constitui sem dúvida um ponto forte do departamento</p>
---	--	--

<ul style="list-style-type: none"> ♦ Imagem da UCIP ♦ Imagem do Hospital do SAMS 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Mais uma vez todos os colaboradores respondentes referiram estar "satisfeitos" ou "muito satisfeitos" relativamente a estes dois indicadores. 	
--	---	--

Acessibilidades

Resumo: Averiguar quais as acessibilidades mais valorizadas pelos respondentes e o respectivo grau de satisfação.

<ul style="list-style-type: none"> ♦ Localização do Hospital do SAMS ♦ Horários de visitas na UCIP do Hospital do SAMS ♦ Tempos de espera para visitas, informações requeridas 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Os responsáveis respondentes mostraram-se satisfeitos com as acessibilidades do Hospital do SAMS, referindo 66,7% estarem "satisfeitos" e 33,3% "muito satisfeitos" 	<p>Na globalidade, quanto ao grau de satisfação com as acessibilidades da UCIP, os responsáveis mostram-se satisfeitos ou muito satisfeitos.</p> <p>Constitui sem dúvida um ponto forte do departamento</p>
---	---	--

Produtos e serviços

Resumo: Conhecer o grau de satisfação dos respondentes relativamente aos serviços prestados pela Equipa Multidisciplinar (EM) da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP), nomeadamente os produtos e serviços que oferecem.

<ul style="list-style-type: none"> ♦ Tempo de obtenção de resposta da EM às solicitações efectuadas ♦ Atendimento telefónico da EM ♦ Flexibilidade e autonomia da EM para resolver situações invulgares ♦ Informações disponibilizadas pela EM ao doente e família 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Todos os responsáveis que responderam ao questionário, estão satisfeitos com os produtos e serviços prestados pela UCIP e pela equipa multidisciplinar. ♦ No item "Flexibilidade e autonomia para resolver situações invulgares", verifica-se que 33,3% não responderam, podendo concluir-se alguma incerteza dessa autonomia. 	<p>Todos os responsáveis respondentes parecem estar satisfeitos com os produtos e serviços prestados pela EM e pelo próprio departamento.</p> <p>Constitui sem dúvida um ponto forte do departamento</p>
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Qualidade global dos serviços prestados pela UCIP ♦ Qualidade global do Hospital do SAMS 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Todos os responsáveis mostram uma grande satisfação com a qualidade global da UCIP e do Hospital do SAMS. 	

Condições de higiene e conforto

Resumo: Conhecer o grau de satisfação da população respondente relativamente às condições de higiene, segurança, equipamentos e serviços, com o objectivo de verificar quais aqueles que os respondentes mais valorizam.

<ul style="list-style-type: none"> ♦ Limpeza e higiene da UCIP ♦ Conforto e comodidade na UCIP ♦ Temperatura ambiente da UCIP ♦ Ruído existente na UCIP 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ 33,3% referiram estar "insatisfeitos" em relação aos indicadores temperatura ambiente e ruído. 	<p>As condições de higiene e conforto satisfazem a maioria dos responsáveis.</p> <p>Constitui sem dúvida um ponto forte do departamento</p> <p>Os indicadores "temperatura ambiente" e "ruído existente" contudo merecem uma atenção especial, na tentativa de melhoria.</p>
---	--	---

Fonte – Elaboração própria

4.3 Questionário de satisfação para utentes

Neste ponto do capítulo apresentar-se-ão os resultados obtidos no inquérito por questionário realizado junto dos utentes, efectuando primeiramente uma caracterização pessoal e só depois uma análise às respostas obtidas do Grau de Satisfação.

Foram distribuídos 50 questionários, a utentes beneficiários do SAMS, internados na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital do SAMS entre Julho e Setembro de 2007, foram recepcionados 36 questionários em que dois deles vinham com a informação que o doente tinha falecido à data da recepção do questionário, assim sendo só 34 questionários foram aceites para o estudo, tendo-se obtido uma taxa de resposta de 68%.

4.3.1 Caracterização pessoal

Seguidamente, proceder-se-á à caracterização dos utentes respondentes, nomeadamente no que respeita o sexo, idade, habilitações literárias, profissão, número de internamentos na UCIP e número de dias do último internamento.

Idade

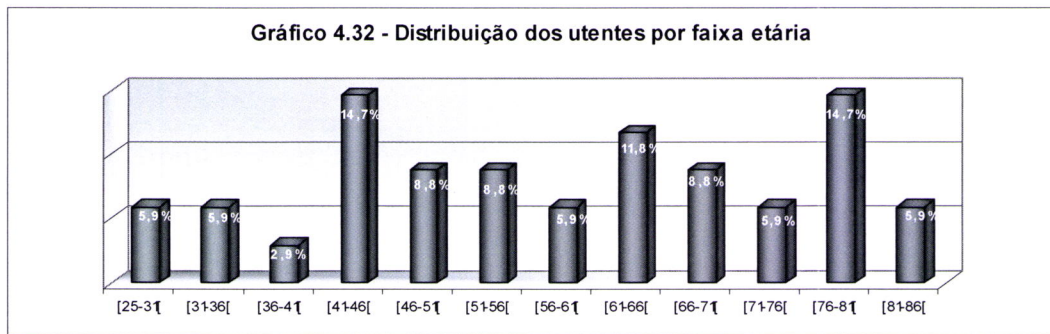
A idade média dos utentes internados na UCIP, que responderam ao inquérito, é de 57,71 anos e 50% dos respondentes têm até 59,50 anos de idade (mediana de 59,50), variando de um mínimo de 27 anos a um máximo de 82 anos. O desvio padrão é de 16,13 anos, denotando grande dispersão dos dados.

Tabela 4.62 Distribuição dos utentes por idade

N Valid	34,00
Missing	0,00
Mean	57,71
Median	59,50
Mode	38,00
Std. Deviation	16,13
Minimum	27,00
Maximum	82,00

Fonte – SPSS 16.0

Posteriormente, esta variável foi categorizada em 12 grupos etários, como mostra o Gráfico 4.32. A análise dos resultados mostra que o grupo que detêm maior percentagem de indivíduos são os grupos dos 41 aos 46 anos e dos 76 aos 81 anos (grupo modal), com 14,7% dos respondentes respectivamente, seguido da faixa etária entre os 61-66 anos com 11,8%.

