



UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ECONÓMICAS, EMPRESARIAS E TECNOLÓGICAS

MESTRADO EM GESTÃO DE EMPRESAS

ESPECIALIDADE EM PLANEAMENTO E ESTRATÉGIA EMPRESARIAL.

**GESTÃO DA QUALIDADE NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DO HOSPITAL
PROVINCIAL DO BIÉ E DO HUAMBO, ANGOLA.**

Dissertação apresentada ao referido Departamento como requisito para obtenção do grau de Mestre em
Gestão de Empresas.

Especialidade Em Planeamento e Estratégia Empresarial

AUTOR: Rubem Elavoco Nalumbo Candimba
Nr. 20130826

Orientadora: Professora Doutora Denise Capela dos Santos.

LISBOA, JANEIRO DE 2015

**GESTÃO DA QUALIDADE NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DO
HOSPITAL PROVINCIAL DO BIÉ E DO HUAMBO, ANGOLA.**

Rubem Elavoco Nalumbo Candimba
Nr. 20130826

BANCA EXAMINADORA

JÚRI

Presidente

1º. Vogal

2º. Vogal

3º. Vogal

LISBOA, JANEIRO DE 2015

DEDICATÓRIAS

“Tudo o que um sonho precisa para ser realizado é alguém que acredite que ele possa ser realizado” (**Roberto Shinyashiki**).

À Bernardina e aos nossos filhos, por serem tão especiais e sacrificados.

Aos meus Pais, por me chamarem à existência e pelo apoio incondicional.

Aos meus irmãos pela força e apoio.

AGRADECIMENTOS

Nesta secção, agradeço em primeiro lugar e profundamente à Deus pelo dom da vida.

À *Professora Doutora Denise Capela dos Santos*, expresso o meu profundo agradecimento pela sua disponibilidade, atenção, apoio, paciência, compreensão, sentido de crítica e, acima de tudo, pelo elevado profissionalismo sempre demonstrado ao longo desta jornada, que Deus a proteja e a guie e a faça prosperar ainda mais.

À coordenadora do MBA de Gestão e Economia da Saúde, *Professora Doutora Denise Capela dos Santos*, agradeço a oportunidade e o privilégio que tive em frequentar o MBA Executivo em Gestão e Economia da Saúde, concomitantemente agradecer o departamento do Mestrado em Gestão de Empresas que muito contribuiu para o enriquecimento da minha formação académica e científica.

À *Direção do HPB* por ter autorizado o estudo, especialmente à *Dr.ª Mariana da Conceição Fernandes*, o *Dr. Eduardo Caiangula* e a *Dr.ª. Maria Fernanda da Conceição*

À *Direção do HPH* bem como do Gabinete pedagógico Científico, pela autorização do estudo.

Ao *Professor Doutor José Vilelas*, pela amizade, paciência e pelos artigos.

À *Dr.ª. Jandira* pelo apoio merecido

Aos colegas que partilhamos ideias do saber bem como aos amigos pela amizade e pelo companheirismo, e a todas as pessoas que colaboraram quer seja de forma direta ou indiretamente para o cumprimento desta fase da minha vida, finalmente aos membros do júri que hoje apreciam ao nosso TRABALHO.

A todos, um sincero, MUITO OBRIGADO!

REFLEXÃO

“Sem mudanças, o progresso é impossível. E aqueles que não conseguem mudar suas mentes não conseguirão mudar coisa alguma”.

George Bernard Shaw.

RESUMO

A gestão da qualidade é fundamentada em unidades de cuidados intensivos (UCIs) por utilização de indicadores de qualidade como ferramentas para auxiliar e melhorar a qualidade, onde estratégias como reestruturação da organização dos serviços nacionais de saúde, adoção do *total quality management* como forma de aumentar a qualidade dos serviços de saúde, bem como sua eficiência. Um pouco pelo mundo inteiro, a avaliação, quer seja interna ou externa no que concerne à cuidados de saúde, tem sido utilizada com o intuito de regulamentar e melhorar e promover uma prestação de cuidados de saúde efetiva, tanto para UCIs como em Hospitais como um todo.

Com este trabalho pretende-se avaliar a qualidade total do serviço da UCI e tentar perceber de que forma a gestão da qualidade na unidade de cuidados intensivos é relevante para a satisfação efetiva dos utentes do serviço, contribuindo de forma positiva para a saúde da população. Pretende-se ainda identificar as opiniões dos enfermeiros, médicos, administrativos e utentes, relativamente à Gestão da Qualidade Total no contexto da unidade de cuidados intensivos, bem como propor uma modelo de gestão.

Para resposta aos objetivos, foi realizado um estudo empírico. Analisou-se uma amostra de 56 profissionais de saúde no ativo, dos quais 29 são participantes da UCI do Hospital Provincial do Bié e 27 pertencentes à UCI do Hospital Provincial do Huambo. Analisaram-se também 14 respostas de doentes sobre a satisfação do serviço prestado, sendo que 3 eram de doentes do hospital do Bié e 11 de doentes do hospital do Huambo.

De um modo global, este estudo enquadrou-se nos objetivos iniciais a que foi proposto; com tudo, resume-se que o primeiro objetivo geral foi alcançado, a medida em que nos foi possível avaliar e nos aperceber por meio de observação e de inquérito aplicado, bem como dos resultados alcançados por intermedio dos testes utilizados, o tipo de gestão exercida na unidade de cuidados intensivos. E porque também, os resultados obtidos refletem a realidade e reforçam aquilo que de facto foi observado; de um lado, e por outro lado nos apercebemos do grau da satisfação dos profissionais.

Relativamente ao segundo objetivo geral, também foi alcançado embora não a 100% em função de alguns resultados obtidos durante algumas correlações feitas, principalmente relacionado a satisfação do serviço prestado. Os utilizadores relatam haver fraca satisfação do serviço empregue.

Foi possível identificar e quantificar também as opiniões dos enfermeiros, médicos, administradores e utilizadores do serviço graças aos instrumentos de colheita de dados, bem como da sua análise em termos de estatística. As nossas hipóteses foram confirmadas, muito embora houvesse uma ou outras que apesar de confirmadas demonstraram fraquezas em suas correlações.

Identificamos ainda os efeitos sinérgicos das decisões estratégicas e as práticas da gestão operacional no desempenho relacionado a qualidade no melhoramento do atendimento na unidade de cuidados intensivos, e, constatou-se haver de facto fraca capacidade de implementação de normas da qualidade na unidade, bem como falta de incentivos «motivação». Apesar deste fato, é necessário reduzir as barreiras, tais como as relacionadas a fatores comportamentais, atitudes e conhecimento.

Acreditamos que a implementação do modelo conceptual de gestão da qualidade na unidade de cuidados intensivos proposto neste estudo, reveste-se da maior importância, uma vez que contribuirá não só para a melhoria da qualidade e do desempenho do serviço prestado a nível da UCI, como também devido à sua utilidade em prever e controlar melhor os processos, bem como para o melhoramento de políticas de gestão e logo, para estratégia do hospital no geral.

Palavras-chaves: Gestão, Qualidade, Saúde, UCI, Indicadores.

ABSTRACT

Quality management is based on intensive care units (ICUs) by using quality indicators as auxiliary tools and improve the quality, where strategies such as restructuring the organization of national health services, adoption of *total quality management* in order to increase the quality of health services, as well as its efficiency. A bit over the world, evaluation, whether internal or external with regard to health care, has been used in order to regulate and improve and promote the provision of effective health care for both ICUs and in hospitals as a whole.

This study aims to assess the overall quality of the ICU service and try to understand how quality management in the intensive care unit is relevant to the effective satisfaction of service users, contributing positively to the health of the population. Another objective is to identify the opinions of nurses, doctors, and administrative users, for the Total Quality Management in the context of intensive care unit, as well as propose a management model.

To address the goals, was conducted an empirical study. We analyzed a sample of 56 health professionals in assets, including 29 participants of the ICU of Bié Provincial Hospital and 27 members of the ICU of Huambo Provincial Hospital. We analyzed 14 patients also responses on satisfaction of the service provided, and 3 were from Bié hospital patients and 11 of Huambo hospital patients.

Globally, this study is relevant to the initial objectives that were proposed; with everything boils down to the first general objective has been achieved, the extent to which we could evaluate and realize through observation and applied investigation and the results achieved through the intermediary of the tests used, the type of management conducted in the intensive care unit. And why also, the results reflect reality and reinforce what in fact was observed; on one side, and on the other hand we realize the degree of satisfaction of professionals.

As regards the second general objective was also achieved although not 100% due to some results obtained during some correlations made, mainly related to satisfaction of service. Users report be weak satisfaction of the employed service.

It was possible to identify and quantify also the opinions of nurses, doctors, administrators and users of the service thanks to data collection instruments, as well as their analysis in terms of statistics. Our variables were confirmed, even though there were one or other that despite confirmed demonstrated weaknesses in their correlations.

We also identified the synergistic effects of strategic decisions and practices of operational management in performance related to quality improvement in care in the intensive care unit, and we found out there really weak capacity to implement quality standards in the unit, and lack of incentives 'motivation'. Despite this fact, it is necessary to reduce barriers, such as those related to behavioral factors, attitudes and knowledge.

We believe that the implementation of the conceptual model of quality management in the intensive care unit proposed in this study, is of the utmost importance, since it will not only improve the quality and performance of service within the UCI, as also because of its utility in predicting and better control processes as well as for improving management policies and soon, the hospital strategy in general.

Keywords: Management, Quality, Health, ICU, Indicators.

ÍNDICE GERAL

Índice de figuras	xii
Índice de quadros	xii
Índice de gráficos.....	xii
Índice de tabelas	xiii
Listas de siglas e abreviaturas	xiv

CAPÍTULO 1

2. Introdução	2
2.1 Importância da gestão da qualidade nos hospitais e nas unidades de cuidados intensivos	5
2.2 Relevância do tema	6
2.3 Formulação da questão de investigação	7
2.3.1 Objetivos gerais	7
2.3.2 Objetivos específicos	7

CAPÍTULO 2

3 Enquadramento Teórico	9
3.1 Conceito de qualidade	9
3.2 Evolução do conceito da qualidade	11
3.2.1 Filosofia da qualidade	13
3.2.2 Evolução do conceito da qualidade na administração pública	13
3.3 Qualidade total na gestão e no contexto organizacional.....	15
3.3.1 Conceitos conexos com a gestão da qualidade total (TQM).	16
3.4 A gestão da qualidade	18
3.5 A qualidade em saúde	21
3.5.1 Conceito da qualidade aplicada à saúde	22
3.5.2 A qualidade nos hospitais	27
3.5.3 A melhoria da qualidade e implementação	28
3.5.3.1 Escolher a medida certa	29
3.5.3.2 Desenho e implementação	31
3.5.4 A qualidade nos cuidados intensivos	31
3.6 Indicadores de qualidade	33
3.7 Modelo conceptual	38
3.7.1 Apresentação das variáveis em estudo referentes à sua implementação para a gestão da qualidade nos hospitais ...	39
3.7.2 Hipóteses	47

CAPÍTULO 3

4	Metodologia da investigação	49
4.1	Revisão da literatura	49
4.2	Estudo empírico	49
4.2.1	Instrumentos de colheita de dados	49
4.2.2	Questionário	50
4.2.2.1	População e amostra.....	50
4.2.2.2	Tratamento dos dados.....	51
4.2.2.3	Análise estatística.....	51

CAPÍTULO 4

5	Apresentação dos Resultados e Discussão (Questionários Aplicado à Profissionais	53
5.1	Caraterização da amostra	53
5.1.1	Dados demográficos	54
5.2	Análise da estatística descritiva	57
5.3	Avaliação do coeficiente de fiabilidade interna dos questionários...	59
5.4	Análise do coeficiente de correlação de Pearson entre as variáveis.	61
5.5	Apresentação dos Resultados e Discussão (Questionários dos Doentes)	69
5.5.1	Caraterização da amostra	69
5.5.1.1	Dados demográficos	69
5.5.2	Análise da estatística descritiva	71
5.5.3	Avaliação do coeficiente de fiabilidade interna dos questionários.	72
5.6	Discussão dos resultados (questionários dos profissionais).....	74
5.7	Discussão dos resultados (questionários dos profissionais).....	79

CAPÍTULO 5

6	Considerações finais	80
6.1	Implicações para a gestão dos hospitais	84
6.2	Limitações do estudo	87
6.3	Estudos futuros	89

CAPÍTULO 6

7	Referências bibliográficas	90
----------	---	-----------

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Pirâmide de controlo invertida (adaptada de Rocha, 2011,p.31)	15
Figura 2- Indicadores baseados no ciclo da melhoria da qualidade	35
Figura 3- Modelo a testar da gestão da qualidade para os serviços (criação própria baseada em Douglas e Fredendall, 2004, p.395)	47
Figura 4- Modelo testado e revisado da gestão da qualidade para a UCI.....	69

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº 1- Descrição das variáveis do modelo (criação própria adaptado em Douglas e Fredendall, 2004, p.395)	38
Quadro nº 2- Escala de avaliação de medidas de confiabilidade interna «Alpha de Cronbach» (adaptado de Hill, 2012,p.149)	59
Quadro nº 3- Escala da avaliação de medidas do «Coeficiente de correlação de Pearson (r)» (adaptado de Vilelas, (2009, p. 329).....	61
Quadro nº 4- Resumo e grau de confirmação das hipóteses	68

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº 1- Distribuição percentual da amostra entre os profissionais do hospital do Bié e do Huambo	53
Gráfico nº 2- Distribuição percentual da amostra em género	54
Gráfico nº 3- Distribuição percentual da amostra por escalão etário.....	55
Gráfico nº 4- Distribuição percentual da amostra por experiência na função	55
Gráfico nº 5- Distribuição percentual da amostra por experiência na organização.....	56
Gráfico nº 6- Apresentação das médias e dos desvios padrão das variáveis	58
Gráfico nº 7- Distribuição percentual da amostra entre os doentes do hospital do Bié e do Huambo	70
Gráfico nº 8- Distribuição das médias e desvios padrão da variável analisada (doentes).....	72

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela nº 1- Taxa de respostas dos questionários aplicados a profissionais	94
Tabela nº 2- Distribuição de frequências e percentagens da formação profissional....	56
Tabela nº 3- Distribuição de frequências e percentagens da categoria profissional...	57
Tabela nº 4- Distribuição das variáveis analisadas no estudo	58
Tabela nº 5- Estatística de confiabilidade do questionário (total).....	60
Tabela nº 6- Fiabilidade interna das variáveis apresentadas no estudo	60
Tabela nº 7- Coeficiente de correlação da Hipótese 1.....	62
Tabela nº 8- Coeficiente de correlação da Hipótese 2	63
Tabela nº 9- Coeficiente de correlação da Hipótese 3	63
Tabela nº 10- Coeficiente de correlação da Hipótese 4	64
Tabela nº 11- Coeficiente de correlação da Hipótese 5	64
Tabela nº 12- Coeficiente de correlação da Hipótese 6	65
Tabela nº 13- Coeficiente de correlação da Hipótese 7	65
Tabela nº 14- Coeficiente de correlação da Hipótese 8	66
Tabela nº 15- Coeficiente de correlação da Hipótese 9.....	66
Tabela nº 16- Coeficiente de correlação da Hipótese 10	67
Tabela nº 17- Coeficiente de correlação da Hipótese 11	67
Tabela nº 18- Coeficiente de correlação da Hipótese 12	68
Tabela nº 19- Taxa de respostas dos questionários aplicados aos doentes	70
Tabela nº 20- Distribuição da variável analisada por item (doentes)	71
Tabela nº 21- - Estatística de confiabilidade do questionário (total) doentes	72
Tabela nº 22- Distribuição das frequências e percentagem por item	73

LISTA DE ABREVIATURAS UTILIZADAS AO LONGO DO TEXTO

EFQM	- European Foundation for Quality Management
EOQC	- European Organization for Quality Control
EQA	- European Quality Award
H	- Hipótese
HPB	- Hospital Provincial do Bié
HPH	- Hospital Provincial do Huambo
IBQI	- Indicator-Based Quality Improvement
ICU	- Intensive Care Units
IQ	- Indicadores de Qualidade
ISO	- International Standards Organization
JCAHO	- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization
MBNQA	- Malcolm Baldrige National Quality Award
MINSa	- Ministério da Saúde de Angola
NASA	- National Aeronautics and Space Administration
NICE	- National Intensive Care Evaluation
OMS	- Organização Mundial da Saúde
SGQ	- Sistema de Gestão da Qualidade
SNS	- Serviço Nacional de Saúde
TQM	- Total Quality Management
UCI	- Unidade de Cuidados Intensivos
USA	- United States of America
WHO	- World Health Organization

CAPÍTULO 1

2. INTRODUÇÃO

“Na última década, a ciência da melhoria sobre gestão da qualidade, desenvolveu dramaticamente; duas publicações marco do Instituto de Medicina «cruzar o abismo da qualidade» e «Errar é humano», serviram para trazer qualidade e erros médicos na vanguarda da medicina moderna. Estas publicações ampliaram significativamente a consciência pública sobre a diferença de gestão da qualidade e melhoria da qualidade, feito uma prioridade imediata para os governos, os contribuintes, médicos, enfermeiros e pacientes. Consequentemente, a medição da qualidade de rotina e melhoria contínua, tornaram-se uma parte da prática clínica diária e parte integrante das empresas de saúde” (Kahn e Fuchs 2007, p. 13,709).