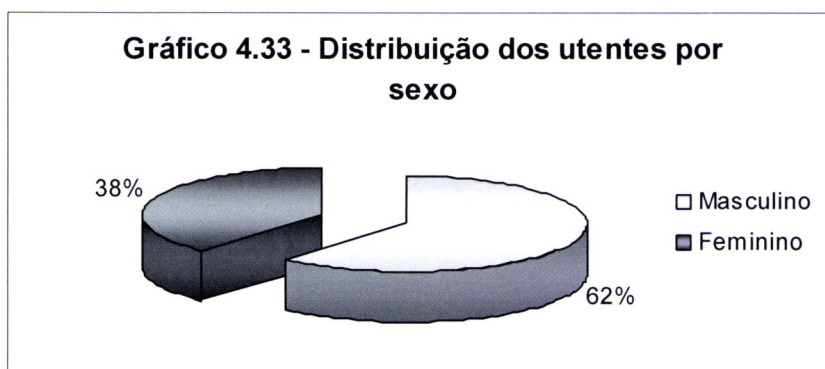


Fonte – SPSS 16.0

Trata-se de uma amostra onde a percentagem de indivíduos com idade inferior aos 59 anos (50%) é igual à dos indivíduos cuja idade é superior aos 59 anos (50%), indicando tratar-se de uma amostra um pouco envelhecida.

Sexo

A observação do Gráfico 4.33 mostra que 38% dos utentes respondentes são do sexo feminino e 62% são do sexo masculino.



Fonte – Excel 2003

Habilitações Literárias

No que concerne às habilitações literárias dos utentes internados na UCIP, 32,4% dos respondentes afirma ter o ensino secundário, correspondente ao 10º-12ºano. Significa que os respondentes têm alguma instrução, o que pode indicar que os utentes que escolhem os serviços do Hospital do SAMS são pessoas letradas.

Tabela 4.63 Distribuição dos utentes por habilitações literárias

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.º Ciclo	4	11,8	11,8	11,8
	2.º Ciclo	7	20,6	20,6	32,4
	3.º Ciclo	5	14,7	14,7	47,1
	Ensino secundário	11	32,4	32,4	79,4
	Licenciatura	6	17,6	17,6	97,1
	Mestrado	1	2,9	2,9	100,0
	Total	34	100,0	100,0	

Fonte - SPSS 16.0

Profissão

Relativamente à profissão de cada utente respondente após a análise da tabela seguinte, conclui-se que 32,4% são bancários e com igual percentagem encontram-se os reformados. Isto deve-se ao facto do Hospital pertencer ao Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas.

Tabela 4.64 Caracterização dos utentes quanto à classe profissional

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Enfermeiro	1	2,9	3,0	3,0
	Médico	1	2,9	3,0	6,1
	Bancário	11	<u>32,4</u>	33,3	39,4
	Gestor	4	11,8	12,1	51,5
	Reformado	11	<u>32,4</u>	33,3	84,8
	Doméstica	3	8,8	9,1	93,9
	Administrativo	2	5,9	6,1	100,0
	Total	33	97,1	100,0	
Missing	System	1	2,9		
Total		34	100,0		

Fonte – SPSS 16.0

Número de internamentos

A Tabela 4.65 mostra que o número médio de internamentos dos utentes na UCIP é de 2,45 internamentos, sendo o mínimo de 1 e o máximo de 8 internamentos. Pode referir-se ainda que a moda é de 1 internamento.

Tabela 4.65 Distribuição dos utentes por número de internamentos

N Valid	33,00
Missing	1,00
Mean	<u>2,45</u>
Median	2,00
Mode	1
Std. Deviation	1,73
Minimum	<u>1,00</u>
Maximum	<u>8,00</u>

Fonte – SPSS 16.0

Número de dias do último internamento

A apreciação dos resultados apresentados na Tabela 4.66 revela que a média de dias de internamento na UCIP é de 14,5 dias, em que a moda é de 6 dias, sendo o mínimo de dias de internamento foi 2 dias e o máximo de 60 dias. A referir que o desvio padrão é de 13,47 dias denotando alguma dispersão dos dados.

Tabela 4.66 Distribuição dos utentes por dias do último internamento

N Valid	34,00
Missing	0,00
Mean	14,55
Median	10,50
Mode	6,00
Std. Deviation	13,47
Minimum	2,00
Maximum	60,00

Fonte – SPSS 16.0

Os internamentos em unidades de cuidados intensivos, são de uma forma geral, longos por se tratarem habitualmente de situações clínicas críticas, que requerem maior vigilância, na UCIP e, após a análise da tabela 4.66, pode-se concluir que a média de dias de internamento também é de 15 dias.

Síntese

Numa análise sumária realizada aos utentes beneficiários do Hospital do SAMS, com internamento na UCIP, conclui-se que, os respondentes são maioritariamente do sexo masculino (62%), com uma média de idades de cerca de 58 anos, a referir que os utentes internados na UCIP apresentaram idades entre os 26 anos e os 82 anos.

Relativamente às habilitações literárias, verifica-se que, só 17,6% dos respondentes são detentores de uma licenciatura e a maioria (79,4%) apresentam apenas a escolaridade até ao 12ºano. Em relação às habilitações

profissionais verificou-se que 32% são bancários e igualmente 32% são reformados.

No que refere ao internamento, verifica-se que a média de internamentos na UCIP por utente é de 2 internamentos e o número de dias do último internamento foi em média de 11 dias. Referindo ainda que os dias de internamento variaram entre os 2 dias e os 60 dias.

4.3.2 Grau de Satisfação

Com base no questionário de satisfação elaborado para esta classe em estudo (utentes beneficiários com internamento na UCIP) efectuou-se uma análise dos resultados obtidos e extraíram-se algumas conclusões.

À semelhança dos anteriores questionários e para uma melhor compreensão, o grau de satisfação foi dividido em 4 partes: imagem global; acessibilidades; produtos e serviços e, condições de higiene e segurança

4.3.2.1 Imagem global

Neste ponto pretende-se saber qual a opinião dos utentes respondentes acerca da imagem global da equipa multidisciplinar da UCIP, do próprio departamento em si e do hospital do SAMS. A Tabela 4.67 faz um resumo mais detalhado das opiniões acerca deste item.

Tabela 4.67 Grau de satisfação dos utentes referente à imagem global

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
Simpatia da equipa multidisciplinar	Count	0	0	13	20
	%	0%	0%	38,2%	58,8%
Igualdade no atendimento	Count	0	1	11	19
	%	0%	2,9%	32,4%	55,9%
Receptividade	Count	0	1	13	18
	%	0%	2,9%	38,2%	52,9%
Disponibilidade	Count	0	2	15	17
	%	0%	5,9%	44,1%	50,0%
Clareza da informação prestada	Count	0	1	13	18
	%	0%	2,9%	38,2%	52,9%
Competência e profissionalismo	Count	0	1	10	22
	%	0%	2,9%	29,4%	64,7%
Relacionamento da equipa multidisciplinar com o doente e família	Count	1	1	10	22
	%	2,9%	2,9%	29,4%	64,7%
Assistência disponibilizada ao doente e família	Count	0	0	13	20
	%	0%	0%	38,2%	58,8%
Imagem da UCIP	Count	0	0	12	17
	%	0%	0%	35,3%	50,0%
Imagem do Hospital do SAMS	Count	0	0	16	15
	%	0%	0%	47,1%	44,1%

Fonte – SPSS 16.0

Os respondentes mostram-se, de forma maioritária, satisfeitos com o desempenho da equipa multidisciplinar da UCIP e com a imagem global transmitida pela mesma.

A salientar que os indicadores “simpatia da equipa multidisciplinar”, “assistência disponibilizada ao doente e família”, “imagem da UCIP” e “imagem do hospital do SAMS” não tiveram nenhuma resposta negativa, sendo que as 2 primeiras tiveram 29,4% dos respondentes com o nível “satisfeito” e 64,7% “muito satisfeitos”, podendo indicar um ponto forte do departamento.

4.3.2.2 Acessibilidades

Os utentes respondentes mostraram-se, de uma forma geral, satisfeitos com as acessibilidades do hospital do SAMS e a UCIP. Conforme se pode concluir da Tabela 4.68, o único ponto que obteve respostas negativas mas numa percentagem pequena (11,8%) foi a localização do SAMS.

Tabela 4.68 Grau de satisfação dos utentes referente às acessibilidades

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
Localização do Hospital do SAMS	Count	0	4	20	8
	%	0%	11,8%	58,8%	23,5%
Horários de visitas na UCIP	Count	0	0	18	13
	%	0%	0%	52,9%	38,2%
Tempos de espera para visitas, informações...	Count	0	0	23	10
	%	0%	0%	67,6%	29,4%

Fonte – SPSS 16.0

4.3.2.3 Produtos e serviços

Quando foi solicitada a opinião dos utentes para responder a esta questão, o que se pretendia aferir, era a opinião dos utentes relativamente a alguns processos burocráticos, por vezes difícil de ultrapassar. Mais uma vez, depois de analisada a Tabela 4.69, se verifica um grau de satisfação elevado, não se tendo obtido nenhuma resposta “muito insatisfeito”.

Tabela 4.69 Grau de satisfação dos utentes referente aos produtos e serviços

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Rapidez de resposta face às suas necessidades	Count	0	1	14	17
	%	0%	2,9%	41,2%	53,1%
Atendimento telefónico	Count	0	1	16	11
	%	0%	2,9%	47,1%	32,4%
Flexibilidade e autonomia para resolver situações invulgares	Count	0	2	12	12
	%	0%	5,9%	35,3%	35,3%
Informação disponibilizada ao doente e família	Count	0	1	12	19
	%	0%	2,9%	35,3%	55,9%
Qualidade global dos serviços prestados pela UCIP	Count	0	0	13	19
	%	0%	0%	38,2%	55,9%
Qualidade global do Hospital do SAMS	Count	0	1	16	16
	%	0%	2,9%	47,1%	47,1%

Fonte – SPSS 16.0

4.3.2.4 Condições de higiene e conforto

Neste item pretende-se avaliar o grau de satisfação dos utentes respondentes, no que respeita às condições de higiene e conforto na UCIP do hospital do SAMS.

Entre os indicadores, “limpeza e higiene”; “conforto e comodidade”; “temperatura ambiente” e “ruído”, só este 2 últimos obtiveram respostas negativas por parte dos utentes, nomeadamente a temperatura ambiente com 2,9% de resposta “insatisfeito” e “8,8%” para o ruído, constituindo por isso um ponto negativo, susceptível de um plano de melhoria, apesar das pequenas percentagens observadas.

Tabela 4.70 Grau de satisfação dos utentes referente às condições de higiene e conforto

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Limpeza e higiene	Count	0	0	9	24
	%	0%	0%	26,5%	70,6%
Conforto e comodidade	Count	0	0	13	19
	%	0%	0%	38,2%	55,9%
Temperatura ambiente	Count	0	1	14	17
	%	0%	2,9%	41,2%	50,0%
Ruído	Count	0	3	14	15
	%	0%	8,8%	41,2%	44,1%

Fonte – SPSS 16.0

4.3.3 Considerações finais

Os utentes, beneficiários do SAMS, com internamento na UCIP entre o período de Julho e Setembro de 2007, são maioritariamente do sexo masculino (62%), com idades compreendidas entre os 26 anos e os 82 anos, com uma média de idades de 58 anos.

No que refere às habilitações literárias, 79,4% possui apenas escolaridade até ao 12º ano, sendo 32,4% bancários e outros 32,4% reformados.

O número de internamentos e os dias do último internamento, são indicadores também aqui a ter em conta, uma vez que, se por um lado os doentes com mais número de internamentos ou mesmo num único internamento com vários dias de permanência têm uma visão mais alargada de alguns itens aqui questionados. Por outro lado, o nível de saturação também é maior podendo induzir uma resposta menos imparcial. Verificou-se então que a média de internamento por utente é de 2 internamentos e a média de dias internados no departamento é de 11 dias.

Quanto ao grau de satisfação demonstrado pelos utentes é satisfatório, constituindo um ponto forte do departamento, contudo existem alguns indicadores passíveis de implementação de processos de melhoria, nomeadamente no que refere à imagem global, a disponibilidade da equipa multidisciplinar da UCIP, assim como a igualdade no atendimento, a receptividade, a disponibilidade e clareza da informação prestada e o relacionamento do departamento com o doente e família são tudo pontos a melhorar. A nível das acessibilidades, este é um dos indicadores não passíveis de mudança, dado que diz respeito à localização do hospital, todos os outros são considerados positivos, segundo a opinião dos utentes respondentes.

Relativamente aos produtos e serviços, assistiu-se a um maior número de resposta desfavoráveis, rapidez de resposta face às necessidades do utente, relativamente ao atendimento telefónico, na flexibilidade e autonomia para resolver situações invulgares e na informação disponibilizada ao doente e família.

Por último, a temperatura ambiente e o ruído foram os únicos indicadores, apontados pelos utentes numa forma negativa, quando se questionou acerca das condições de higiene e conforto da UCIP.

A salientar, que qualquer um destes indicadores, obtiveram um número pequeno de respostas negativas, mas sendo o grau de satisfação dos utentes, um ponto positivo no departamento, pensa-se que o caminho para a excelência seria fácil de alcançar.

4.3.4 Matriz dos resultados e conclusões referente aos utentes

Neste ponto são apresentados os resultados obtidos considerados mais relevantes e respectivas conclusões, a partir dos dados recolhidos na aplicação do questionário de satisfação para os utentes beneficiários do SAMS.