Segundo os mesmos autores, apesar da importância da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, só recentemente os princípios e práticas de gestão da qualidade puderam vir a medicina intensiva; vários fatores podem ser atribuídos a essa chegada tardia em relação à cena. Até agora, tem havido uma base de evidência prática subjacente limitada na unidade de cuidados intensivos UCI.

Os mesmos autores salientam ainda que em anos anteriores, as decisões clínicas na unidade de cuidados intensivos foram geralmente baseadas em princípios fisiológicos, invés de evidências de estudos observacionais e ensaios clínicos. Referem também que os recentes avanços da gestão na prestação de cuidados, essencialmente nos cuidados da ventilação mecânica, cuidados em sepses, prática de sedação e medicina preventiva têm finalmente dado um conjunto de pontos de referências para medir e melhorar o desempenho nas unidades de cuidados intensivos. Além disso, a UCI é uma área de alta acuidade e alta carga de trabalho para além da complexidade (Kahn e Fuchs 2007, p. 13,709).

“A garantia da qualidade é definida pela norma ISO 9000 (Internacional Organization for Standardization) como sendo a capacidade de um conjunto de características inerentes de um produto, sistema ou processo para a satisfação das necessidades explícitas e implícitas dos clientes e outras partes interessadas” (Alves, 2009, p. 68).

nos últimos 10-15 anos, as medições de qualidade e ou gestão da qualidade encontraram seus caminhos com força total em medicina, bem como de cuidados intensivos. Claro, os médicos e enfermeiros, por muito mais tempo, focaram-se com a entrega de um tratamento de alta

qualidade e atendimento de pacientes, mas a abordagem mais estruturada para as questões de qualidade e comparações entre as unidades é um fenómeno mais recente (Flaatten, 2012, p. 1078 - 1079).

O Instituto de Medicina dos EUA destacou um grave problema de segurança de pacientes e, importância das provas iniciativas da melhoria da qualidade para reduzir evidências adversas. As iniciativas da melhoria da gestão da qualidade foram destinadas a reduzir eventos adversos e resultar um impacto mensurável sobre outros resultados importantes, como a mortalidade, e, com base no tempo ilimitado de internação hospitalar (Lipitz-Snyderman *et al.*, 2011, p. 1-2).

Van-Dúnem (2014) refere que em Angola porém, essa realidade é ainda minúscula considerando que só agora com a criação do despacho n.º 1114/14, Diário da República 1ª Série n.º 91 é que foi aprovado o Programa Nacional de Humanização da Assistência na saúde, constituindo parte integrante do presente Decreto Executivo. Ora, o Sistema da Saúde está fortemente ligado à qualidade do relacionamento humano estabelecido entre os profissionais e os usuários no processo de atendimento hospitalar.

O mesmo autor refere ainda que, sob o lema a saúde é o bem mais precioso a que todos podemos aspirar, o Ministério da Saúde de Angola (MINSA), na voz do seu Ministro, pôs em prática um programa de ação junto dos cidadãos e dos profissionais de saúde para incentivar o desenvolvimento de uma nova cultura centrada no respeito e valorização da vida humana.

Tal como referiu o Ministro da Saúde de Angola numa intervenção recente, a saúde é um fator chave no processo de consolidação social e no fortalecimento da coesão nacional, assim como um pressuposto básico e incontornável do desenvolvimento socioeconómico do País e da melhoria da qualidade de vida dos cidadãos (Van-Dúnem, 2014). O mesmo decreto afirma ainda que agora as atenções do Ministério da Saúde estão para a Qualidade do serviço prestado, colocando a centralidade no utente e suas famílias.

“O planeamento em saúde, muitas vezes, dá primazia aos indicadores de produtividade, aos dados da eficiência e da eficácia, aos números e estatísticas, e coloca em segundo plano as questões sociais, éticas e até educacionais ligadas à saúde e à doença, bem como as formas de atendimento que são, muitas vezes, subestimadas e até mesmo desconsideradas” (Van-Dúnem, 2014).

De acordo com estudos de avaliação realizados em vários países, uma percentagem significativa de utentes do sistema de saúde revela ter a percepção que a qualidade técnico-científico dos serviços de saúde prestados pelos profissionais de saúde nem sempre se faz acompanhar por uma correspondente qualidade nos aspetos relacionais, tais como o respeito pelo outro, a forma de comunicação, o atendimento, a atenção e o tempo dispensado ao utente (Van-Dúnem, 2014).

O mesmo autor refere ainda que apesar da experiencia ter demonstrado que um enorme número relacionado as queixa, reclamações dos utilizadores do serviço, essas podem ser resolvidas, ou minimizadas se os utilizadores se sentirem ouvidos, entendidos, hospedados, estimados e respeitados pelos profissionais que os atendem. Evidentemente que um intento desta essência transpõe pela combinação de incalculáveis fatores e pela congregação de inúmeros esforços de todos os intervenientes. Alguns desses componentes são facilmente reconhecíveis, enquanto outros são de natureza mais complexa e requerem maior tempo e outras formas de interveniência. Entre eles estão questões ligadas a uma ampla gama de necessidades, tais como: i) existência de profissionais de saúde em número suficiente e com as competências adequadas (técnico-científicas e relacionais); ii) abertura de novos estabelecimentos de saúde ou modernização dos existentes; iii) melhoria das condições de trabalho dos profissionais de saúde; iv) melhoria das condições de atendimento aos utentes e familiares, em especial das populações mais vulneráveis; v) melhoria da imagem dos serviços de saúde junto da população e dos próprios profissionais de saúde.

Segundo Van-Dúnem (2014), Todos estes pressupostos, fazem com que imbuam e regulem a qualidade da prestação de serviço de saúde, apesar de apenas alguns estarem agora contemplados no Programa Nacional de Humanização da Assistência na Saúde dos Angolanos. O Ministério prevê também expansão do Gabinete do Utente a todos os Hospitais das províncias de Angola; criação de folhetos informativos com as regras do Hospital, e ainda com os direitos e deveres do utente; Continuação de ações de formação para todos os funcionários dos hospitais de modo a promover melhorias na Gestão dos Hospitais, na qualidade dos serviços prestados e num atendimento cada vez mais humanizado. Embora a qualidade seja largamente utilizada no meio industrial e dos serviços, a sua aplicação no seio dos serviços e cuidados de saúde tem vindo a ganhar cada vez maior expressão. Caracterizando a intervenção em saúde moldada pelo imperativo da resolução eficaz e eficiente dos problemas da saúde-doenças, pela existência de resposta

interativas no quadro dos recursos organizacionais e profissionais na qual se inscreve, fomentar e sedimentar a qualidade na prestação de cuidados de saúde se exige, em primeira e em última instância, uma transferência rigorosa das metodologias, modelos e demais lógicas processuais da gestão da qualidade na estrutura dos cuidados de saúde, aspetos que requerem uma profunda reflexão sobre a reorganização da gestão de todo o sistema de saúde.

2.1 Importância da gestão da qualidade nos hospitais e nas unidades de cuidados intensivos

A gestão da qualidade nos hospitais é importante a medida em que permite definir objetivos claros e identificar os resultados pretendidos, de modo a poder determinar até que ponto os está a atingir.

Martin e Henderson (2004, p. 178) evidenciam que uma outra importância da gestão da qualidade nas unidades de saúde é pelas três razões principais:

- É importante para os utentes dos serviços, não só beneficiam diretamente se os seus requisitos forem satisfeitos, como ainda indiretamente se se sentirem confiantes de que, numa próxima oportunidade em que o visitem, voltam a ser bem tratados. Os utentes dos serviços e os familiares estão muitas vezes preocupados, ansiosos, stressados, assustados e vulneráveis. Estes sentimentos são exacerbados pelos longos períodos de espera, pela informação insuficiente, pela insensibilidade face às suas necessidades e pela pobreza das instalações. Tudo o que possa ser feito para atenuar estes sentimentos e melhorar a qualidade das suas experiências, é precisamente uma gestão efetiva de processos desde o ponto de vista da melhoria contínua até a gestão global a nível hospitalar especialmente num serviço específico UCI; Permite ainda que os utentes dos serviços possam participar na identificação dos resultados que pretendem das unidades de saúde, e na conceção de serviços que vão ao encontro daquelas pretensões (Martin e Henderson, 2004, p. 178).
- É importante para os colaboradores, visto que permite que haja um verdadeiro desejo e comprometimento em cuidar daqueles com necessidades. Um programa bem concebido tendo em vista a melhoria da qualidade, responsabilizando as pessoas no sentido de poderem decidir o que há para fazer e apoiando-os depois nos seus esforços de melhoria da qualidade, é um caminho a seguir nesta espiral. Os benefícios para si e para os seus colaboradores traduzir-se-ão provavelmente em: -

Maior satisfação profissional, - Menos frustração, - Maior sentimento de valia individual à medida que a reputação do seu departamento aumento na comunidade, e por fim, Melhor *feedback* dos doentes e dos utentes do serviço (Martin e Henderson, 2004, p. 179).

- Finalmente a gestão da qualidade nas unidades de saúde em especial na UCI, é importante tanto para os utentes como para os colaboradores e por ajudar a reduzir os custos.

2.2 Relevância do tema

Os avanços observados nas últimas décadas têm levado as organizações sejam elas públicas ou privadas a procurarem novos formatos de gestão, com a finalidade de aprimorar o desempenho, obter resultados e atingir a missão dentro da organização para um atendimento integral tendo em conta as necessidades dos utentes. Verificando-se que o êxito das modernas organizações depende muito do tipo de investimento a fazer nas pessoas, com reconhecimentos, com proveitos e desenvolvimento do capital intelectual.

O crescente enfoque e interesse pela qualidade, é pelo facto de ser um fenómeno relativamente novo nos sistemas de saúde, graças as referências e experiências adquiridas e desenvolvidas no âmbito industrial por Deming, 1986 e Juran 1980 a partir de meados do século XX.

Segundo Silva *et al.*, (2010, p. 20), existe um domínio onde, à conformidade de muitos distintos, como sejam o financiamento, relação de mercado oferta/ procura, previsibilidade de necessidades, impacto e visibilidade social, as idiossincrasias do sistema, definem, moldam e ajustam uma realidade transposta de outras áreas de atividades, para o sistema de saúde.

A avaliação da qualidade dos cuidados prestados, visa a melhoria contínua e o aumento da efetividade dos mesmos, constituindo assim uma finalidade dos sistemas de saúde modernos. Neste contexto, à semelhança do que se passa noutros países, as questões relacionadas com a avaliação, garantia e melhoria contínua da qualidade no sistema de saúde, de âmbito público, privado ou social, assumem cada vez maior relevância. Aperfeiçoar a qualidade relacionada aos cuidados de saúde prestados aos cidadãos e assegurar a todos os usuários acesso a cuidados de qualidade, em tempo oportuno e com

custos convenientes; é pois um desafio para os diferentes atores (*stakeolders*) da saúde, com a finalidade de desenvolver de forma sustentável os Municípios de Angolanos e não só.

2.3 Formulação da questão de investigação

2.3.1 Objetivos gerais

- Avaliar a qualidade total do serviço de UCI e tentar perceber de que forma a gestão da qualidade na unidade de cuidados intensivos é relevante para a satisfação efetiva dos utentes do serviço, contribuindo de forma positiva para a saúde da população.
- Identificar as opiniões dos enfermeiros, médicos, administrativos e utentes, relativamente à Gestão da Qualidade total no contexto da unidade de cuidados intensivos, concomitantemente propor um modelo de gestão.

Cabe-nos formular as seguintes questões:

2.3.2 De forma a dar resposta aos objetivos gerais, foram definidos objetivos específicos:

- a) Analisar que indicadores escolher para avaliação da qualidade do serviço na unidade de cuidados intensivos;
- b) Perceber a relação existente entre a qualidade percecionada pelos profissionais de saúde e a qualidade percecionada pelos utentes da UCI;
- c) Identificar as variáveis que têm mais impacto na gestão da qualidade total na unidade de cuidados intensivos;
- d) Perceber a relação existente entre a gestão pela qualidade total e a gestão do processo de qualidade da UCI;
- e) Entender os fatores que condicionam negativamente a qualidade no serviço;
- f) Identificar os parâmetros de sucessos na gestão da qualidade na UCI;
- g) Perceber a relação existente entre a satisfação do serviço prestado pelo profissional e a gestão de processo;

Tendo em conta este quadro, o presente trabalho é constituído por cinco capítulos. Inicialmente no Capítulo 1; apresentamos a introdução onde é efetuada uma apresentação ao estudo em questão, as razões que motivaram optar por este tema, bem como a definição dos objetivos para investigação e sua importância, baseando-se às referências de alguns autores que se dedicaram a efetuar uma análise quer seja mais profunda ou não sobre o assunto, apresentando desta forma uma resenha teórica referente a gestão da qualidade no hospital, em particular na unidade de cuidados intensivos.

No Capítulo 2; é feito o enquadramento teórico, com o desenvolvimento dos conceitos de qualidade, sua evolução, filosofia, evolução do conceito na administração pública com enfoque a gestão da qualidade em hospital em particular na UCI, ainda é feito abordagens relacionadas a melhoria da qualidade e sua implementação, apresentamos também o modelo conceptual, bem como dos parâmetros que estão associados ao seu desenvolvimento e expansão para a concretização e compreensão do estudo.

No Capítulo 3; apresenta-se a metodologia adotada começando por uma revisão da literatura, o estudo empírico tendo em conta aos instrumentos utilizados para a colheita de dados, referenciamos também a população e amostra, o tratamento merecido à amostra dos dados bem como da análise estatística.

No Capítulo 4; apresenta-se a caracterização da amostra tendo em conta aos dados demográficos, as análises efetuadas, quer sejam estatísticas descritivas, a análise do coeficiente de correlação de Pearson entre as variáveis tendo em conta ao estudo e ao modelo proposto, far-se-á ainda uma avaliação do coeficiente de fiabilidade interna dos questionários, bem como os comentários relativamente a discussão dos resultados assim como sua apresentação e conclusões relativo aos resultados encontrados.

No Capítulo 5, apresenta-se as implicações para a gestão dos hospitais, as limitações do estudo, os pressupostos para trabalhos a serem desenvolvidos futuramente; e, finalmente no Capítulo 6, apresentamos as referências das bibliografias utilizadas para a consecução do estudo concomitantemente anexos.

CAPÍTULO 2

3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

3.1 Conceito de qualidade

“O conceito de Qualidade constitui uma grande confusão na literatura. Ora se relaciona o tema qualidade com os procedimentos (*Quality in conformance to requirements*), ora se entende qualidade como a capacidade de servir determinados fins, ora faz-se significado de excelência duma organização. Mas existem outros significados para qualidade, fazendo-a coincidir com eficiência, eficácia e produtividade. A insistência em cada um destes elementos varia conforme a evolução histórica do conceito. Assim passou-se da preocupação com os *standards*, para a primazia dada aos clientes e, finalmente, para a consideração de toda a organização. Igualmente cada um dos modelos e filosofias faz sobressair uma dada dimensão da qualidade. Trata-se por tanto, de um conceito complexo que influencia toda a gestão organizacional” (Rocha, 2011,p. 17).

Segundo Alves (2009, p. 69), a qualidade nos últimos anos, transformou-se no fator mais importante para conseguir o êxito organizacional e o crescimento das empresas, tanto nos mercados nacionais como nos internacionais; pois, um sistema de qualidade forte e eficiente gera excelentes resultados de utilidades nas empresas com estratégias de qualidade eficientes. Isto é demonstrado por importantes aumentos na penetração dos mercados, melhorias de produtividade total, custos, no que respeita à qualidade, e por uma liderança competitiva mais forte. O mesmo autor salienta ainda que a qualidade tornou-se como um pré-requisito para o alcance do êxito das empresas, tendo aludido que a perda de participação dessas empresas no mercado, nomeadamente através do fracasso de produtos e o desperdício, traduzem-se como sendo o resultado de um mau planeamento da qualidade.

Quando mencionamos o termo «Qualidade» associamo-lo, normalmente, a produtos ou serviços excelentes que satisfazem as nossas expectativas, as quais se definem em função do uso que damos ao produto ou serviço. Se o produto ou serviço em questão melhora as nossas expectativas, então falamos de qualidade. É, pois uma qualidade cuja valorização depende do que se percebe. Num relatório final para Planeamento Europeu, podemos ler sobre o assunto:

la calidad de productos y servicios resulta de las contribuciones para la calidad de varios individuos con muchas habilidades técnicas de producción y administrativas diferentes. El centro para el éxito de la calidad es el compromiso positivo de la calidad que é fundamental para los programas de control total de la calidad. Hay muchas formas en que este compromiso evolucionó con la calidad y tiene éxito, dependiendo que se a la historia, políticas, personalidades, recursos, etc., de la compañía (Alves, 2009, p.69).

Esta definição demonstra a importância da qualidade dos produtos ou serviços, assim como a importância do empenhamento de todos os indivíduos implicados.

Segundo Alves, (2009), a existência de enorme diversidade de resultados que oferece a qualidade, faz com que se assista uma busca suprema com propósito de alcançar o sucesso da qualidade por parte das empresas pelo mundo inteiro, de modo a que se possa considerar a qualidade como conformação de gerir as organizações modernas. O mesmo autor refere ainda que, a eficiência na gestão da qualidade transformou-se num contexto necessário para a eficiência da gestão industrial em si. O comprometimento com o atributo da qualidade pode considerar-se contínuo, básico para o controlo total da qualidade.

Para Silva, Saraiva e Teixeira, (2010, p. 21), citado por Biscaia, (2002), a necessidade de um sistema de qualidade foi identificada e explicitada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), na sua declaração saúde para todos no ano 2000, na sua meta 31, e pelo conselho da Europa na sua recomendação nº 17/97 do conselho de Ministros, sendo consensual a sua definição como:

«Conjugação integrada de atividades planeadas, baseadas na definição de metas explícitas e na avaliação de desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados, tendo como objetivo a melhoria da qualidade dos cuidados prestados».

Os principais objetivos, da introdução de políticas de melhoria contínua da qualidade nos cuidados de saúde, passaram sempre por; **i)** procurar promover e manter a saúde das populações; **ii)** estruturar os serviços de saúde de molde a satisfazer as necessidades dessas populações; **iii)** assegurar a competência profissional dos prestadores de cuidados; **iv)** garantir que os recursos financeiros, humanos, equipamentos e informação fossem utilizados de forma racional e eficiente e, necessariamente, **v)** assegurar a satisfação dos utilizadores dos cuidados de saúde (WHO, 2006), citado por (Silva; Saraiva e Teixeira, 2010).

“Avaliar e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos e assegurar a todos os utilizadores acesso a cuidados de qualidade, em tempo útil e com custos adequados é, pois, o grande desafio para os profissionais da área da saúde; como

consequência, verifica-se que a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde tem despertado, nos últimos tempos interesse crescente, que se tem manifestado, não só ao nível dos decisores políticos e das administrações, mas também no seio dos profissionais de saúde e dos próprios utentes” (Silva *et al.*, (2010, p. 23-24).

3.2 Evolução do conceito de qualidade

Em termos gerais, a primeira preocupação da qualidade diz respeito a um conjunto de técnicas destinadas a evitar erros. Estas técnicas estão principalmente para a qualidade como «*fitness for use*», em que o produto determina aquilo que é adequado e o que não é adequado. Posteriormente caminha-se para tomar como ponto de partida os consumidores que determinam o comportamento do produtor e os contornos do serviço ou produto. (Rocha, 2011, p.17- 18).

A história da qualidade pode ser dividida em cinco fases:

- Inspeção da qualidade (1945-1949)
- Controlo estatístico da qualidade (1949-1951)
- Sistema orientado para a garantias da qualidade (1951-finais dos anos 60)
- Controlo da qualidade em toda a organização (finais dos anos 60 até anos 80)
- Gestão da qualidade total – TQM (anos 80 até ao presente).

1ª Fase: *Inspeção da qualidade (1945-1949)*. Nesta aceção qualidade consiste na «conformance to requirements», a inspeção tinha uma função técnica: detetar os produtos bons e deixá-los passar e travar os produtos defeituosos. Contudo a inspeção da qualidade caiu em descrédito, devido ao fato da inspeção total dos produtos ser impossível de se realizar e as inspeções de pequenas amostras não serem suficientemente representativas. Falta referir que os instrumentos de controlo são constituído por *normas estandardizadas* (Rocha, 2011, p.17-18).

2ª Fase: *Controlo estatístico da qualidade (1949-1951)*. Em ordem a ultrapassar os problemas da inspeção da qualidade, esta converteu-se no controlo estatístico da qualidade. O impulso deve-se a Deming, o qual acentuou a importância da variação - os problemas que causa e as suas origens, distinguindo entre erros sistemáticos, causados pelo homem e

pela máquina, e erros aleatórios causados, por exemplo, pela má qualidade dos *inputs* (Rocha, 2011, p.17- 18).

Segundo o mesmo autor os instrumentos de análise são constituídos por métodos estatísticos como técnicas de amostragem, aplicáveis apenas à produção de bens, sendo o conceito de qualidade entendido como conformidade com as especificações.

3ª Fase: *Sistema orientado para a garantia da qualidade (1951-finais dos anos 60)*. Durante os anos sessenta o ambiente empresarial mudou, questionando-se a produção em massa. Organizações com sucesso têm de gerir sistemas internos, mais também externos, e a qualidade passa a entender-se como «*fitness for purpose*», isto foi fundamentado por Juran, (1979) citado por (Rocha, 2011, p.18-20).

Loffler (2001) citado por Rocha, (2011), refere que o objetivo não é mais a produto final, mais sim os procedimentos de produção, de forma a melhorar a qualidade do produto e amplia-lo às necessidades dos consumidores. Enquanto para Feigenbaum (1983) citado por Rocha (2011), *Quality is everybody's job*, tendo deixado de ser apenas tarefa da inspeção.

4ª Fase: *Controlo da qualidade em toda a organização (finais dos anos 60 até anos 80)*. Esta nova abordagem foi introduzida por Ishikawa (1985), o qual insiste na análise do mercado como função determinante para conhecer as necessidades dos clientes a fim de convertê-las em especificações técnicas.

Este período corresponde à década de setenta que se caracteriza por uma visão de qualidade equivalente à redução de custos. Qualidade significa diminuir custos e controlo na variabilidade dos processos de produção; ganham relevo formas organizativas como os círculos de qualidade e auto – controlo (Rocha,2011,p.19-21).

5ª Fase: *Gestão da qualidade total-TQM (anos 80 até ao presente)*. A partir dos anos oitenta a qualidade passou a ser encarada como gestão da qualidade total, conceito que resulta do contributo de vários autores, entre os quais Deming (1986) e os já citados, Juran e Ishikawa. Estes resumem a literatura da psicologia do consumidor que acentua a ideia de que *meeting customer expectations as the first and ultimate goal of each activity in Organization* (Loffler, 2001) citado por (Rocha,2011,p.19-21).

“A gestão da qualidade total é, pois, a última fase do desenvolvimento do conceito de qualidade. Mas é mais que isso, pois representa uma alternativa de gestão ao sistema tradicional, caracterizado por estruturas hierárquicas já que o TQM diminui os níveis na organização” (Rocha,2011,p.19-21).

3.2.1 Filosofia da Qualidade

“Embora não tenha muita relevância, costumam apontar-se três filosofias dominantes no que concerne à qualidade:

- Americana
- Japonesa
- Europeia

A primeira insiste na estandardização de processos e procedimentos bem assim como no controlo, como função exterior ao processo de produção.

A segunda insiste e parte dos clientes para empresa. Supõe, na verdade, uma outra visão do processo de produção, o qual começa com a auscultação aos clientes, traduz-se na especificação dos produtos e serviços, os quais são validados de forma sistemática tendo em conta os gostos dos consumidores.

A terceira vê o processo de produção e fornecimento como um sistema do qual fazem parte vários pontos: liderança, gestão de pessoal, satisfação dos consumidores, impacto na sociedade. Neste sentido, desenvolvem-se os modelos de gestão para a existência (E.F.Q.M), European Foundation for Quality management.

Claro que esta classificação não corresponde completamente à realidade, pois esta é bem mais complexa. Assim os americanos, embora sejam tentados a enxertar a gestão da qualidade no modelo de gestão americano de base fordista, criaram o *Prémio Baldrige*, o qual resulta da avaliação de sete critérios: gestão do processo de qualidade; informação e análise; focalização no cliente e sua satisfação; resultados e liderança.

No processo de auditoria e avaliação o critério mais valorizado é a satisfação dos clientes” (Rocha, 2011, p. 33-34).

3.2.2 Evolução do conceito de Qualidade na Administração Pública

Tal como no setor privado, também na Administração Pública, se podem distinguir várias fases na evolução do conceito, como por exemplo;

- Qualidade no sentido de respeito por procedimentos e normas
- Qualidade no sentido de eficácia

- Qualidade no sentido de satisfação dos clientes, tal como referiu (Loffler,2001) citado por (Rocha, 2011, p.26-27).

No primeiro caso significa ausência da arbitrariedade, isto é, da correspondência com determinados procedimentos formais.

Este entendimento da qualidade na Administração Pública corresponde à noção de qualidade técnica, ou conformação com determinadas especificações na indústria.

O significado de qualidade no setor público mudou nos anos sessenta quando ganhou popularidade a gestão por objetivos. Esta definição de Juran que define qualidade como «*fitness for purpose*».

Rocha (2011, p.27), salienta que no início dos anos oitenta a concepção da qualidade total é transmutado para a Gestão Pública; isto não denota que o contido do concepção seja exatamente o mesmo, os países continentais da Europa com acentuada tradição legalista, fazem uma interpretação do conceito diferente da dos países anglo-saxónicos.

Porém, o *New Pubic Management* contribuiu para uma certa uniformização, pese embora as dificuldades e as incongruências resultantes da aplicação de conceito do setor empresarial à Gestão Pública. E, posto isto, é altura de definir com algum rigor a qualidade.

[...], Assim, a *American Federal Office of Management* define TQM como:
A total organizatin approach for meeting customer needs and expectations that involves all managers and employers in using quantitative methods to improve continuously the organization's processes, products, and services (Rocha, 2011, p. 28).

Enquanto, a definição adotada pela *European Organization for Quality Control* (EOQC) é:

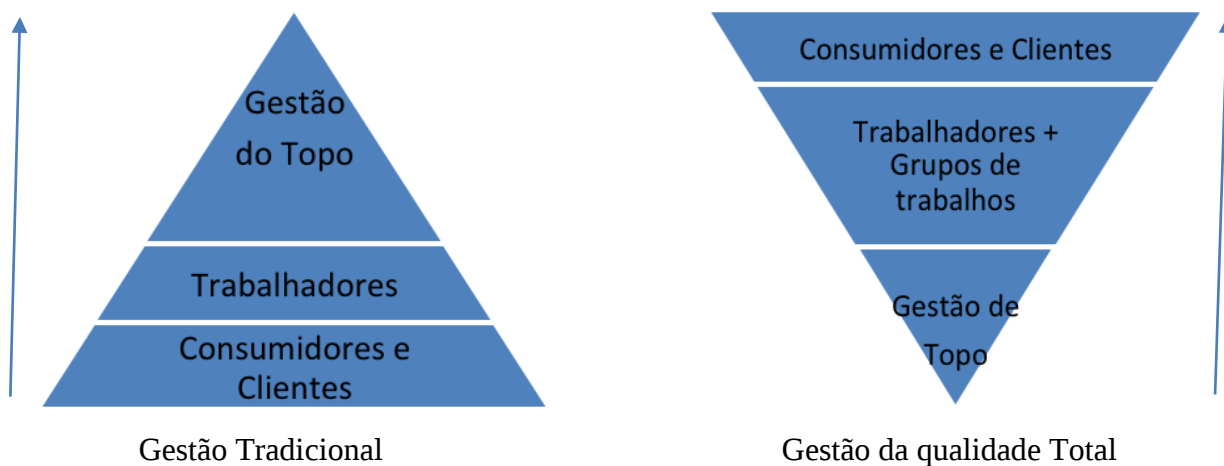
Quality: the totality of features of a products or service that bears on its ability to satisfy givem needs. (Rocha, 2011, p. 28).

3.3 A Qualidade Total na Gestão e no Contexto Organizacional

Segundo Rocha (2011, p. 31), a qualidade vista na conjuntura da gestão e das organizações implica determinados componentes, sem os quais jamais se pode afirmar que a organização detenha de uma política relativamente ao atributo «qualidade», ou desenvolva uma estratégia de implementação; porém, em primeiro lugar, tem que existir o comprometimento por parte dos gestores do topo da organização;

Em segundo lugar, tem que haver mudanças na cultura relacionada à filosofia da organização que a faça abandonar a cultura managerial de tipo fordista, substituindo-a por uma que inverte moderniza a pirâmide de controlo.

Figura nº 1- A Pirâmide de controlo invertida



Fonte: Adaptado de Rocha (2011, p. 31).

Esta figura ilustra a mudança do modelo de gestão tradicional para a gestão de qualidade implica o achatamento da organização, isto é, desaparecimento de chefias intermédias.

- «*Empowerment*» dos trabalhadores, isto é, aumento de autonomia dos trabalhadores em ordem a prosseguir determinados objetivos.
- Os consumidores e clientes representam na nova estratégia um lugar central, estendendo-se o conceito de clientes aos denominados clientes internos.
- Insistência na melhoria contínua como chave da obtenção da qualidade.
- Importâncias dos grupos de trabalhos que deverão fazer parte da nova estrutura organizacional.

Finalmente, uma qualquer política da gestão da qualidade total supõe um sistema de medida, o que implica a existência de indicadores e a medida sistemática das melhorias. Existem, porém, autores (Ehreberg e Stupak, 1994) que pensam que o TQM não passa duma aglutinação de teorias tradicionais, desde o taylorismo, teorias da mudança, cultura, liderança, teoria sistemática e planeamento estratégico (Rocha, 2011, p. 31).

Segundo Alves, (2009, p. 66) refere que por vezes, presta-se uma grande variedade de serviços, muitas vezes do mesmo tipo e na mesma zona, por isso, a qualidade fez a diferença entre esses serviços. O serviço que apresenta maior qualidade é, necessariamente, valorizado por isso. As organizações são constantemente confrontada com as pressões externas para: melhorar a qualidade de serviço, serem mais eficientes, controlar custos, melhorar os índices de produtividade, modernizar, utilizar novas tecnologias, dotar os colaboradores de novas competências. O mesmo autor salienta ainda, que as organizações excelentes desenham, gerem e melhoram seus procedimentos com o propósito de satisfazer integralmente os seus constituintes e distintos grupos de proveito com intenções de gerar cada vez maior valor. O mesmo autor refere também, que é neste sentido fundamental que a modificação da organização quer de instituições públicas quer privadas, seja planeada, executada, avaliada e controlada, para que se atinjam os objetivos desejados.

3.3.1 Conceitos Conexos com a Gestão da Qualidade Total (TQM).

Rocha (2011, p. 31-33) salienta que existem inúmeros conceitos que embora não façam parte do arsenal do TQM estão com ele relacionados, são eles:

- *Benchmarking*: Consiste em medir produtos, serviços e práticas, comparando-as com a dos seus competidores ou com as das empresas reconhecidas como líderes.
- *Kaisen*: É o termo Japonês para melhoria contínua. Procura-se que todos os empregados dirijem as suas energias para melhorar os seus próprios processos.
- *Círculos de qualidade*: Constituído por trabalhadores voluntários dum mesmo departamento que reúnem semanalmente para encontrar formas de resolver os problemas e melhorar os processos.
- *Just-in-time*: O objetivo do *Just-in-time* consiste em evitar desperdícios na produção de um bem ou fornecimento de serviço, mesmo que o desperdício se traduza em outros custos de armazenamento. Neste sentido os *Stocks* devem ser reduzidos ao mínimo. O ideal é que a empresa produzisse diretamente para o cliente.