Tabela 4. 71 Matriz dos resultados e conclusões referente aos utentes

CARACTERIZAÇÃO DOS UTENTES

<p>Trata-se de uma população, utentes beneficiários do SAMS, com internamento na UCIP entre Julho e Setembro de 2007, cujo perfil é definido por uma média de idades de 58 anos e são maioritariamente do sexo masculino (62%). Relativamente às habilitações literárias, verifica-se que, só 18% dos respondentes são detentores de uma licenciatura e cerca de 79% apresentam apenas a escolaridade até ao 12ºano. Quanto à categoria profissional verifica-se que 32% dos respondentes são bancários e, igualmente, 32% são reformados. No que refere ao internamento, verifica-se que a média de internamentos na UCIP por utente é de 2 internamentos, e o número de dias do último internamento foi em média de 11 dias. Referindo ainda que os dias de internamento variaram entre os 2 dias e os 60 dias.</p>		
Questões	Resultados	Conclusões
GRAU DE SATISFAÇÃO		
Imagem Global		
Resumo: Saber a opinião dos respondentes quanto à imagem global da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP) do Hospital do SAMS e respectiva Equipa Multidisciplinar (EM).		

<ul style="list-style-type: none"> ♦ Simpatia da EM ♦ Igualdade no atendimento feito pela EM ♦ Receptividade da EM à sua solicitação ♦ Disponibilidade mostrada pela EM ♦ Clareza da informação prestada pela EM ♦ Competência e profissionalismo da EM ♦ Relacionamento da EM com o doente e família ♦ Assistência disponibilizada pela EM ao doente e família 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Os respondentes mostram-se, de forma maioritária, satisfeitos com o desempenho da equipa multidisciplinar da UCIP e com a imagem global transmitida pela mesma. ♦ A salientar que os indicadores “simpatia da equipa multidisciplinar”, assistência disponibilizada ao doente e família”, não tiveram nenhuma resposta negativa, sendo que as 2 primeiras tiveram 29,4% dos respondentes com o nível “satisfeito” e 64,7% “muito satisfeitos”, podendo nos indicar um ponto forte do departamento. 	<p>Trata-se de um ponto forte do departamento, contudo existem indicadores que podem ser sujeitos a um processo de melhoria, nomeadamente a disponibilidade da EM da UCIP, assim como a igualdade no atendimento, a receptividade, a disponibilidade e clareza da informação prestada e o relacionamento do departamento com o doente e família.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Imagem da UCIP ♦ Imagem do Hospital do SAMS 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Os utentes respondentes referem estar satisfeitos ou mesmo muito satisfeitos com este item. 	

Acessibilidades

Resumo: Averiguar quais as acessibilidades mais valorizadas pelos respondentes e o respectivo grau de satisfação.

<ul style="list-style-type: none"> ♦ Localização do Hospital do SAMS ♦ Horários de visitas na UCIP do Hospital do SAMS ♦ Tempos de espera para visitas, informações requeridas 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Os utentes respondentes mostraram-se, de uma forma geral, satisfeitos com as acessibilidades do hospital do SAMS e a UCIP 	<p>O único item que teve uma resposta negativa foi a localização do Hospital, contudo trata-se de um indicador não sujeito a melhorias.</p> <p>Trata-se por isso de um ponto forte do departamento.</p>
---	---	---

Produtos e serviços

Resumo: Conhecer o grau de satisfação da população respondente relativamente aos serviços prestados pela Equipa Multidisciplinar (EM) da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP), nomeadamente os produtos e serviços que oferecem.

<ul style="list-style-type: none"> ♦ Tempo de obtenção de resposta da EM às solicitações efectuadas ♦ Atendimento telefónico da EM ♦ Flexibilidade e autonomia da EM para resolver situações invulgares ♦ Informações disponibilizadas pela EM ao doente e família 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Mais uma vez, é de salientar o facto de não haver nenhuma resposta “Muito insatisfeito”. ♦ Assistiu-se a algumas respostas negativas em alguns indicadores como “rapidez de resposta face às necessidades do utente”, relativamente ao “atendimento telefónico”, na “flexibilidade e autonomia para resolver situações invulgares” e na “informação disponibilizada ao doente e família”. 	<p>Os utentes de uma forma geral encontram-se satisfeitos com os produtos e serviços da EM da UCIP</p> <p>Constitui sem dúvida um ponto forte do departamento</p> <p>Contudo existe alguns indicadores passíveis de melhoria.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Qualidade global dos serviços prestados pela UCIP ♦ Qualidade global do Hospital do SAMS 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Os utentes estão muito satisfeitos com a qualidade global da UCIP e do Hospital do SAMS. 	

Condições de higiene e conforto

Resumo: Conhecer o grau de satisfação da população respondente relativamente às condições de higiene, segurança, equipamentos e serviços, com o objectivo de verificar quais aqueles que os respondentes mais valorizam.

<ul style="list-style-type: none"> ♦ Limpeza e higiene da UCIP ♦ Conforto e comodidade na UCIP ♦ Temperatura ambiente da UCIP ♦ Ruído existente na UCIP 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Entre os indicadores, "limpeza e higiene"; "conforto e comodidade"; "temperatura ambiente" e "ruído", só este 2 últimos obtiveram respostas negativas por parte dos utentes, nomeadamente a temperatura ambiente com 2,9% de resposta "insatisfeito" e "8,8%" para o ruído 	<p>Constitui sem dúvida um ponto forte do departamento</p> <p>Mesmo sendo uma percentagem mínima de respostas negativas seria importante corrigi-las para caminhar para a excelência.</p>
---	--	--

Fonte – Elaboração própria

4.4 Comparação entre o Grau de Satisfação versus utentes e profissionais de saúde

Por último procedeu-se a uma comparação do grau de satisfação entre os vários actores, colaboradores, responsáveis e utentes. Por a amostra dos responsáveis não ser significativa optou-se por agrupar os colaboradores com os responsáveis, designando-os de "interno" e os utentes designados de "externo". A apreciação dos resultados apresentados na Tabela 4.72 revela que a maioria dos respondentes estão satisfeitos de um modo geral com a Equipa Multidisciplinar da UCIP, com o próprio departamento e com o Hospital, relativamente á imagem global, acessibilidades, produtos e serviços e condições de higiene e conforto.

É importante realçar o facto, de o grau de satisfação "Muito insatisfeito" só ter sido apresentado nos indicadores: ruído; temperatura ambiente; relacionamento da equipa multidisciplinar com o doente e família e localização do Hospital SAMS.

O Grau de Satisfação é sem dúvida um ponto forte do Departamento.

Tabela 4.72 Grau de satisfação versus profissionais de saúde e utentes

Variáveis	Grau de Satisfação	Tipo Respondente		Total %
		Interno	Externo	
Simpatia (atendimento cordial, tom de voz agradável, etc)	Insatisfeito	4%	0%	2%
	Satisfeito	81%	39%	58%
	Muito Satisfeito	15%	61%	40%
Total		100%	100%	100%
Igualdade no Atendimento	Insatisfeito	22%	3%	12%
	Satisfeito	63%	35%	48%
	Muito Satisfeito	15%	61%	40%
Total		100%	100%	100%
Receptividade	Insatisfeito	7%	3%	5%

(compreensivo, acolhedor, etc.)	Satisfeito	81%	41%	59%
	Muito Satisfeito	11%	56%	36%
Total		100%	100%	100%
Disponibilidade	Insatisfeito	4%	6%	5%
	Satisfeito	79%	44%	60%
	Muito Satisfeito	18%	50%	35%
Total		100%	100%	100%
Rapidez de Resposta Face às Suas Necessidades	Insatisfeito	8%	3%	5%
	Satisfeito	64%	44%	53%
	Muito Satisfeito	28%	53%	42%
Total		100%	100%	100%
Clareza da Informação Prestada	Insatisfeito	8%	3%	5%
	Satisfeito	68%	41%	53%
	Muito Satisfeito	24%	56%	42%
Total		100%	100%	100%
Atendimento Telefônico	Insatisfeito	17%	4%	10%
	Satisfeito	75%	57%	65%
	Muito Satisfeito	8%	39%	25%
Total		100%	100%	100%
Competência e Profissionalismo	Insatisfeito	0%	3%	2%
	Satisfeito	79%	30%	52%
	Muito Satisfeito	21%	67%	46%
Total		100%	100%	100%
Flexibilidade e Autonomia para Resolver Situações Involgares	Insatisfeito	11%	8%	9%
	Satisfeito	72%	46%	57%
	Muito Satisfeito	17%	46%	34%
Total		100%	100%	100%
Limpeza e Higiene	Insatisfeito	4%	0%	2%
	Satisfeito	59%	27%	42%
	Muito Satisfeito	37%	73%	57%
Total		100%	100%	100%
Conforto e Comodidade	Insatisfeito	8%	0%	4%
	Satisfeito	60%	41%	49%
	Muito Satisfeito	32%	59%	47%
Total		100%	100%	100%
Temperatura Ambiente	Muito Insatisfeito	4%	0%	2%
	Insatisfeito	37%	3%	19%
	Satisfeito	52%	44%	47%
	Muito Satisfeito	7%	53%	32%
Total		100%	100%	100%
Ruído	Muito Insatisfeito	8%	0%	3%
	Insatisfeito	31%	9%	19%
	Satisfeito	62%	44%	52%
	Muito Satisfeito	0%	47%	26%
Total		100%	100%	100%
Localização do Hospital SAMS	Muito Insatisfeito	4%	0%	2%
	Insatisfeito	31%	13%	21%
	Satisfeito	54%	63%	59%
	Muito Satisfeito	12%	25%	19%

	Total	100%	100%	100%
Relacionamento da Unidade de Cuidados Intensivos com o Doente e Família	Muito Insatisfeito	0%	3%	2%
	Insatisfeito	4%	3%	3%
	Satisfeito	59%	29%	43%
	Muito Satisfeito	37%	65%	52%
	Total	100%	100%	100%
Informação Disponibilizada ao Doente e Família	Insatisfeito	4%	3%	3%
	Satisfeito	58%	38%	47%
	Muito Satisfeito	38%	59%	50%
	Total	100%	100%	100%
Assistência Disponibilizada ao doente e Família	Insatisfeito	4%	0%	2%
	Satisfeito	56%	39%	47%
	Muito Satisfeito	40%	61%	52%
	Total	100%	100%	100%
Horários de Visitas na UCI	Satisfeito	67%	58%	62%
	Muito Satisfeito	33%	42%	38%
	Total	100%	100%	100%
Tempos de Espera para Visitas, Informações, etc	Satisfeito	70%	70%	70%
	Muito Satisfeito	30%	30%	30%
	Total	100%	100%	100%
Imagem da UCI do Hospital do SAMS	Insatisfeito	12%	0%	6%
	Satisfeito	64%	41%	52%
	Muito Satisfeito	24%	59%	43%
	Total	100%	100%	100%
Imagem do Hospital do SAMS	Insatisfeito	20%	0%	9%
	Satisfeito	56%	52%	54%
	Muito Satisfeito	24%	48%	38%
	Total	100%	100%	100%
Qualidade Global dos Serviços Prestados Pela UCI do Hospital	Insatisfeito	4%	0%	2%
	Satisfeito	78%	41%	58%
	Muito Satisfeito	19%	59%	41%
	Total	100%	100%	100%
Qualidade Global do Hospital do SAMS	Insatisfeito	12%	3%	7%
	Satisfeito	69%	48%	58%
	Muito Satisfeito	19%	48%	36%
	Total	100%	100%	100%

Fonte – SPSS 16.0

Conclusões

Nesta fase difícil em que se encontram os serviços de saúde em todo o mundo, a implementação de programas de qualidade reveste-se de grande importância.

Com este novo paradigma da melhoria global da gestão, as organizações de saúde, que enquadram esta caminhada, devem compreender a importância do desafio, trabalhar em sinergia, partilhar experiências e coordenar esforços, para terem sucesso nesta mudança cultural.

A percepção, que em cada momento constitui o balanço certo dos vários aspectos em jogo, é algo que depende das pessoas que se encontram à frente das organizações, departamentos ou serviços. O efeito sobre os custos depende de muitos elementos, sendo que, a qualidade externa e a qualidade interna permite uma primeira grande divisão. A procura da qualidade externa levará em geral a maiores custos, a procura da qualidade interna originará certamente menores custos.

Citando Saraiva (2003), o movimento da Gestão da Qualidade Total (GQT), também designado por *Total Quality Management* (TQM), teve a sua génese nos anos cinquenta do século passado, mas só encontrou larga divulgação no Ocidente, durante os anos oitenta, quando as empresas americanas começaram a ter sérias dificuldades com a concorrência japonesa. As grandes empresas americanas “descobriram” as teorias de Deming, traduzidas num conjunto de 14 princípios, que quando devidamente implementados permitem não só a obtenção de produtos e serviços de alta qualidade, mas também o aumento da satisfação dos clientes e colaboradores, a redução dos custos de produção, maiores lucros e a capacidade da empresa garantir a sua qualidade.

A integração de sistemas de qualidade apresenta muitos benefícios potenciais e poderá reforçar a coesão, eficácia e eficiência globais das organizações. No entanto, um processo mal conduzido de diagnóstico de qualidade organizacional, também poderá criar problemas adicionais, tais como choques profissionais e culturais, pelo que é indispensável que cada organização efectue uma reflexão cuidada do rumo a seguir.