- *Planeamento de Hoshim*: em oposição à questão por objetivos, normalmente «*top-down*», esta abordagem deve trazer participação de todos no processo. Desde longo deve haver participação de todos na forma como prosseguir os objetivos e deve haver empenho e autonomia individual nessa prossecução. A ideia é empenhar todos no processo, bem como a própria organização, fazendo-se apelo às «*learning organization*».
- *Roda de Deming*: a roda de Deming é usada em todos os níveis das organizações que prosseguem a qualidade; e está estruturada ao longo de quatro fases: «*plan*», «*do*», «*Check*», «*action*».

Plano:

1. Identificar o produto ou serviço a ser melhorado.
2. Identificar o consumidor desse produto.
3. Identificar as práticas e os processos que têm um impacto direto no serviço ou produto.
4. Identificar as tarefas relacionadas com as atividades em vista de qualidade.
5. Estabelecer causas e efeitos.
6. Desenvolver um plano para rever os processos de trabalho.

Fazer:

7. Conduzir testes dos processos revistos.

Verificar:

8. Avaliar os resultados dos testes.
9. Procurar melhoria nos processos de trabalho revistos.

Atuar.

10. Estandardizar os novos processos.
11. Medir e analisar de forma sistemática as reações do consumidor.
12. Tomar conhecimento e reconhecer o sucesso (Rocha, 2011, p. 31-33).

3.4 A gestão da qualidade

Segundo Alves (2009), a gestão da qualidade orienta-se no sentido de proporcionar segurança quanto à satisfação da combinação da qualidade, além disso, a gestão da qualidade pretende que se alcancem ótimos resultados para as organizações; por isso, poder-se-ia dizer que a *primeira* tarefa que se deve levar a cabo a respeito da gestão da qualidade seja o estabelecimento de objetivos; a *segunda* seja o método aplicado para os alcançar. Deste modo, a empresa/organização cumprirá os mais altos requisitos de qualidade ao realizar os seus propósitos e objetivos.

Wardhani *et al.*, (2009, p. 240) salientam que, embora a gestão da qualidade, tenha sido amplamente aceite em hospitais, diversos relatórios sobre o êxito e o insucesso da sua execução têm sido observados, alterando de evidências bem fundamentadas de estudos empíricos. É usualmente aceite que a falha não é por causa do próprio princípio do sistema de gestão da qualidade (SGQ), mas sim, por causa, nomeadamente das etapas de implementação ineficientes ou de estratégias.

Segundo os mesmos autores, os fatores que influenciam a concretização do sistema de gestão da qualidade podem ser reconhecidos e determinados como sendo; o tipo da cultura da organização e competências técnicas como fatores que circunscrevem o sucesso da concretização do SGQ. No entanto, deve notar-se que os estudos empíricos limitados foram realizados por ajuste a saúde. Assim, uma revisão sistemática na identificação dos fatores de sucessos e fracassos subjacentes a implementação do SGQ como base para a conceção de uma estratégia de implementação adequada tornam-se questões importantes na pesquisa de gestão da qualidade em cuidados de saúde.

Segundo Alves (2009), vê-se da gestão da qualidade um fator fundamental da atividade económica, sem o qual as ditas atividades não cumprem os seus objetivos. Podem também adotar outros nomes como eficiência, eficácia ou competência; contudo, todos estes conceitos respondem a um princípio fazer as coisas bem-feitas. Este princípio será atingido se a organização for capaz de definir e desenvolver: *A sua missão*-assinalando os objetivos genérico; *A sua visão* está orientada sobre a forma de os alcançar; e finalmente *Os seu valores* descrevem o que a organização possui quanto à ética, profissionalismo e entusiasmo, utilizando-os para conseguir desenvolver a missão.

Segundo o mesmo autor, existem alguns princípios fundamentais da Gestão da Qualidade.

“- Os produtos ou serviços devem conseguir a satisfação permanente do cliente; e a satisfação do cliente não deve supor-se, mas controlar-se; já a qualidade deve começar no desenho do produto; relativamente aos processos, devem produzir elementos sem defeitos, quanto mais cedo se detete um produto defeituoso, mais barata se torna a sua correção; os problemas não devem corrigir-se, mas evitar que se produzam; devem aplicar-se as técnicas de identificação e solução de problemas; para a resolução dos problemas é necessária a participação de todo o pessoal, e esse, deve formar-se para saber mais acerca do seu trabalho, deve receber a maior informação possível sobre o seu trabalho e o seu meio, a motivação das pessoas é imprescindível, tem de haver inovação e a produção flexível são a base da aceitação do mercado, a melhoria de custos e qualidade são as duas faces da mesma moeda, e finalmente a facilidade é o melhor caminho para alcançar a qualidade nas organizações” (Alves 2009, p.72-74).

De um modo geral, a confiança está associada à noção de conformidade dos produtos e/ou serviços. Neste sentido, a gestão da qualidade centra-se no gerir da organização, isto é, na qualidade de gestão. Ao colocar a questão nestes termos, devemos ter em conta que as organizações são compostas por sistema que envolvem estilo de liderança, políticas e estratégias, pessoas, recursos diversos, processos e que a gestão de tudo isto tem como objetivo a obtenção de resultados ao nível da performance da organização, dos utilizadores, dos colaboradores e da sociedade em geral (Alves, 2009, p.72-74).

Segundo o mesmo autor, não existe produtos bons / serviços sem utentes satisfeitos, como também não existe organização sólida com colaboradores satisfeitos, por conseguinte, constata-se que é fundamental que se exija aos gestores: espírito de liderança; políticas e estratégias apropriadas; a salvaguarda do meio ambiente e muito mais, que criem valor.

A lógica por trás deste estudo é melhorar a nossa compreensão da relação entre a gestão da qualidade, o desempenho e a satisfação do cliente usando a estrutura do Prémio Europeu da Qualidade (EQA), bem como um modelo de qualidade de serviços com foco em qualidade percebida pelos clientes.

Segundo Douglas e Fredendall, (2004, p. 394), referem que a atribuição de prémios de qualidade são amplamente utilizados como meios para a autoavaliação das organizações. Eles têm sido cada vez mais promovidos por governos e um número de organizações privadas com a intenção de estimular e motivar a prática de gestão de boa qualidade em seus países. Exemplos de prémios de qualidade de prestígio são o Prémio Deming (Japão), o da The Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA) EUA, traduzido para Português como: o Prémio Nacional da Qualidade Malcolm Baldrige, que é apresentado anualmente pelo Presidente dos Estados Unidos para organizações que demonstram a qualidade e a excelência de desempenho. Três prémios têm sido dados anualmente em cada uma das seis categorias tendo em conta: *Aos fabricantes, há empresas prestadora de serviços, à Pequenas empresas, à educação e Saúde* e finalmente *há empresas Sem Fins Lucrativos*; e da European Quality. Os mesmos autores referem também, que processos organizacionais com foco aos cuidados de saúde relativamente à satisfação total dos utentes, têm mostrado resultados múltiplos e fundamentais tendo em conta que a maioria dos artigos que tratam de gestão da qualidade na lista de cuidados de saúde fazem referência essencialmente à satisfação dos pacientes.

Por exemplo, Douglas e Fredendall (2004, p. 395-396) referiram ainda que a melhoria é medida em termos de eficiência, eficácia, em termos de controlo de custos, dos resultados clínicos e da satisfação para todos os clientes, incluindo os pacientes, suas famílias e todos os constituintes internos, e os critérios do programa da The Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA) medem categorias muito semelhantes.

Os mesmos autores referiram também que, do ponto de vista dos fundadores da gestão da qualidade total (Deming, Juran e Ishikawa) são proeminentes na literatura de produção, mas não em serviços. No entanto, a fundamentação teórica e os métodos da qualidade total apoiam a sua utilização, tanto para produtos e serviços; na verdade, Deming (1986) dedicou um capítulo inteiro de seu livro, «out of the crisis», the service industry. Além disso, o programa do Prémio Nacional da Qualidade Malcolm Baldrige (MBNQA), criado pelo Congresso dos EUA em 1987, abrangeu sete categorias que poderiam ser aplicados a qualquer organização, seja na indústria ou nos serviços.

O Artigo elaborado por Douglas e Fredendall (2004), revela um primeiro passo para a integração da qualidade do serviço e qualidade do produto na literatura. O artigo utiliza um modelo empiricamente testados com base conceitual para avaliar possíveis semelhanças entre os conceitos de gestão da qualidade em ambientes de manufatura e

serviços. Em primeiro lugar, o estudo demonstra que a qualidade, total ou modelo de gestão Deming desenvolvido por Anderson *et al.* (1994), e testado nas indústrias transformadoras conforme referenciado por Douglas e Fredendall, (2004), é teoricamente aplicável aos serviços. Em segundo lugar, este artigo testa o modelo de gestão de Deming com dados de hospitais. Em terceiro lugar, o estudo incorpora contribuições de dois corpos adicionais de literatura. Ele usa o MBNQA e as literaturas de qualidade de serviço para sugerir outras melhorias para o modelo de gestão de Deming.

3.5 A qualidade em saúde

“A partir dos finais dos anos setenta o sistema público de saúde entrou em crise. Esta crise acentuou-se no começo dos anos noventa. As respostas tiveram vários formatos. A primeira estratégia constitui na reestruturação da organização dos serviços nacionais de saúde, distinguindo fornecedores e compradores, estabelecendo contratos entre quem fornece e quem compra os serviços e encorajando o aparecimento de centros de responsabilidade. A ideia é criar um quase-mercado no domínio da saúde pública.

A segunda estratégia constitui na adoção do TQM, como forma de aumentar a qualidade dos serviços de saúde, bem assim como a sua eficiência.

Antes, porém de abordar o conceito de qualidade na saúde é importante sublinhar que se trata de um mercado muito especial em que o prestador tem a capacidade de criar a sua própria procura. É certo que o código de ética constitui um elemento de controlo, procurando evitar a emergência de situações extremas. Mas mesmo assim a atuação do médico não é completamente observável e de fácil avaliação pelos seus pares. Mesmo onde existe mercado de saúde como nos USA, não é claro que a competição e concorrência resolva o problema da qualidade na saúde” (Rocha, 2011, p. 131).

O mesmo autor refere ainda, que a qualidade em saúde não é, todavia um problema fácil. Em primeiro lugar existem conflitos entre os profissionais de saúde e as exigências do TQM. Estes problemas prendem-se precisamente com a estrutura da organização – burocrática profissional – onde as linhas de comando não são claras, existe autonomia profissional e uma cultura hospitalar que acentua essa autonomia. Além disso, em muitos casos existe contradição entre os *standards* impostos pela profissão e as necessidades dos clientes.

Em segundo lugar, existe problemas com a medição da satisfação dos clientes. Os pacientes simplificam a forma de apreciação dos atos de saúde, pelo que o seu feedback tem que ser metodologicamente afinado.

3.5.1 Conceito de qualidade aplicada à saúde

Retomando o que dissemos na parte geral, não existe um conceito único de qualidade. Assim a qualidade pode ser entendida como:

- Adequação a um objetivo (Juran, 1986).
- Conformação com determinadas especificações (Levit, 1972).
- Conformação com diversos requisitos (Crosby, 1984).
- Respostas às exigências e expetativas dos consumidores a um dado preço (Mollin, 1995).

Tal como nos referenciamos, nenhum dos conceitos enunciados enquadra, porém, a qualidade em saúde consiste:

“em ir ao encontro das exigências e expetativas dos utentes dos serviços e demais intervenientes, mantendo os custos ao nível mais baixo mais baixo possível” (Mollin, 2003), citado por (Rocha, 2011, p. 132).

“A Qualidade em Saúde não é, todavia um problema fácil. Em primeiro lugar existem conflitos entre os profissionais de saúde e as exigências do TQM. Estes problemas prendem-se com a estrutura da organização – burocracia profissional – onde as linhas de comando não são claras, existe autonomia profissional e uma cultura hospitalar que acentua essa autonomia. Além disso, em muito casos existe contradição entre os *standards* impostos pela profissão e as necessidades dos clientes” (Yang, 2003), citado por (Rocha, 2011, p.134).

“Em segundo lugar, existe problemas com a medição da satisfação dos clientes. Os pacientes simplificam a forma de apreciação dos atos de saúde, pelo que o seu feedback tem que ser metodologicamente afinado” (Cohen e Buchan, 2001), citado por (Rocha, 2011, p.134).

Flaatten, (2012, p. 1078, 1079), salienta que a extensa obra de Donabedian tem sido crucial para todos os interessados em qualidade nos cuidados de saúde. Mais de 40 anos

atrás, ele sugeriu o uso de três diferentes abordagens para avaliar a qualidade do atendimento sendo estas; estrutura, processo e resultado. Ou seja, fortaleceu um quadro conceptual fundamentado essencialmente na percepção da avaliação da qualidade em saúde, partindo das concepções de estrutura, processo e resultado, modeladamente considerados como trilogia, que se adequam aos conceitos da Teoria Geral do Sistemas: Input, process e output. Onde a estrutura corresponde a meios corpóreos ou físicos, recursos humanos, recursos materiais e recursos financeiros indispensáveis para a assistência médica. Abrange financiamentos e disponibilidades de mão-de-obra qualificada. Já o processo corresponde às ações envolvendo profissionais da saúde e seus beneficiários, com suporte à modelos aceitos. Esta delineação, pode ser sob o ponto de vista técnico e, ou administrativo. Enquanto o resultado centra-se na produção final da assistência conferida, considerando saúde a satisfação tendo em conta a um modelo para se atingir expectativas.

Segundo o mesmo autor, a qualidade na estrutura implica as condições mais ou menos fixos, onde os cuidados são dados. Essa estrutura inclui instalações e todos os tipos de equipamentos, recursos humanos (número e qualificação) e algumas características da organização, como a organização de enfermeiro e médico do trabalho, do ensino e da função de pesquisa ou investigação.

O mesmo autor, também salienta que a qualidade do processo foi gerada para as ações que executam os cuidados de saúde, tais como os diagnósticos e os tratamentos, seguimentos, prevenção e outros; atualmente, e em muitos casos chamado de caminho de cuidados ou pacote. Um exemplo característico é a prescrição de antibióticos adequados para sepsis dentro de um curto espaço de tempo (como 1 h) após a admissão. Já o resultado da qualidade foi produzido para descrever as modificações (quer sejam desejadas ou não desejadas) nos pacientes, clientes e ou populações que poderiam ser atribuídos aos cuidados de saúde.

“Deve haver um «padrão ouro» para a medição da qualidade. A qualidade pode ser descrita da qualidade alcançada em relação ao padrão de qualidade selecionada. A área de interesse é muitas vezes chamada de indicador, os indicadores de saúde de qualidade. A introdução de sistemas de pontuação de gravidade da doença na década de 1980 foi, provavelmente, o primeiro indicador sistematicamente para ser usado dentro de unidade de cuidados intensivos, embora eles não foram originalmente chamado indicadores de qualidade IQ” (Flaatten, 2012, p. 1078, 1079).

Segundo Donabedian, (1988, p. 1744-1745), a estrutura compreende às particularidades mais seguras da prestação de cuidados médicos ou de saúde. Refere-se aos objetivos da organização, meios físicos, recursos humanos, recursos materiais e recursos financeiros; alberga desde a estrutura física e a disponibilidade de equipamentos até habilitar os indivíduos que prestam a assistência, transpondo pela organização dos serviços. Dentro dessa concepção aludem tanto dados numéricos em termos de recursos disponíveis quanto a qualificação profissional, qualidade do equipamento, existência de manutenção predial e de equipamentos, entre outros.

O mesmo autor salienta também, que é difícil quantificar a influência ou contribuição exata desse componente na qualidade final da assistência prestada, mas é possível falar em termos de tendências - estrutura mais adequada aumentando a probabilidade de a assistência prestada ser de melhor qualidade. O processo contempla o modo grosso de todas as atividades desenvolvidas entre os profissionais da saúde e os utilizadores do serviço. É sobre essas conexões que se alcançam os resultados da assistência, é de onde se retiram as bases para a valorização da qualidade de entre outros fatores. No entanto, no processo aparecem também aspetos éticos e da relação de equipa, nomeadamente: médico, enfermeiros e distintos profissionais de saúde, sem pôr de parte a componente paciente. De certa forma, tudo o que diz respeito à cuidados e à tratamento diretamente e no momento em que este ocorre, pode ser considerado como processo.

Segundo o mesmo autor, existe uma busca constante por uma definição precisa de qualidade, mas, por enquanto, ainda depende-se de conceitos genéricos, empregados há muito, em que a boa prática médica é aquela exercida por profissionais de renomado saber, que atuam dentro dos limites do saber científico, com fins de manter a relação médico-paciente, satisfação, abordando o paciente de forma holística. A universalidade desses conceitos fazem com que, mesmo que se segam essas diretrizes, não se pode assegurar a qualidade da prática profissional, pois se trata de parâmetros elásticos. Assim, até o momento, o resultado da assistência se restringe às mudanças observadas no estado de saúde do paciente, que podem ser atribuídas à assistência médica.