A qualidade dos serviços está directamente associada à satisfação dos clientes. Assim, o primeiro princípio da qualidade de serviços passa por orientar a organização no sentido da satisfação dos clientes. Mas, quando a organização atinge essa meta, é necessário ultrapassá-la, oferecendo produtos e serviços que superem o que os clientes esperam. Este computa-se como o segundo princípio da qualidade de serviços. No entanto, a qualidade é um processo cíclico e progressivo, que nunca se completa, pois a qualidade implica melhoria continua. Assim, para superar permanentemente as expectativas dos clientes, as organizações terão que inovar não só no produto que oferecem, mas também na forma como o oferecer, isto é, no serviço prestado (Saraiva, 2003).

Pode-se desde já afirmar que, se por um lado é essencial satisfazer as expectativas dos utentes assegurando a sua fidelização, também é necessário preservar o ambiente externo e interno das organizações, que são indispensáveis para o seu sucesso continuado. Só assim será possível assegurar a competitividade e o desenvolvimento sustentável.

A motivação para a realização deste estudo na área da qualidade organizacional dos serviços de saúde, surgiu da constatação ao longo dos anos, dos aspectos ligados às questões de saúde, indissociável do modo de ver, sentir, da dificuldade em conceber, organizar e gerir serviços de saúde que satisfaçam plenamente profissionais e utentes.

Medir a qualidade dos serviços é um desafio, pois a satisfação é determinada por diversos factores intangíveis.

O modelo *Common Assessment Framework* (CAF), surge neste estudo, dado que é uma ferramenta de autoavaliação, que deve ser encarado como um instrumento que permite as organizações o seu auto conhecimento, para que se situem e se orientem na prestação de melhores serviços. A procura da excelência de processos e serviços, só será possível de alcançar se as organizações souberem de facto o patamar em que estão. O modelo CAF, através de ferramentas (questionários), permite aos serviços efectuarem o seu

auto diagnóstico, constituindo este, o primeiro passo no longo caminho do alcance da excelência.

Como já foi referido, é dada cada vez maior importância às questões da qualidade. As instituições de saúde não são excepção, sendo por isso necessário que, também elas adoptem mecanismos para avaliar a qualidade dos serviços, que prestam e cuidados que ministram. A aposta na qualidade fará a diferença, no rumo à excelência de cada organização.

Ao longo deste trabalho procurou-se de forma organizada, metódica e sequencial elaborar um estudo sobre qualidade organizacional da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Hospital do SAMS. Assim, a qualidade organizacional assume-se neste estudo como a problemática da pesquisa e a sua análise fundamental.

O envolvimento de todos os actores que fizeram parte no desenvolvimento deste estudo levou a resultados que são óptimos indicadores de melhoria. Da análise dos resultados obtidos retiraram-se as conclusões que de seguida se apresentam.

Os colaboradores da UCIP do Hospital do SAMS, responderam inicialmente a questões que permitiram fazer o diagnóstico da situação real, relativamente a vários aspectos, relacionados com os critérios dos Meios da CAF.

Uma das primeiras conclusões retiradas foi que existe ainda um caminho importante a percorrer na definição da missão, visão e valores que o departamento defende, para isso seria importante que os colaboradores dessem a sua opinião e fossem solicitados em colaborar na sua definição. Devem ser melhorados os processos de comunicação, o envolvimento das partes interessadas na formulação da missão, visão e valores. Há que definir quais os valores e códigos de conduta do departamento. É importante que o estabelecimento estratégico (médio prazo) e operacionais (curto prazo) e as acções derivem da transformação da visão e da própria missão.

Ainda no âmbito do diagnóstico, conclui-se que os colaboradores consideram o seu chefe um bom líder, mesmo não reconhecendo nem premiando os esforços

individuais e de equipa, e havendo alguma discórdia em relação à liderança através do exemplo.

Outro aspecto que se constatou foi que não são feitos inquéritos para conhecer as necessidades e expectativas dos colaboradores, assim como não lhes é dada a oportunidade de participar no processo de elaboração do plano de actividades da UCIP. A implementação do planeamento e estratégia apresenta deficiências, que devem ser corrigidas, passando pelo envolvimento de todos os colaboradores.

No campo da gestão, desenvolvimento de carreiras e formação, nomeadamente na área da qualidade, muito há a fazer começando por formação de grupos de trabalho para estabelecer pontos fracos do departamento e propor medidas de melhoria, formação na área da qualidade, acções de *benchmarking*, entre outras.

De acordo com a informação que foi facultada pelos respondentes, a definição das parcerias estratégicas é outro ponto a melhorar, contudo os recursos internos existentes, são vistos de uma forma muito positiva e eficaz por grande parte dos colaboradores, permitindo-lhes desta forma o excelente desempenho das suas funções.

Um facto negativo a salientar, é a não existência de um envolvimento dos colaboradores com os responsáveis, na criação de grupos de trabalho com o intuito de identificar falhas nos processos e desta forma poderem em conjunto arranjar soluções para ultrapassar essas deficiências. Por outro lado, ainda existe uma grande resistência à passagem de informação, aquando uma nova ideia por parte do colaborador, este prefere transmiti-la aos colegas.

Com este estudo pretendeu-se ir um pouco mais além e cruzaram-se algumas questões com a categoria profissional. Não se tendo observado em nenhuma delas uma relação directa entre a categoria profissional e os indicadores dos critérios dos Meios.

Feito o diagnóstico, apurou-se o grau de satisfação dos colaboradores da UCIP relativamente à equipa multidisciplinar da UCIP, à UCIP e ao Hospital do SAMS,

no que respeita à imagem global, acessibilidades, produtos e serviços prestados e condições de higiene e conforto, verificando-se que de uma forma geral os colaboradores da UCIP que responderam ao inquérito mostram-se satisfeitos ou muito_satisfeitos.

Relativamente ao estilo de liderança apresentado por cada responsável, motiva os colaboradores, o que se revela muito importante em processos de mudança. Os responsáveis parecem muito participativos no processo de mudança do departamento.

A missão e visão da UCIP não está claramente transformada em objectivos estratégicos e operacionais nem em acções para estes serviços.

Cabe ao responsável a implementação das iniciativas e dos incentivos que promovam a criatividade e o desempenho das pessoas que considera relevantes para a motivação dos colaboradores. O envolvimento de todas as partes interessadas constitui sem dúvida um ponto fraco da UCIP, é necessário que se crie uma cultura de envolvimento, de participação e de responsabilização dos colaboradores na definição de estratégias.