“Donabedian, considerado por muitos como o fundador do moderno movimento de avaliação da qualidade, deu um contributo importante ao definir um modelo assente em três componentes, estrutura, processo e resultados, destacando a centralidade e importância da avaliação de resultados. Apesar de nas décadas de 70, 80 e primeira metade dos anos 90 terem sido privilegiadas abordagens centradas na avaliação relacionada com a estrutura e o

processo, verificou-se, de algum tempo a esta parte, principalmente em países com conhecimentos e práticas bastante a este nível, de que são exemplo os Estados Unidos da América, a Austrália, o Canadá, o Reino Unido e a França, uma mudança desse paradigma. Avaliar e, consequentemente, melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos e assegurar a todos os utilizadores acesso a cuidados de qualidade, em tempo útil e com custos adequados é, pois, o grande desafio para os profissionais da área da saúde” (Sousa *et al.*, 2008, p. 58 - 59).

Os mesmos autores salientam ainda que, como resultado, assegura-se que a avaliação da qualidade da prestação de cuidados de saúde tem despertado nas últimas épocas com proveitos crescentes que se tem apresentado, não só ao nível das decisões políticos e administrativas, como também por intermedio de profissionais de saúde e dos próprios utilizadores.

Para os mesmos autores, as inquietações relacionadas com questões económicas e eficiência; a implementação de novas directrizes políticas centralizadas nas exigências da responsabilidade diante da sociedade *accountability*; as exigências por parte dos utentes cada vez mais esclarecidos e rigorosos; o impacto dos *médios*, que têm dedicado particulares atenções às questões dos episódios adversativos; a implementação de novos saberes nas áreas tecnológicas e biomédicas com reflexivos diretos na conceição de cuidados de saúde, progressivo interesse na mensuração do nível de satisfação dos utentes, têm constituído estímulos que fazem despertar atenções da avaliação da qualidade em saúde.

neste contexto, à semelhança do que se passa no cotejo internacional, as questões relacionadas com a avaliação, garantia e melhoria contínua da qualidade no sistema de saúde, nas esferas público, privado e social, têm vindo a assumir cada vez maior relevância (Sousa *et al.*, 2008, p. 58 - 59).

“Em termos internacionais, o *Benchmarking* decorrente dos vários estudos de análise e comparação entre sistemas de saúde de vários países contribuíram igualmente para recentrar esta questão. Um pouco por todo o mundo, a avaliação interna e externa dos cuidados de saúde tem sido utilizada numa lógica de regulação, melhoria e promoção da prestação de cuidados de saúde. Existe uma panóplia de modelos de avaliação externa onde se destacam a acreditação, auditorias clínicas, certificação pelas normas da *International Standards Organization* (ISO), entre outros. Todos estes modelos têm como denominador

comum a introdução de melhorias orientadas numa lógica de *accountability*, efetividade clínica, análise de resultados e segurança dos doentes” (Sousa *et al*, 2008, p. 58 – 59).

Segundo Donabedian, (1988, p. 1744-1745), as modificações das condições de saúde compreendem à medição necessária da qualidade dos cuidados prestados, sendo portanto necessário que as outras causas de modificações, igualmente envolvidas na consecução do mesmo resultado sejam suprimidas ou fiscalizadas. A conceição de pesos característicos medem o efeito de cada um desses resultados finais da prestação de cuidados médicos, embora permaneça ser uma tarefa não solucionada, não se pode contestar as inter-relações entre esses fatores, ainda que de difícil quantificação.

Apesar da resistência de alguns setores da saúde em aceitar a abordagem sistêmica de qualidade empregada, sobretudo pela indústria, a presente categorização tem por objetivo a sistematização da complexidade da saúde, permitindo que, a partir dela se estabeleçam indicadores específicos para cada uma das dimensões consideradas. O mesmo autor, desenvolveu suas reflexões a partir do cuidado médico ou de saúde prestado individualmente e dentro das perspectivas da garantia de qualidade, isto é, a partir do monitoramento do desempenho clínico, visando melhorar a qualidade para esse autor, o desempenho da atividade médica é o tema central e tudo se passa a partir da ótica desse profissional. Em parte, essa visão se deve ao receio da perda da "utilidade analítica" que a ampliação do conceito de qualidade traria.

“Inicialmente, atribuiu três dimensões à qualidade: conhecimento técnico-científico, relações interpessoais entre os profissionais e o paciente e amenidades, isto é, condições de conforto e estética das instalações e equipamentos no local onde a prestação ocorre” (Donabedian, 1988, p. 1744-1745), O mesmo ainda foi comentado por (Silva e Formigli, 1994).

“Donabedian ampliou o conceito de qualidade, utilizou o que chamou de sete pilares da qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

Eficácia - capacidade de a arte e a ciência da medicina trazer melhorias na saúde e no bem-estar. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias.

Efetividade - melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana. Ao definir e avaliar a qualidade, a efetividade pode ser mais precisamente especificada como sendo o grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, alça-se ao nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis.

Eficiência - é a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo.

Otimização - torna-se relevante à medida que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados em forma absoluta, mas relativamente aos custos. Numa curva ideal, o processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos, que tais «adições» úteis perdem a razão de ser.

Aceitabilidade - sinónimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias. Depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade do cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado.

Legitimidade - aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral.

Equidade - princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população. A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade” (Curtis *et al.*, 2006, p. 21-23).

3.5.2 A qualidade nos Hospitais

Louzada *et al.*, (2008, p. 69) referem que, a própria história de hospital serve de justificação para a importância que a humanização tem, bem como a gestão da qualidade implica hoje. Os mesmos autores referem ainda que com o desenvolvimento da medicina, os hospitais assumiram novas características, tendo superado aos poucos a distinção que existia entre o atendimento curativo e o preventivo. Atualmente entende-se que ele deve atuar em todos os serviços de saúde, desde a prevenção até a reabilitação. Esta ideia foi

expressa pelo mesmo autor quando se referiu ao conceito de hospital como sendo: parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médico-sanitária completa, tanto curativa como preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, e cujos serviços externos irradiam até o âmbito familiar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamentos de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente.

Segundo os mesmos autores, a sociedade integra e interfere em sua própria origem, em sua política e em sua atuação, manutenção e desenvolvimento. E o hospital é um prestador de serviços no campo assistencial, na prevenção e restauração da saúde, devendo proporcionar meios para pesquisas e ensino em todas as atividades relacionadas com a saúde. Já no terceiro milênio a Organização Mundial de Saúde (OMS) declara sobre o tema:

hospital é parte integrante de um sistema coordenado de saúde cuja função é dispensar à comunidade completa assistência médica, preventiva e curativa, incluindo serviços extensivos à família em seu domicílio e ainda um centro de formação dos que trabalham no campo da saúde e para as pesquisas bio-sociais (Louzada *et al.*, 2008, p. 69).

3.5.3 A melhoria da qualidade e implementação.

Kahn e Fuchs (2007, p.710-711) salientaram que, a melhoria da qualidade é definida como a aplicação de intervenções baseadas em dados sistemáticos destinados a trazer uma melhoria imediata na área da saúde em um ambiente de prática específica onde, cada componente desta definição é importante. A melhoria da qualidade deve ser sistemática, em vez de desorganizada, e orientadas a dados, em vez de com base na observação informal, anedota, e da experiência pessoal.

Segundo Voort *et al.*, (2012, p. 1084), os profissionais da saúde, pacientes e outras partes interessadas, todos têm interesse em melhorar a qualidade do atendimento, embora impulsionados por diferentes incentivos. Segundos os mesmos autores, os médicos por exemplo, se esforçam para melhorar a eficácia do atendimento; pacientes gostariam de saber como uma instituição de cuidados de saúde executa de forma específica parâmetros

de resultados, como também aspetos de hospitalidade. De qualquer forma, todas as partes interessadas precisam de uma maneira robusta medir a qualidade do atendimento como uma ferramenta para orientar as estratégias de melhoria da qualidade e para resolver a questão da transparência. Por essas razões, o uso de indicadores tem crescido nos últimos anos, e várias organizações utilizam indicadores em seus programas de qualidade.

a melhoria da qualidade também se destina a beneficiar os participantes individuais diretamente. Os utentes, médicos e enfermeiros envolvidos em atividades de melhoria da qualidade devem fazê-lo com a expectativa de que o potencial para o benefício seja superior ao potencial de dano. Por esta razão, alguns autores têm postulado que há um imperativo ético para o alcance da qualidade, profissionais ligados a respetiva área médicos a participar de atividades de melhoria da qualidade, com base no princípio da beneficência da ética médica (Kahn e Fuchs 2007, p. 710-711).

Os mesmos autores salientam ainda que contra este argumento é a noção de que a melhoria da qualidade não é livre, o pessoal e infra-estrutura necessária para a melhoria da qualidade de sucesso podem de fato ser bastantes onerosos. Como qualquer intervenção na área da saúde projetada para melhorar os resultados, os benefícios devem ser pesados contra os custos financeiros diretos e os custos de oportunidade envolvidos quando recursos limitados poderiam ser direcionados para outros lugares. Aquele que advoga a participação universal em atividades de melhoria da qualidade deve equilibrar essas chamadas contra as decisões de racionamento implícito que, por necessidade, ocorrem sempre que um recurso limitado é dedicado a uma atividade clínica em vez de outra.

3.5.3.1 Escolher a medida certa

Kahn e Fuchs (2007, p. 710-711) referem que, o primeiro passo para a implementação de uma medida de melhoria da qualidade é determinar a medida certa de qualidade. Isto requer um amplo entendimento do conceito de qualidade na área da saúde. Na sua essência, a qualidade tem três domínios bem descritos: *processo*, *estrutura* e *resultado*. As medidas adotadas devem refletir os resultados de cuidados de saúde que são importantes para os pacientes e a sociedade, medidas de processos devem refletir como a assistência à saúde se baseia na melhor evidência disponível, enquanto a estrutura é a maneira cuidada de como se organiza de forma a alcançar melhores resultados nestes e noutros domínios.

Os mesmos autores referem também que, em última análise a medida escolhida deve ser importante e melhorável, a medida em, as medidas de processo tendem a ser mais fácil de agir sobre elas diretamente, com a finalidade de que essas ofereçam um meio claro de melhorar quando o desempenho é mau. Para ser importante, no entanto, as medidas de processo devem ser fortemente ligadas aos resultados no paciente. As medidas adotadas são significativamente mais importantes para pacientes e familiares, mas não podem ser tão sensíveis às iniciativas de melhoria.

Vários aspetos novos de qualidade, incluindo o cuidado espiritual, cuidados paliativos, e clima organizacional também são importantes e podem ser dignos de uma iniciativa de melhoria da qualidade no ambiente certo. A importância relativa das várias medidas de qualidade também irá variar de acordo com a unidade de cuidados intensivo (Kahn e Fuchs 2007, p. 710-711).

Os mesmos autores salientam também que, muitos especialistas, assim, recomendam que as iniciativas de melhoria da qualidade comecem com uma avaliação das necessidades qualitativas e uma análise ambiental, em que as estruturas atuais, processos e resultados dos cuidados sejam analisados no contexto do sistema da UCI inteira. Nesta análise, as deficiências podem ser avaliadas por meio da comparação do desempenho na UCI com *benchmarks* internos ou externos, também através da revisão da literatura para as melhores práticas, ou através do levantamento de cuidadores da linha da frente; dar oportunidades as ideais de pacientes e das famílias. Além disso, deve-se realizar análise de causa raiz depois de eventos adversos para poder revelar áreas de melhorias; ou alvos potenciais que podem também ser identificados prospectivamente e utilizar metodologia semi - quantitativa como o modo de falha e análise de efeitos. Esta técnica tem sido utilizada há décadas para a melhoria contínua da qualidade por outras indústrias, e foi recentemente aprovado pela Comissão Conjunta, uma organização de acreditação hospitalar dos Estados Unidos.

“Outros atributos de um indicador ideal de qualidade são de validade e confiabilidade. Validade reflete o grau em que um indicador de qualidade mede o que é suposto medir. Por exemplo, uma medida válida de infeções da corrente sanguínea relacionada ao cateter pode ser a combinação de sinais vitais, juntamente com dados de cultura microbiológicos. Usando apenas a documentação médica de infeção como uma medida de qualidade podem não ter validade, já que não há maneira de confirmar que as

suspeitas do médico de infecção estejam corretas. Usando medidas que carecem de validade pode causar resultados importantes para ser desperdiçada, o que limita a capacidade de interpretação das iniciativas” (Kahn e Fuchs 2007, p. 710-711).

Segundo o mesmo autor, a confiabilidade reflete se a medida escolhida dará o mesmo resultado quando avaliada por diferentes indivíduos (confiabilidade inter-avaliador) ou em diferentes pontos no tempo (teste-reteste). Usando 'febre' como critério para a infecção não tem validade porque há opiniões diferentes sobre o que constitui uma febre. Definir explicitamente febre como a temperatura do corpo específica, como a 38,2 graus Celsius, pode ser arbitrária, mas é essencial para a definição de uma medida confiável.

3.5.3.2 Desenho e implementação.

Kahn e Fuchs (2007, p. 710-711) referem que depois de escolher e operacionalizar as medidas que necessitam de melhorias, o próximo passo é começar o processo de mudança. Várias publicações recentes descrevem em detalhe a conceção e implementação de melhoria de qualidade para o clínico de unidade de cuidados intensivos. O mais importante é essencialmente montar uma equipa multidisciplinar de indivíduos comprometidos com a qualidade na unidade de cuidados intensivos; muitos dos quais deve incluir profissionais de saúde da linha de frente. Deve haver uma liderança forte, que inclui tanto os formadores de opinião do clínico, bem como um representante da administração do hospital. Os médicos de chumbo devem ter as habilidades para abraçar conflitos e ceticismos e serem capazes de estabelecer um consenso com sucesso. As funções de administrador hospitalar como um facilitador, fornecendo os recursos políticos ou económicos necessários para superar potenciais barreiras para o sucesso.

3.5.4 A qualidade nos Cuidados Intensivos

Kahn e Fuchs (2007, p. 13, 709-710), referiram que a ciência da melhoria da qualidade na unidade de cuidados intensivos continua a avançar, e os médicos, enfermeiros têm um leque cada vez maior de ferramentas para medir e melhorar a qualidade à sua disposição, com o objetivo de descrever alguns dos recentes avanços no campo da melhoria da qualidade, tanto na área da saúde em geral e em unidade de cuidados intensivos em particular, e para destacar alguns dos desafios para o desenvolvimento e implementação de medidas de melhoria da qualidade na UCI.

Segundo Silva (2012), uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) é um departamento hospitalar especializado na prestação de cuidados de saúde específicos e contínuos a doentes normalmente em estado crítico. O seu objetivo é simples, porém, os seus procedimentos podem ser bastante complexos e os doentes aí admitidos são continuamente monitorizados, pois, apesar de não existir um consenso no que diz respeito ao que é necessário para a admissão de um doente, este necessita de suporte de funções vitais e monitorização intensiva dos sinais hemodinâmicos.

Segundo o mesmo autor, uma unidade de cuidados intensivos requer uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde onde se incluem os enfermeiros, médicos, farmacêuticos, consultores de diferentes especialidades médicas (cirurgiões, anestesistas, etc.) e até mesmo informáticos. As unidades de cuidados intensivos são das áreas hospitalares mais exigentes no que diz respeito a custos e utilização de recursos. Aqui, a cada minuto são tomadas decisões que afetam não só o futuro do paciente, como da própria unidade.

O mesmo autor refere ainda que, há alguns anos até ao presente que a monitorização dos cuidados de saúde e a sua comparação entre diferentes hospitais se tem tornado cada vez mais uma prática levada a cabo por parte das instituições nacionais por forma a promover não só a qualidade das mesmas, mas também como ferramenta de gestão numa estratégia de constante melhoria, sendo os hospitais incentivados a elevar cada vez mais os padrões de qualidade do seu serviço.

A relação causa efeito de cada decisão tomada dentro de uma UCI, por mais simples que seja, pode influenciar em larga escala os resultados que a unidade apresenta, levando a consequências, por vezes, inesperadas. Em última análise, um tema tão importante como a saúde, é um negócio que envolve gastos na ordem dos milhões, e a constante evolução e melhoramento é uma preocupação inerente à gestão de um serviço tão delicado como uma UCI.

De relembrar que às UCI chegam doentes de diversas outras unidades dentro do mesmo ou outro hospital e que são admitidos na UCI porque apresentam um estado de saúde agravado que requer cuidados especializados.

Por exemplo;

a NASA faz o uso de uma lista de verificação em quase todos os aspetos de voo espacial. O propósito e a função da lista de verificação é simples, mas profunda de pré-pensar os problemas que possam vir a ser encontrados e para solicitar um operador para verificar o adequado funcionamento em todos os sistemas que são cruciais para a conclusão bem-sucedida da missão. No caso da aviação comercial, isso significaria a transportação de passageiros em segurança do ponto A ao ponto B. Para a NASA, isso pode significar a obtenção de um indivíduo para a lua e voltar em uma peça. Para nós, isso significa ver um paciente criticamente doente através de sua internação na unidade de cuidados intensivos, com um mínimo de complicações e, no menor tempo possível (Simpson, Peterson e O'brien-ladner, 2007, p. 185).

Segundo Silva, (2012) o financiamento das UCIs nas instituições públicas, é feito consoante os resultados que apresentam, quer pelo número de pacientes que admitem, quer pelos recursos que utilizam para os tratar, ou ainda pela taxa de mortalidade que a unidade apresenta.

O mesmo autor refere ainda, que é aqui que a qualidade dos serviços prestados tem particular relevo, pois a crescente oferta de serviços de cuidados de saúde, mais propriamente ao nível dos privados, faz com que a exigência do paciente seja cada vez maior, e por seu lado, os investidores, governo e todos aqueles que gastam dinheiro na saúde, pretendam um sistema de saúde cada vez mais eficaz e eficiente.

3.6 Indicadores de qualidade

Segundo Vos *et al.*, (2010, p.1-2), os indicadores de qualidade podem ser usados como uma ferramenta para auxiliar a melhoria da qualidade. As taxas de morbilidade e mortalidade em unidades de cuidados intensivos variam amplamente entre os hospitais. Esta variação é provável que seja relacionado a diferenças na estrutura de UCIs e processos de atendimento. A compreensão desses fatores podem reduzir a variação e, finalmente, melhorar o atendimento ao paciente.

Os mesmos autores também ressaltam ainda que, a implementação de indicadores da saúde bem-sucedida depende de três condições:

Primeiro, todos os profissionais da saúde envolvidos têm que estar familiarizados e conscientes com os indicadores da qualidade. Em *segundo* lugar, eles precisam ter atitudes positivas em relação ao uso dos indicadores da qualidade como uma ferramenta para melhorar a qualidade do atendimento. Em *terceiro* lugar, as barreiras relacionadas ao

comportamento, tais como restrições de tempo e de organização, precisam ser abordadas. Embora o comportamento possa ser alterado sem o conhecimento ou atitude que está sendo afetado, a mudança de comportamento com base na melhoria do conhecimento e atitude é provavelmente mais sustentável do que a manipulação indireta do comportamento individual.

Segundo Silva, (2012), o desenvolvimento de indicadores chave na saúde pode ser um instrumento vital para facilitar os profissionais de saúde a prestação de cuidados e garantir uma gestão eficiente dos recursos ao dispor da unidade, sendo que com isto ajudam também a definir um conjunto de boas práticas.

O mesmo autor salienta ainda que os indicadores são instrumentos de medida que indicam a presença de um fenómeno, o seu sucesso e intensidade. Estes devem ser mensuráveis, objetivos, e baseados na evidência. Os indicadores funcionam como sinais de aviso para problemas ou situações de melhorias substanciais, ou ainda desvios às boas práticas; além disso, para serem úteis, é imprescindível que os indicadores reflitam a realidade e a verdade da unidade.

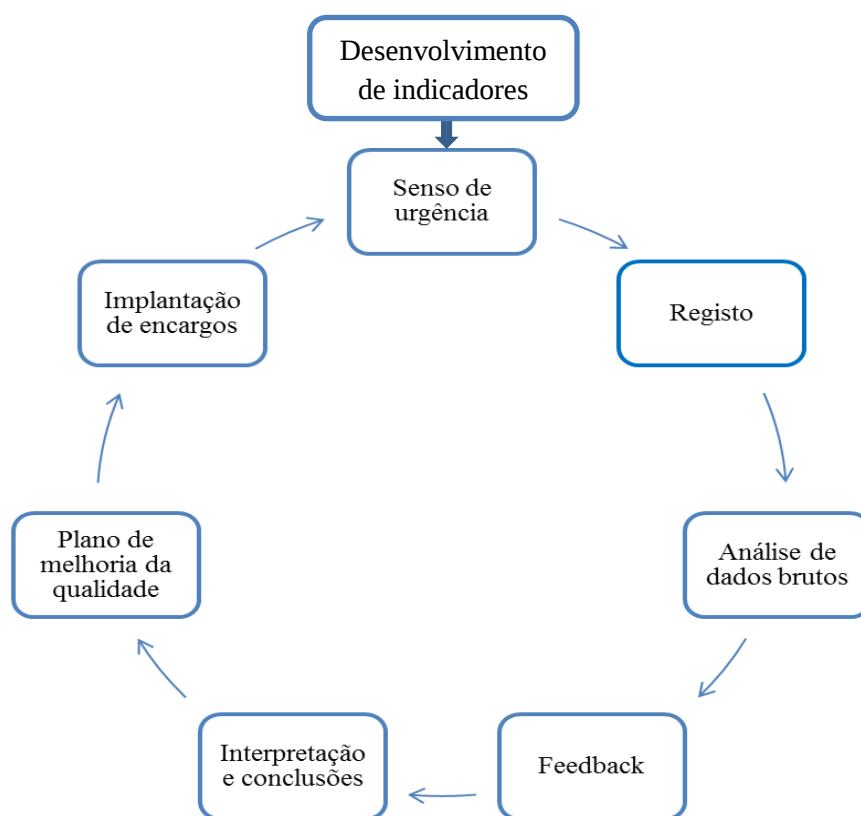
Vos *et al.*, (2010, p.1-2) salienta que, em 2006 a Sociedade Nacional de Medicina Intensiva Holandesa desenvolveu um conjunto de indicadores de qualidade, a fim de avaliar e melhorar a qualidade nas unidades de cuidados intensivos dos Holandeses. Este conjunto de indicadores foi implementado em todas as UCIs a partir do ano de 2008, como parte da avaliação de registo nacional de tratamento intensivo Holandês.

Segundo os autores, a implementação do processo desses indicadores na UCI, começou com um curso para equipa da unidade em relação à coleta de dados. Esta ofereceu a possibilidade para explorar as barreiras relacionadas a conhecimento, atitude e comportamento que podem eventualmente afetar a implementação de indicadores de qualidade nas UCIs dos Holandeses, e para avaliar os facilitadores da implementação destes indicadores na prática diária.

Segundo Voort *et al.*, (2012, p. 1084), salientam ainda que o uso de indicadores de qualidade é essencial tendo em conta ao conceito de gestão da qualidade total, que foi originalmente desenvolvido na indústria. A sua implementação na unidade de cuidados intensivos com finalidade de melhorar a qualidade do atendimento é portanto um processo

complexo. Este processo pode ser descrito em sete passos subsequentes de uma melhoria da qualidade baseada em um ciclo de indicadores; **indicator-based quality improvement (IBQI) cycle**. Uma melhoria da qualidade contínua pode ser conseguida com o uso de indicadores de dados de uma configuração de referência. Após o desenvolvimento de indicadores baseados em evidências, um sentido de urgência tem que ser criado, o registo deve começar, os dados brutos devem ser analisados, o feedback deve ser dado, a interpretação e as conclusões devem ser feitas, seguido de um plano de melhoria da qualidade. O último passo é a implementação de mudanças que precisam de um senso de urgência, e isso, completa o ciclo de indicadores baseados na qualidade; barreiras facilitadoras são encontradas em cada etapa. Elas devem ser identificadas e tratadas em uma estratégia de melhoria da qualidade multifacetada.

Figura nº 2- Indicadores baseados no ciclo de melhoria da qualidade.



Fonte: Adaptado de Voort *et al.*, (2012, p. 1086).

De acordo com Silva (2012), um dos sistemas básicos de trabalho na avaliação e melhoria da assistência prestada aos doentes é o sistema de monitorização. Estes permitem medir e avaliar de forma periódica e planificada os aspetos mais relevantes da assistência de enfermagem, médica e não só, mediante a utilização de indicadores de qualidade.

“Alguns indicadores estão disponíveis ao público (indicadores externos) para orientar os pacientes e legisladores. Outros dados de indicadores não estão disponíveis para o público por causa de validade limitada para evitar manipulação de dados e evitar a estigmatização das instituições (indicadores internos). A maioria dos países ocidentais têm agora um registo nacional de resultados em unidade de cuidados intensivos (UCI) para uso interno, como a mortalidade ajustada ao risco. Na Holanda, a **National Intensive Care Evaluation (NICE)**, gerência um banco de dados nacional desde 1996, neste registo, os dados são coletados há participantes de todas as admissões das unidades de cuidados intensivos nas UCIs. Desde o início deste registo, as taxas de mortalidade ajustadas ao risco e tempo de permanência foram os principais parâmetros que foram relatados para os participantes após o benchmarking; estes registos de parâmetros de resultados forneceram uma visão muito boa para ambos os profissionais especificamente à gestores de unidades de cuidados intensivos em relação às características de pacientes ou case-mix” (Voort *et al.*, 2012, p. 1084-1085).

Segundo os mesmos autores, esses dados são usados como indicadores, que são definidos como parâmetros mensuráveis que dão uma indicação sobre a qualidade do atendimento. Os indicadores de resultados, como mortalidade e tempo de internação, satisfazem plenamente estes critérios. Além de indicadores de resultados, Donabedian descreve indicadores sobre o processo e estrutura. Parâmetros de resultados, como as taxas ou razão de mortalidade padronizadas (RMP), são indicadores muito importantes, pois são o resultado final de todo o processo de atendimento. No entanto, em uma complexa interação de vários processos simultâneos que acontecem em torno de um paciente criticamente doente, é difícil analisar as razões para um resultado específico. Nesse ponto de vista, os processos que levam a um resultado observado são tão importantes quanto o próprio resultado. Os indicadores de Resultados, processos e de estruturas devem ser usados completamente para melhorar a qualidade do atendimento e, finalmente, melhorar o resultado. Dessa forma, os dados de indicadores podem orientar projetos de melhoria da qualidade na UCI e ou na organização.

Voort *et al.*, (2012, p. 1084-1085) salientam que, um indicador de qualidade útil deve cumprir muitas exigências. Os indicadores devem ser projetados com base na meta a ser alcançada. Por exemplo, os indicadores podem ser usados para obter uma visão na aderência às orientações. As recomendações de uma diretriz podem ser transformados em indicadores mensuráveis; os dados coletados sobre estes indicadores dará informações

sobre o grau de implementação das orientações e pode ser usado para intensificar os métodos que levam a um aumento na adesão à orientação específica. Um aumento da adesão às diretrizes é uma ferramenta valiosa para melhorar a qualidade do atendimento.

Para os mesmos autores, a qualidade dos cuidados de saúde tem cinco domínios. De acordo com estes domínios, o Instituto de Medicina da Holanda, refere que o tratamento a nível da unidade de cuidados intensivos deve ser; *seguro, eficaz, eficiente, centrado no paciente, oportuno e equitativo*. Um único indicador só pode dar uma visão em um dos domínios, o que implica que vários indicadores de qualidade são necessários para ganhar a introspeção em todos os domínios. Além disso, os três tipos de indicadores definidos por estudos de Donabedian, podem e devem ser relacionados a um resultado clinicamente relevante.

Segundo Voort *et al.*, (2012), os indicadores devem ser baseadas em evidências para alcançar um elevado grau de validade de construção. Por exemplo, a evidências sobre alta de pessoal médico da UCI pode levar a um indicador que mede o pessoal em UCI. Com base nessas premissas, a Sociedade Holandesa de Cuidados Intensivos desenvolveu um conjunto de 11 indicadores de qualidade com a cobertura de todos os cinco domínios de qualidade definidos pelo Instituto de Medicina Holandês, e envolvem a estrutura, processo e dados de resultados.

Além disso, os indicadores estão relacionados de uma forma que os dados de um indicador possam ajudar a interpretar os dados de outro indicador. Por exemplo, tempo de permanência pode ser melhor entendido com os dados relativos à duração da ventilação mecânica. Tal conjunto integrado de indicadores que abrange todos os domínios de qualidade podem ser usados em TQM que, também na UCI pode obter melhorias de cuidados da qualidade, integrando assim uma filosofia de gestão para continuamente melhorias da qualidade em termos dos produtos e processos concomitantemente melhoria real do atendimento a nível da unidade de cuidados intensivos (Voort *et al.*, 2012, p. 1085).

Segundo Douglas e Fredendall, (2004, p.397) afirmam que a gestão de topo tem a responsabilidade de imbuir os membros da organização com um sentido de propósito comum que visa criar tanto valor para o cliente e o envolvimento empenhado dos funcionários da organização. No entanto, eles também argumentam que os administradores de topo em hospitais podem não ter a responsabilidade de algumas das atividades organizacionais-chave, tais como aqueles controlados pelos médicos e enfermeiros.

Em seguida, apresenta-se os indicadores para este trabalho baseado no modelo previamente publicado por Douglas e Fredendall, (2004).

i) Liderança Visionária/Gestão do Topo, ii) Cooperação Interna e Externa, iii) Aprendizagem, iv) Gestão de Processos, v) Melhoria contínua, vi) Realização dos Funcionários/ normas de Qualidade, vii) Satisfação dos Utentes, viii) Gestão pela Qualidade Total.

3.7 Modelo conceptual:

Optamos pela adoção do modelo de gestão de Douglas e Fredendall (2004), e não de outro pelo facto de ter sido testado com base conceitual para avaliar possíveis semelhanças entre os conceitos de gestão da qualidade em ambientes industrial e serviços. *Em primeiro lugar*, o estudo demonstrou que este modelo de gestão é aplicável aos serviços. *Em segundo lugar*, foi testado com dados de hospitais. *Em terceiro lugar*, o estudo incorpora contribuições de dois corpos adicionais de literatura. Ele usa o The Malcolm Baldrige National Quality Award MBNQA e as literaturas de qualidade de serviço para sugerir outras melhorias para o modelo de gestão de Deming.

Seguidamente apresentamos a quadro de construção do modelo abaixo:

Quadro nº 1- Descrição das variáveis do modelo adotadas por Douglas e Fredendall (2004)

Liderança Visionária / Gestão do Topo	A Capacidade de gestão para estabelecer, prática e levar uma visão de longo prazo para a organização, impulsionado por novas exigências dos clientes, em oposição a um papel de controlo de gestão interna.
Cooperação Interna e Externa.	A propensão da organização para se envolver em atividades não competitivas internamente entre os colaboradores e externamente com relação a fornecedores.
Aprendizagem	Capacidade organizacional para reconhecer e estimular o desenvolvimento de suas habilidades, capacidades e conhecimentos.
Gestão de Processos	Conjunto de práticas metodológicas e comportamentais, enfatizam a gestão de processo, ou meio de ações, ao invés

	de resultados.
Melhoria Contínua	A Propensão da organização para buscar melhorias incrementais e inovadoras de seus processos, produtos e serviços.
Realização dos Funcionários / Normas da Qualidade	O Grau em que os funcionários de uma organização sentem que a organização satisfaz, continua a sua necessidade
Satisfação do Cliente	O Grau em que os clientes de uma organização continuam a perceber que suas necessidades estão sendo atendidas por produtos e serviços da organização.

Fonte: Adaptado de Douglas e Fredendall (2004).

Para avaliar e testar este modelo em hospitais, vamos primeiro avaliar a relação entre as variáveis do modelo no sector hospitalar, na unidade de cuidados intensivos.

3.7.1 Apresentação das variáveis em estudo referentes à sua implementação para a gestão da qualidade nos hospitais.

Nesta seção, vamos detalhar a importância das variáveis que vamos trabalhar.

Liderança visionária ou Gestão do Topo

Segundo Douglas e Fredendall, (2004, p.396), a Liderança Visionaria e ou Gestão do Topo é fundamental essencialmente, porque promove a capacidade de gestão para estabelecer práticas, e levar uma visão de longo prazo para a organização, impulsionada por mudanças nos requisitos dos clientes, em oposição a um papel de controlo de gestão interna; salientam também que a liderança superior leva a resultados superiores em serviços. Além disso, em sua análise relativo aos serviços públicos argumentam que a liderança visionária está relacionada com a melhoria de processos, trabalho em equipa e satisfação do empregado.