Brainstorming é uma realidade da UCIP.

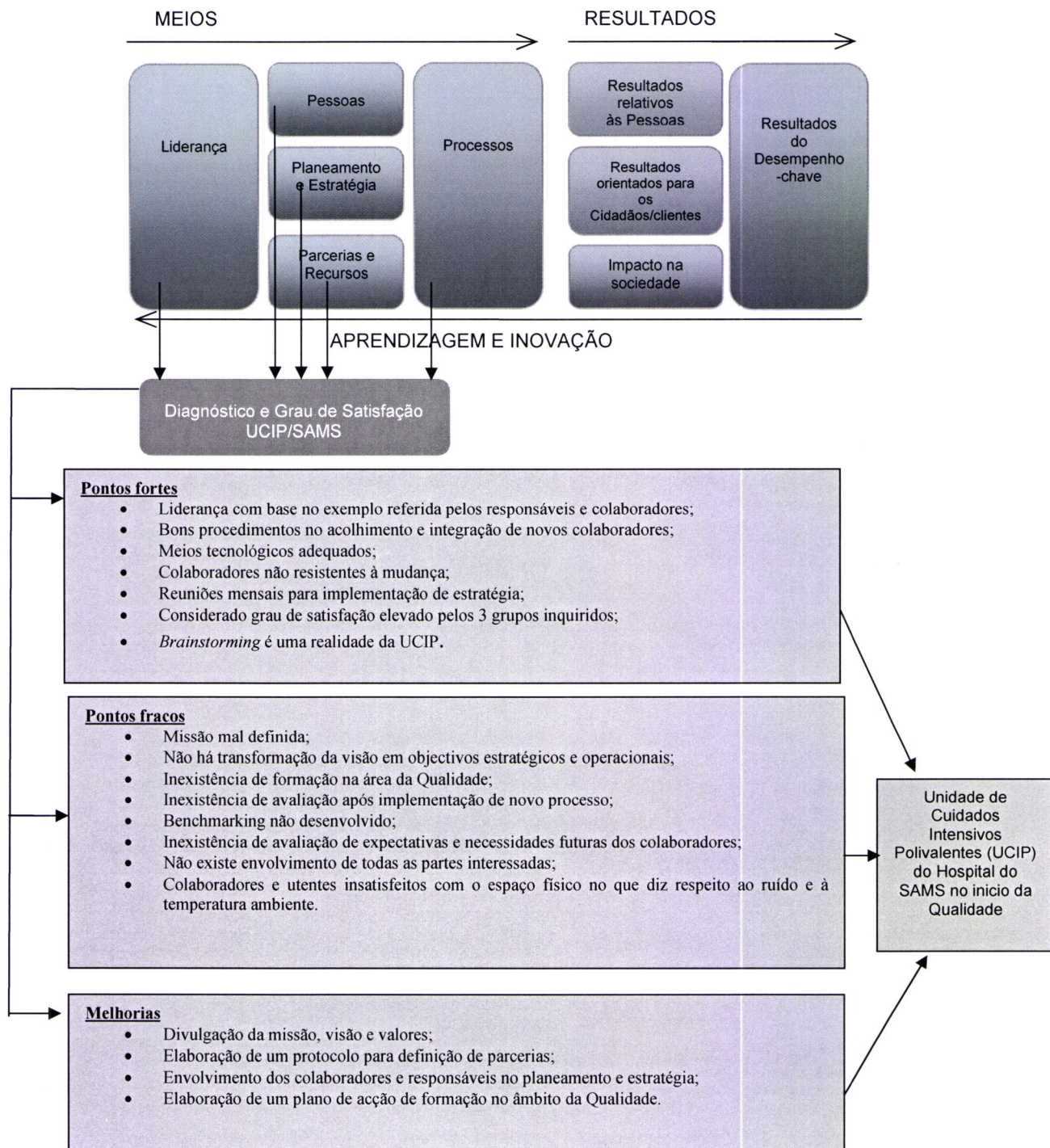
Um ponto forte a referir é a existência de recursos necessários para promover a modernização e a inovação do departamento.

O grau de satisfação é elevado, constituindo desta forma um ponto forte para o departamento.

Quanto ao grau de satisfação demonstrado pelos utentes é satisfatório, constituindo um ponto forte do departamento, a temperatura ambiente e o ruído foram os únicos indicadores, apontados pelos utentes numa forma negativa, quando se questionou acerca das condições de higiene e conforto da UCIP.

O modelo que serviu de base a todo este trabalho encontra-se agora preenchido com ilações que se consideram importantes, como se pode ver na Figura 5.

Figura 5 - Aplicação do modelo proposto



Fonte – Adaptado de Nogueiro (2008)

As mudanças, em geral, e na saúde, em particular, são fortemente influenciadas e condicionadas pelo contexto político, cultural, científico e tecnológico

vivenciado na sociedade. Estes acontecimentos da sociedade actual implicam importantes transformações ao nível das boas práticas de gestão.

A mudança é fundamental no desenvolvimento das organizações e requer, cada vez mais, o recurso a novas formas de organização do trabalho, que incentivem a cooperação entre os diferentes actores, enquanto integrados num sistema social que potencie a participação e o desenvolvimento das autonomias individuais e colectivas.

Limitações ao estudo

- ☛ Limitação Temporal;
- ☛ Escassez de Recursos Humanos.

Proposta de Investigação Futura

- ☛ Aplicar a totalidade do Modelo *Common Assessment Framework* no departamento estudado;
- ☛ Aplicar este Modelo a toda a instituição do Hospital do SAMS;
- ☛ Criar uma Comissão da Qualidade, para desta forma poder introduzir a temática Qualidade dentro da instituição;
- ☛ Elaboração de uma carta de melhoria.

AAVV

2000 Grande Dicionario Enciclopedico, Tomos I – XV, Clube Internacional do Livro Lisboa.

BANK, J.

1994 Gestão da Qualidade Total, Coleção chefias e Empresas, Edições cetop, Mem Martins.

BARÇANTE, Luís C.; CASTRO, Guilherme

1995 Ouvindo a Voz do Cliente Interno, Rio de Janeiro: Qualitymark Ed.

BERWICK, Donald

1994 Melhorando a Qualidade dos Serviços Médicos, Hospitalares e da Saúde, Makron Ed.

BISCAIA, José Luís

2000 “Qualidade em Saúde uma Perspectiva Conceptual”, Qualidade em Saúde. Ano 1, nº0 (Junho).

BOAVISTA, A.

1999 Qualidade Organizacional Hospitalar-Protocolo IQS/HQS. Instituto da Qualidade em Saúde: Lisboa.

BROCHA, B.

1994 Gerenciamento da Qualidade, Markron Books, São Paulo.

CARAÇA, Maria L.