Segundo os mesmos autores, vários artigos de saúde abordam a importância da liderança visionária na implementação do programa de qualidade, por exemplo, Arndt e Bigelow, (1995); Bender e Krasnick, (1995); Huq e Martin, (2000); Motwani, sementeiro, e Brashier, (1996). Afirmam também, que a gestão de topo tem a responsabilidade de imbuir os membros da organização com um sentido de propósito comum que visa criar tanto valor

para o cliente e o envolvimento empenhado dos funcionários da organização. No entanto, eles também argumentaram ainda que, os principais administradores de hospitais podem não ter a responsabilidade de algumas das atividades organizacionais-chave, tais como aqueles controlados por médicos.

Douglas e Fredendall (2004, p.396) referem ainda que, a importância da liderança na implementação com êxito a qualidade total em saúde e essencialmente nos cuidados de saúde, é reconhecida nos critérios da MBNQA (*Prêmio Nacional da Qualidade Malcolm Baldrige*), que reconhece organizações norte-americanas em setores sem fins lucrativos dos negócios, saúde, educação, e para a excelência do desempenho. O primeiro critério de adjudicação listado é "liderança visionária" e descreve o papel fundamental dos administradores seniores em implementar com sucesso a qualidade total em saúde. Portanto, enquanto o conceito de liderança visionária pode ser difícil de implementar em hospitais devido à sua estrutura organizacional, ele continua a ser um elemento importante e fundamental da gestão da qualidade total.

Por outro lado, os líderes controlam a aprendizagem organizacional, alocando os recursos e escolher se quer ou não reconhecer e recompensar a aprendizagem que ocorre.

Aprendizagem

Como a maioria dos serviços são empregues através do contacto de pessoas do serviço com o cliente, a aprendizagem empregada deve ter um impacto significativo na qualidade do serviço prestado. No entanto, tem havido pouca pesquisa empírica sobre o impacto da aprendizagem na qualidade do serviço (Douglas e Fredendall, 2004, p. 397).

Segundo os mesmos autores, a capacidade operacional das organizações de serviços é medida com o seu conhecimento organizacional, ou seja, o conhecimento institucional expressa as opções de sistema de design e equipas experiente e competente, a liderança tecnológica, a acuidade de mercado e produtividade dos fatores. Eles salientam ainda que todos esses recursos de operações e acuidade mercada influenciam a qualidade do serviço.

Douglas e Fredendall (2004, p.397) referem ainda que, a educação e formação dos trabalhadores da saúde com princípios básicos de qualidade, estatísticas e habilidades interpessoais, bem como a criação de um ambiente de aprendizagem são importantes para implementação bem-sucedidas de qualidade em hospitais, embora a aprendizagem organizacional seja um aspecto crítico da gestão da qualidade em hospitais; as

organizações típica de saúde não fornecem uma cultura que permite que os conceitos e premissas atuais sejam desafiados. Portanto, mesmo que a capacidade de aprender seja importante para a gestão da qualidade nos hospitais, as culturas de muitos hospitais diminuí a capacidade de aprender.

Segundos os mesmos autores, os critérios de saúde do *Malcolm Baldrige National Quality Award* (MBNQA) incluem a aprendizagem organizacional e pessoal. Estes conceitos são definidos em termos gerais, abrangendo a aprendizagem contínua dentro da organização e a capacidade de se adaptar às mudanças ambientais. Os resultados esperados de abraçar com sucesso a este conceito, incluem a eficiência, agilidade e melhor desempenho.

Cooperação Interna e Externa

Segundo Douglas e Fredendall (2004), a literatura da qualidade de serviço e da literatura de saúde, apoiam a aplicabilidade da construção sobre cooperação interna e externa para o setor de serviços. A construção da cooperação interna é semelhante ao conceito de foco dos recursos humanos como utilizado na pesquisa de serviço. Os itens típicos incluídos no foco dos recursos humanos são comunicação, formação, reconhecimento do apoio aos objetivos de qualidade e satisfação dos funcionários ou ainda, comunicação e participação dos trabalhadores nas decisões.

Os mesmos autores referiram também, que o conceito de cooperação interna e externa deve ser válido para os serviços que utilizam fornecedores importantes como insumos. Por exemplo, Callahan e Moretton (2001) citado por Douglas e Fredendall, (2004) verificaram que o envolvimento externo de marketing e vendas com os seus fornecedores, encurta o tempo de desenvolvimento de software. Enquanto Gittel (2002) citado pelos mesmos autores salientaram que as relações provedor na área da saúde, ou seja, as relações entre os prestadores de serviços em conjunto com o paciente, leva ao aumento da satisfação do cliente. Por outro lado, a cooperação interna e externa, deve ser essencial para a gestão de processos de serviços. Referiram ainda que a cooperação interna deve ainda facilitar o compartilhamento de dados, a padronização dos processos, o acompanhamento visual de defeitos, bem como a utilização de ferramentas estatísticas para identificar todos problemas enfatizando a gestão do processo.

De acordo com Douglas e Fredendall, (2004, p. 396-397); Este estudo mede a formação de qualidade total que os funcionários recebem e como a organização utiliza as

informações dos clientes. Acredita-se ainda que o treinamento relativo a qualidade total, permite que os funcionários aprendam e respondam as informações de clientes disponível. Essa aprendizagem de informações sobre o cliente deve levar a **gestão de processos**, que inclui tornar os dados disponíveis e a utilização de dados para avaliar o desempenho.

Gestão de Processos

Martin e Henderson (2004, p.225) referem que, analisar a forma como os seus serviços são prestados de modo a identificar oportunidades para melhoria pode constituir um bom desafio. Quando se pretender introduzir melhorias eficazes, tem que se ser claro relativamente às áreas sobre as quais detém autoridade e terá que tomar uma decisão sobre quais os colaboradores que quer envolver na definição, no planeamento e na implementação da mudança. Ainda salientam que é necessário fazer o reconhecimento das questões de fronteira com que terá de lidar- identificar quais as partes da sua área de serviços que ligam ou se sobrepõem com outras áreas organizacionais ou profissionais. Enquanto pensa nestas questões, terá de se consciencializar da forma como os doentes e os utentes olham para qualquer mudança, para se assegurar de que vai introduzir melhorias que os beneficiem; uma vez que os doentes e utentes seguem o percurso através da gama de serviços que encontram nas unidades de saúde e dos serviços sociais.

Anderson *et al.*, (1994) citado por Douglas e Fredendall (2004, p. 398) vêm a gestão de processos como sendo aquelas práticas que incidem sobre a gestão dos meios e medidas tomadas no processo e não os resultados. A aplicabilidade da construção de gerenciamento de processos no modelo de gestão Deming aos serviços é compatível com ambos os serviços hospitalares e das literaturas. Também salientam que existem três principais órgãos de pesquisa sobre processo de serviço. O *primeiro* considera como projetar um processo de serviço, usando ferramentas como serviço de impressão. A *segunda* considera como o contato com o cliente é gerido e como ele influencia o processo de serviço e percepção dos clientes relativamente a qualidade. A *terceira* examina técnicas e procedimentos de gestão da qualidade, tais como o uso de controlo estatístico da qualidade e à prova de erros em serviços. Fundamentam ainda que a literatura hospitalar também reconhece a importância da gestão de processos de qualidade de serviço. Incluiu o foco de um hospital na gestão de processos e sistemas de medição da sua melhoria contínua da qualidade e do programa de gestão da qualidade total (TQM). A importância da gestão de processos de qualidade de serviço é reconhecida pelo programa MBNQA nos cuidados de

saúde, o que inclui a gestão de processos como um dos seus sete critérios (Douglas e Fredendall, 2004, p. 398).

Segundo aos mesmos autores, Argumenta-se por muitos pesquisadores de gestão da qualidade que a gestão de processos é essencial para a melhoria. Neste contexto, a gestão de processos significa analisar o desempenho atual e agir.

Melhoria Contínua

Pisco (2007), citado por Silva, Saraiva e Teixeira, (2010, p.47-48), referiram que a melhoria contínua da qualidade na saúde é essencialmente um processo de mudança; numa sociedade onde o apetite insaciável de informação, a divulgação de conhecimentos, a partilha de saberes leigos e periciais se torna uma constante, as alterações e mudanças das políticas e filosofias organizacionais são uma realidade a que nenhum sistema se encontra imune.

WHO (2006), citado pelos mesmos autores, salientam também que a melhoria da qualidade é baseada na mudança. É importante desde logo, entender a quem está conferido o poder para a tomada de decisão e coloca-lo desde cedo no ciclo de intervenção.

Segundo Sureshchandar *et al.*, (2001) citado por Douglas e Fredendall (2004, p.398), salientaram que existe um suporte limitado para a construção de melhoria contínua na literatura da qualidade de serviço geral, mas um forte apoio na literatura de saúde. Segundo os mesmos autores, o esforço para a melhoria contínua é fundamental para a obtenção da qualidade do serviço. Além disso, Roth e Jackson (1995) citado pelos mesmos autores salientaram ainda que, um papel importante das capacidades da melhoria contínua da empresa alcançar alta qualidade do serviço, é através da operacionalização do conhecimento organizacional, para eles, este é portanto o principal determinante da qualidade do serviço.

Douglas e Fredendall (2004, p.398) referiram que, os hospitais muitas vezes têm programas de Melhoria Contínua da Qualidade (CQI). Argumentaram também que a chave para o sucesso do hospital é um compromisso com a melhoria contínua; desde o ponto de vista de medir a eficácia de (MCQ). Usar uma estrutura que inclua a melhoria contínua baseada em um foco no cliente, seguindo os critérios utilizados pelo MBNQA que medem e apoiam a melhoria contínua dos processos e dos sistemas.

Segundo Douglas e Fredendall (2004, p.398), a melhoria contínua, deve levar tanto a um melhor desempenho financeiro e melhores pontuações em termos de auditoria JCAHO *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (Comissão Conjunta de Acreditação de Organizações de Saúde.) A melhoria contínua vai fazer com que haja redução de desperdícios, reduzindo assim os custos e melhorar as finanças. A melhoria contínua deve também melhorar a pontuação de auditoria, uma vez que as auditorias são tão importantes para os hospitais, sendo organizações que permitem aos funcionários a se adaptarem às necessidades do cliente através de processos e informações disponíveis devendo ter melhor desempenho. Acredita-se que o cumprimento dos funcionários vai ajudar a melhorar o desempenho financeiro, levando a um melhor serviço, o que aumenta a reputação do hospital. Esta reputação por sua vez deve levar a um aumento de negócios no hospital.

Satisfação do Utente

Douglas e Fredendall (2004, p. 399) referem que, a satisfação do utente é um conceito muito importante na literatura da qualidade de serviço, pelo facto de abordar a forma como o serviço e o processo do serviço em relação as expetativas dos utentes é alcançada.

Harvey (1998), Nilsson, Johnson e Gustafsson (2001) citado por Douglas e Fredendall, (2004, p.399), descobriram que as práticas da qualidade interna das empresas de serviços, influenciam a satisfação do cliente. Além disso, Anderson, Fornell e Lehmann (1994) citado pelos mesmos autores, constataram que, em uma empresa de serviços, a satisfação do cliente influencia a rentabilidade de uma empresa, bem como o aumento da satisfação do cliente em serviços, fazendo com que haja uma maior retenção de clientes. Também referem que os processos organizacionais com foco aos cuidados de saúde levam a satisfação total dos clientes, ou seja, dos pacientes.

“O envolvimento dos utentes é fundamental para a gestão hospitalar já que aumenta a autoestima dos profissionais de saúde e dá acesso à informação sobre o estado de saúde dos utentes” (Rocha, 2011, p. 145).

Segundo o mesmo autor existe uma variedade de formas de envolvimento:

- Participação numa base individual e amigável. Não existe consulta sistemática.

- Participação sistemática dos utentes e construir um serviço para recolha das informações e reclamações, sendo os resultados trabalhados e devendo fazer parte do processo de decisão da gestão.
- Controlo por parte dos utentes quando estes querem o serviço de forma independente, participando, deste modo, nos processos de gestão.

Em nosso estudo, o desempenho do negócio é medido pela implementação da qualidade o que implica necessariamente o uso de indicadores de desempenho destinados a medir o desempenho e a qualidade sentida pelos utentes e utilizadores do serviço.

Em termos sintéticos constituem objetivos de medidas:

- Revisão do desempenho passado, respondendo a questões como o que melhorar.
- Encorajar a melhoria do desempenho.
- Promover a mudança, e, eventualmente a mudança de estruturas.
- Levar ao «*benchmarking*», isto é, à comparação com outros hospitais ou centros de saúde. Rocha, (2011, p. 145).

Realização dos Funcionários

Rocha (2011, p.144) salienta que, para que se possa melhorar o empenho dos funcionários numa organização com vista à excelência, é necessário o envolvimento dos funcionários, desenvolvimento numa cultura de serviço, melhoria da qualidade de vida, construção de objetivos de desempenho muito claros, desenvolvimento de grupos de trabalho bem como «Empowerment». Para Anderson *et al.*, (1994), citado por Douglas e Fredendall (2004, p.398-399) sugerem que a realização do funcionário deve ser medida pela satisfação no trabalho, comprometimento com o trabalho, e orgulho no seu trabalho. Referem ainda que as empresas devem se concentrar na satisfação do empregado, porque há uma alta correlação entre perceções dos funcionários relativamente ao bem-estar e perceção da qualidade do serviço prestado aos clientes.

Douglas e Fredendall (2004, p.398-399) salientam que a literatura sobre serviço hospitalar sugere que a satisfação do funcionário é necessária para os resultados de desempenho melhorado, incluindo a satisfação do cliente, mas pode ser difícil de alcançar. Os mesmos autores constataram também que, os hospitais que classificam uma alta participação dos trabalhadores, trabalho em equipa, e, uma cultura flexível adaptável, foram os mais bem-sucedidos nas iniciativas de gestão da qualidade, tendo como resultado o aumento da satisfação e das relações com os empregados. *A Realização dos*

Funcionários em termos de empregados e satisfação do serviço prestado pelo profissional, para além de ser considerada como a autoridade, informação e ferramentas necessárias para fazer o seu trabalho, desde que o pessoal de serviço possa usar os processos à sua disposição para responder rapidamente às necessidades dos clientes e satisfazer os interesses individuais. O atendimento dos funcionários depende de uma gestão de processos superior, como também, a realização dos funcionários bem como a satisfação dos clientes pode melhorar a pontuação de auditoria, uma vez que os funcionários tomem as iniciativas de eliminar os obstáculos que possam eventualmente impedir o cumprimento dos requisitos das auditorias JCAHO desde que a gestão do topo os imbuam.