2002 Avaliação da Qualidade nos Centros de Atendimento a Toxicodependentes (CATs) da Área de Lisboa e Vale do Tejo: Satisfação de Utentes e Satisfação de Profissionais (Dissertação de Mestrado)

CARR D. K.; Littman, I. D.

1993 Excellence In Government: Total Quality Management In The 1990s. 2ª ed. Arlington - Virginia: Coopers & Lybrand.

CROSBY, P.

1979 Quality is free. The art of making quality certain, Mcgraw-hill Book company, Nova York.

CRUZ, Carlos V.; CARVALHO, Óscar

1992 Qualidade – Uma Filosofia de Gestão, Porto: Texto Editora

DAGEN, N.

2000 Memória do Mundo: das origens ao ano Gráfica Lda Lisboa.

DALE B.; Cooper, C.

1995 Qualidade Total e Recursos Humanos. Lisboa: Editorial Presença.

Direcção-Geral da Administração Pública (DGAP)

2003 Estrutura Comum de Avaliação (CAF), Melhorar as organizações públicas através da autoavaliação, Direcção-Geral da Administração Pública, Lisboa.

2005 Manual de Apoio para a Aplicação da Estrutura Comum de Avaliação (CAF), Direcção-Geral da Administração Pública, Lisboa.

DONABEDIAN, A.

1980 The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor-MI: Health Administration Press.

1991 The role of outcomes in quality assessment and assurance. QRB.

DUNCAN, A.

1986 Quality Control Industrial Statistics, Irwin, Homewood, Illinois.

FORTIN, Marie Fabienne

2000 O Processo de Investigação: da concepção à realização. Lisboa: Lusociência.

GANOPA, C.

2001 Saúde: Na base da construção da qualidade de vida. Qualidade em Saúde, nº5 p.10-15.

GARVIN, C., Tropman, E.

1992 "Social Work in Contemporary Society", Englewood cliffs: Prentice-Hall International, Inc.

GARVIN, D. A.

1987 "Competing on the Eight Dimensions of Quality". Harvard Business Review. November-December: 101-109.

GODINHO, M. J.; Neto, S. C.

2001 Qualidade: uma prática secular. Lisboa: Secretariado para Modernização Administrativa.

GUERRA, I.

2003 Projecto de qualidade total numa unidade de fisioterapia: Diagnóstico e projecto de mudança. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.

ISO, Norma NP EN ISSO 9001

2000 Sistema de Gestão da Qualidade – Requisitos, IPQ, Caparica.

JURAN, Joseph M.

1980 Quality planning and analysis. New York: McGraw-Hill.

1991 Movimento da Qualidade a nível mundial, Quality Progress, ASQC, December, p. 19-24.

JURAN, J.M. & Frank M. Gryna

1990 Juran - Controle de Qualidade, Conceitos, Políticas e Filosofia da Qualidade, vol I, II, Editora Mc-Graw-Hill, Makron Books do Brasil Editora Lda, São Paulo.

LEANDRO, E.

2002 Guião para Auto-Avaliação de desempenho – Parte 1 e 2. Cadernos INA 2002, N°3 e 4. Oeiras: INA.

McADAM, R., and Leonard, D.

2001 “Developing TQM: the knowledge management contribution”. Journal of General Management. 26(4): 47-61.

MEZOMO, João Catarino

2001 “Gestão da Qualidade na Saúde”, S. Paulo: Manole.

Ministério da Saúde

2004 Plano nacional de saúde, 2004-2010 (Vol. II – Estratégias para obter mais saúde para todos – Qualidade em saúde). Lisboa: Autor.

MUNHALL, Patrícia L.

1982 “Nursing Philosophy and Nursing Research: In apposition or oposition?. Nursing Research.vol 31.3: 176-177.

NEVES, Arminda

2002 Gestão na Administração Pública. Editora Pergaminho Lda, Cascais.

NOGUEIRO, Teresa P. R.

2008 A Qualidade e o Modelo Common Assessment Framework. O caso dos Serviços Académicos da Universidade de Évora, dissertação de mestrado não publicada, Universidade de Évora

OLIVEIRA, I.

1998 Melhoria contínua nas organizações de prestação de cuidados de saúde. Lisboa: Centro de Estudos de Management.

PEREIRA, P., Alves, J., & Azevedo, A.

2004 Gestão por processos: Abordagem indispensável na saúde. Qualidade em Saúde, (9), 28-32

PIRES, A. R.

2000 Sistemas de gestão da qualidade, Lisboa: Edições Sílabo Lda.

2004 Qualidade – sistemas de gestão da qualidade. 3ª ed. Lisboa: Edições Sílabo Lda.

PISCO, L.

2000 A qualidade na saúde. Instituto da Qualidade em saúde em demanda de melhores serviços. Lisboa nº0 p.12-13.

2001 Perspectivas sobre a Qualidade em Saúde Qualidade em Saúde. Instituto da Qualidade Lisboa nº3 p.35.

ROCHA, J. A. O.

2001 Gestão Pública e Modernização Administrativa. Oeiras: INA.

2004 Gestão da Qualidade: aplicação aos serviços públicos. Lisboa: Escolar Editora.

2006 Gestão da Qualidade, Aplicação aos Serviços Públicos, Escolar Editora, Lisboa.

SÁ, P.

2002 Organisational Excellence in The Public Sector: With special reference to The Portuguese Local Government. PhD Thesis. Sheffield Hallam University, UK.

SILVA, A. et al

2004 Alquimia da qualidade na gestão dos hospitais. Lisboa.

STAMATIS

1996 Total quality management in healthcare: Implementation strategies for optimum results. USA: McGraw-Hill.

STRINGHAM, S. H.

2004 “Does Quality Management Work in the Public Sector?” Public Administration and Management: An Interactive Journal. School of Public Affairs. 9(3): 182-211.

URIEL, Z.

2001 Qualidade da assistência médico-hospitalar: Conceito, avaliação e discussão dos indicadores de qualidade. Brasil: MEDSI.

WALTON, M.

1994 The Deming Management Method: The Complete Guide to Quality Management. Management Book 2000 Lda USA.

WILKINSON, A; Redman, T.; Snape, E.; Marchington, M.

1998 Managing with Total Quality Management: Theory and practice. UK: McMillan.

YIN, Robert K

2005 Estudo de caso: Planejamento e Métodos. 3ª Edição. Porto Alegre: Bookman

YOUNG, J.; Wilkinson, A.

1999 "The State of total quality management: a review". The International Journal of Human Resources Management. 10(1): 137-161.

ZORRINHO, C. et al

2003 Gerir em Complexidade: um novo paradigma da gestão, Edições Silabo: Lisboa.