Gestão pela Qualidade Total

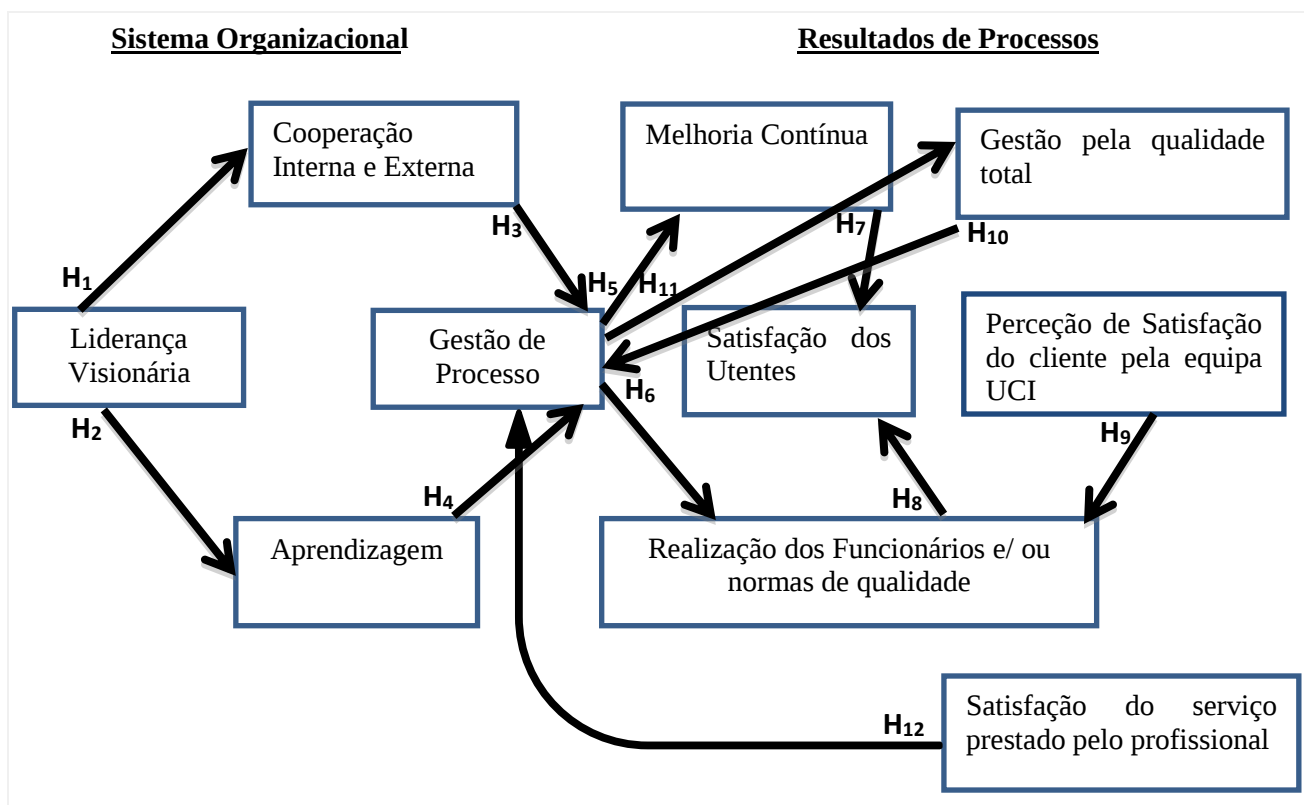
A Gestão pela Qualidade Total, deve emanar políticas na perspetiva da perceção e expectativa dos doentes às quais o sistema deve corresponder. “As perceções dos consumidores relativamente à qualidade de um serviço resultam da comparação das suas expectativas antes e depois da receção do serviço. Isto significa que a qualidade do serviço não depende somente da reação do consumidor; depende também das expectativas do consumidor. Além disso, as perceções derivam não só dos processos adotados pelos serviços, mais também dos resultados da intervenção do serviço” (Rocha, 2011, p. 134).

O mesmo autor salienta que, a qualidade de um serviço de saúde é de dois tipos: normal e excecional.

Da parte do staff a qualidade implica reconhecimento e compreensão, suporte da sua atividade; informação; e participação no sentido de envolvimento.

O modelo conceptual que pretendemos testar apresenta-se assim seguidamente, embora sejam explorados relações entre as variáveis não anteriormente contempladas no modelo de Douglas e Fredendall (2004). Tais como a relação existente entre a *satisfação do serviço prestado pelo profissional* e a *gestão de processo*, a *relação existente entre a gestão de processo e a gestão pela qualidade total na UCI* em vice-versa, e finalmente, a *relação existente entre a perceção de satisfação do cliente pela equipa da UCI* e a *realização dos funcionários e ou normas de qualidade*.

Figura 3: Modelo a testar da gestão da qualidade para os serviços



Fonte: Construção própria, adaptada no artigo Douglas e Fredendall (2004)

O modelo que se apresenta, também pode ser assim representado por um conjunto de hipóteses:

3.7.2 Hipóteses

Considera-se hipótese; uma suposta, provável e provisória resposta á um problema, cuja adequação (comprovação = sustentabilidade ou validez) será verificada através da pesquisa relacionando variáveis Marconi e Lakatos, (2010, p.110). Para Sousa e Baptista, (2011, p. 27), Hipóteses, são suposições admissíveis que tentam solucionar a pergunta de partida e ajudar a compreender o tema. Estas não são necessariamente verdadeira, pois as mesmas são formuladas para que no final da investigação sejam consideradas verdadeiras ou falsas.

Em consonância aos teoremas formais anteriormente formulados, produziram-se as seguintes hipóteses, que refletem a correlação entre as variáveis já apresentadas no esquema previamente ilustrado relativo ao modelo conceptual a testar:

Hipótese 1: A Liderança visionária está positivamente relacionada com a cooperação interna e externa.

Hipótese 2: A Liderança visionária está positivamente relacionada com a aprendizagem.

Hipótese 3: A Cooperação interna e externa está positivamente relacionada com a gestão do processo.

Hipótese 4: A aprendizagem está positivamente relacionada com a gestão do processo.

Hipótese 5: A gestão de processo está positivamente relacionada com a melhoria contínua.

Hipótese 6: A gestão de processo está positivamente relacionada com a realização dos funcionários e/ ou normas de qualidade.

Hipótese 7: A melhoria contínua está positivamente relacionada com a satisfação dos utentes.

Hipótese 8: A realização dos funcionários e/ou normas de qualidade está positivamente relacionada com a satisfação do cliente.

Hipótese 9: A perceção de satisfação do cliente pela equipa na UCI está positivamente relacionada com a realização dos funcionários e/ou normas de qualidade.

Hipótese 10: A gestão pela qualidade total está positivamente relacionada com a gestão de processos.

Hipótese 11: A gestão de processo está positivamente relacionada com a gestão pela qualidade total.

Hipótese 12: A satisfação do serviço prestado está positivamente relacionado com a gestão de processo.

CAPÍTULO 3

4 Metodologia da investigação

4.1 Revisão da literatura

Neste capítulo apresenta-se os caminhos a percorrer de modos alcançar os objetivos propostos, em termos de abordagem metodológica e tendo em conta a natureza da problemática, começou por fazer-se pesquisa de informação, construção da teoria e estruturação do trabalho. Foi feita revisão aprofundada da literatura relevante sobre o tema, isto é, documental e bibliográfica tendo utilizado as bases de dados da *EBSCOHOST* com palavras-chaves *Service Quality, and Total Quality management. e B-ON* com as seguintes palavras-chaves; *Gestão e qualidade em saúde, Gestão nos Serviços de saúde, indicadores de qualidade na unidade de cuidados intensivos, RCAAP*, com a necessidade de recorrer ao *GOOGLE* para recolha de alguns artigos não existentes nas bases citadas, com o intuito de conhecer o estado atual do conhecimento relativamente ao tema em análise e alcançar um ponto de partida para a redação deste trabalho. Após a definição do problema de investigação concomitantemente o modelo a estudar, seguidamente passou-se ao *estudo empírico*; com o objetivo de se desenvolver esta fase.

4.2 Estudo empírico

4.2.1 Instrumentos de colheita de dados

O instrumento utilizado para recolha de dados foi o questionário, aplicado à população da Província do Bié e do Huambo, nomeadamente nas unidades de cuidados intensivos daqueles hospitais províncias com o objetivo de Identificar as opiniões dos enfermeiros, médicos, administrativos e utentes, relativamente à Gestão da Qualidade Total no contexto da UCI, quais as variáveis que têm mais impacto na gestão da qualidade total na UCI bem como determinar as relações entre Gestão da Qualidade Total e a satisfação do cliente e finalmente conhecer a relação entre liderança visionária e Gestão da Qualidade Total ou seja, relação entre as variáveis. Foram distribuídas cartas de autorização a nível de três (3) Hospitais no período de três meses. **(Anexo III).**

Após a autorização para a realização do estudo, fez-se a distribuição do consentimento informado livre e esclarecido a hospitais que se dispuseram de modo a que se realizasse o referido estudo. **(Anexo II).**

Concluindo com a distribuição do consentimento **(Anexo IV)** fez-se a entrega dos questionários a cada um dos participantes.

4.2.2 Questionários

Foram realizados questionários a profissionais e aos utentes.

Os questionários dos profissionais eram constituído por 10 questões e 47 sub-questões que variavam do carácter pessoal, como por exemplo, o género, idade, formação profissional, função atual, experiência na atual função, experiência na organização, passando por perguntas de conhecimentos de gestão da qualidade sobre visão da liderança e ou gestão do topo entre outras, e abrangeram, também questões direcionadas essencialmente à gestão da qualidade (total) e ou do serviço de saúde prestado com o intuito de aperceber como estes realizam suas tarefas relacionadas ao atendimento à utentes a nível da unidade de cuidados intensivos e sugerir melhorias

Cada questionário era constituído por questões fechadas, usou-se a escala de Likert de 5 pontos sendo que, 1 corresponde a discordo totalmente 2 discordo 3 indeciso (não concordo nem discordo) 4 concordo e 5 concordo totalmente. **(Anexo V).**

Já o questionário aplicado aos utentes era constituído por 1 questão constituído por 7 itens sobre a perceção de satisfação de utentes, relativamente a satisfação do serviço prestado, onde de igual modo utilizou-se a escala de Likert. **(Anexo IV);** com o propósito de percebermos do grau de satisfeitos dos doentes relativamente no que diz respeito no atendimento do serviço prestado.

4.2.2.1 População e amostra

A população identificada nestas unidades era constituída por 170 profissionais.

Distribuíram-se um total de 170 questionários a profissionais de saúde, sendo que 100, foram entregues a unidade de cuidados intensivos do Hospital Provincial do Bié e 70 a unidade de cuidados intensivos do Hospital Provincial do Huambo.

Apesar do número de questionários distribuídos, foram recolhidos um total de 56 questionários, dos quais, 29 pertenciam a UCI do Hospital Provincial do Bié e 27

pertenciam a UCI do hospital provincial do Huambo. O que dá uma taxa de resposta no Hospital Provincial do Bié de (29,0%) e no Hospital Provincial do Huambo (38,6%). O que faz (67,6 %) de taxa de resposta no total.

Os participantes são, na sua maioria, consideradas pessoas que exercem atividades de enfermagem na unidade de cuidados intensivos (UCI), peç embora houvesse também médicos e administrativos aquelas unidades em número bastante reduzido.

Relativamente a questionários dos doentes, distribuíram-se 30 questionários devido a amostra identificada, sendo que 15 foram entregues a doentes do Hospital do Bié e 15 a doentes do Hospital do Huambo.

Apesar do número distribuído, foram recolhido um total de 14 questionários, dos quais 11 pertenciam a UCI do Hospital Provincial do Huambo e 3 pertenciam a UCI do Hospital Provincial do Bié. O que dá uma taxa de resposta no Hospital Provincial do Huambo de 78,6% e no Hospital Provincial do Bié de (21,4%), fazendo assim 100% de taxa de respostas total. (gráfico nº 7).

De referir também, que o estudo foi realizado nos municípios sede das respetivas províncias, ambas com o mesmo nível em termos de atendimentos, (nível terciário) conforme classificação do SNS Sistema Nacional de Saúde de Angola.

4.2.2.2 Tratamento de dados

Depois de recolhidos os dados, é preciso organizá-los e estruturá-los para apresentar as suas relações no transcorrer da pesquisa. Apresentam-se os resultados em gráficos e em tabelas após análise estatística.

4.2.2.3 Análise estatística

Segundo Vilelas (2009), a análise estatística tem como finalidade fornecer o perfil que caracteriza a amostra da população. Assim, a análise estatística envolveu mensurações de estatística descritiva nomeadamente as frequências absolutas e relativas, médias e desvios padrão e estatística inferencial.

É importante referir que para esta análise, optamos por usar a estatística paramétrica por visarem analisar a variabilidade dos resultados da variável dependente, em função da manipulação das variáveis independentes, para que se possa refutar ou aceitar a

hipótese nula, a qual postula que os resultados da investigação são devidos, não aos efeitos previstos pela hipótese experimental, mas à diferenças aleatórias nos resultados devidas a outras variáveis irrelevantes ou ao acaso. (Infopédia, 2003-20214) o mesmo foi também fundamentado por (Vilelas, 2009, p. 122-123.)

Estes testes paramétricos possibilitam que os resultados experimentais devem ser mensurados em escalas intervalares; que os resultados sejam normalmente distribuídos, isto é, devem seguir a curva normal; que deve haver homogeneidade da variância, isto é, a variabilidade dos resultados, para cada situação experimental, deve ser aproximadamente a mesma. Para testar estes pressupostos é condição essencial que os resultados da variável dependente sejam medidos de uma forma numérica, ainda que nem sempre baseados numa escala intervalar natural (Infopédia, 2003-20214).

Refere-se ainda que as estatísticas paramétricas são mais poderosas do que as não-paramétricas, na medida em que têm em consideração mais informação acerca das diferenças entre os resultados; tal facto torna-as mais sensíveis para considerar as diferenças significativas entre as performances dos indivíduos, nas diferentes situações experimentais (Infopédia, 2003-2014).

Portanto, usou-se o coeficiente de correlação momento-produto de Pearson. Como a dimensão da amostra é superior a 30 aceitou-se a normalidade de distribuição das variáveis, de acordo com o teorema do limite central. O nível de significância foi fixado em $(\alpha) \leq 0,05$.

A análise estatística foi efetuada com suporte ao SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 20.0 e versão 22.00 para Windows. Seguidamente, apresentamos os gráficos e tabelas referentes ao tratamento merecido ao questionário aplicado.

CAPÍTULO 4

5 Apresentação dos Resultados e Discussão (Questionário aplicado à profissionais).

Posto isto, apresenta-se os resultados obtidos bem como a caracterização da nossa amostra, concomitantemente, as relações testadas entre as variáveis.

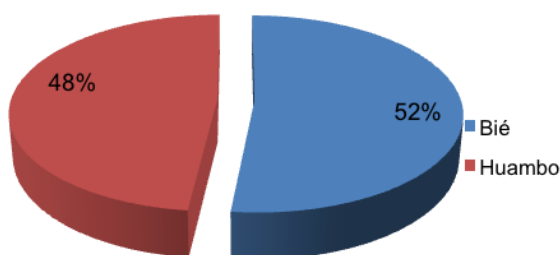
5.1 Caracterização da amostra

Tem como objetivo traçar o perfil da amostra e analisar o seu grau de homogeneidade.

Neste estudo, foram analisadas amostras de dois hospitais, provenientes de um total de 56 participantes que trabalhavam na UCI constituindo 100% no total. Destes, 52% (n=29) pertenciam a UCI do hospital provincial de Bié, e 48% (n=27) pertenciam a UCI do hospital provincial de Huambo.

Como se poderá verificar pelo gráfico nº 1, Este dado não descompõe em nada nesta pesquisa aliás, ilustra a distribuição dos valores em percentagem dos sujeitos inquiridos, sendo que a maior percentagem reflete-se essencialmente a pesquisa realizada no Hospital de Bié.

Gráfico nº 1 – Distribuição percentual entre os profissionais do Hospital do Bié e do Hospital do Huambo.



Fonte: Elaboração própria

A taxa de resposta total do questionário a nível dos profissionais da unidade de cuidados intensivos foi de 32,9% uma vez que foram distribuídos 170 questionários que correspondem a 100% de respostas esperadas, colhidos apenas 56. A taxa de respostas no hospital do Bié foi de 29,0% (29/100) e a taxa de respostas no hospital do Huambo foi de

38,6% (27/70); Fazendo assim 52% ($n = 29$) dos inquiridos trabalhavam no Hospital do Bié e 48,2% ($n = 27$) dos quais trabalhavam no hospital de Huambo. A taxa de resposta dos dois hospitais relativos a amostra de 56 profissionais foi de 67.6%.

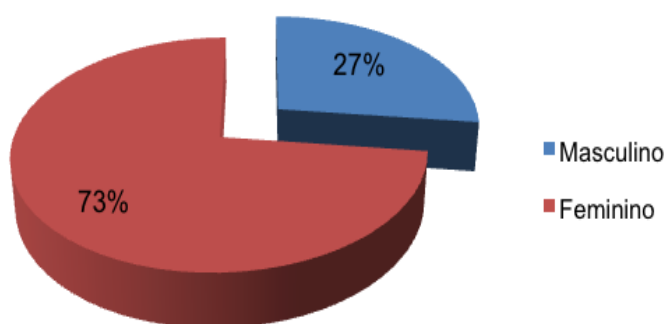
Relativamente aos questionários não recolhidos, deve-se a questões burocráticas.

Podemos ainda apreciar a taxa de respostas dos questionários aplicados a profissionais em cada uma das questões. As questões Tipo hospital, Experiência na organização, CIE_c, GP_a, GP_b, RFNQ_b e GQT_a tiveram uma taxa de respostas de 100,0%. As questões que tiveram uma menor taxa de resposta foram a experiencia na organização (76,8%), RFNQ_a (83,9%) e a SU_d (83,9%). **Tabela 1 Anexo nº 1.**

5.1.1 Dados Demográficos:

Percebe-se pelo gráfico nº 2 que a maior parte dos participantes, que corresponde a 73,0% pertence ao sexo feminino, e 27,0% pertence ao sexo masculino. Este dado nesta pesquisa, vale-nos a medida que deste é possível conhecer a distribuição dos inquiridos por género. Sem que sofra, por conta disto, influência na análise e considerações finais desta pesquisa.

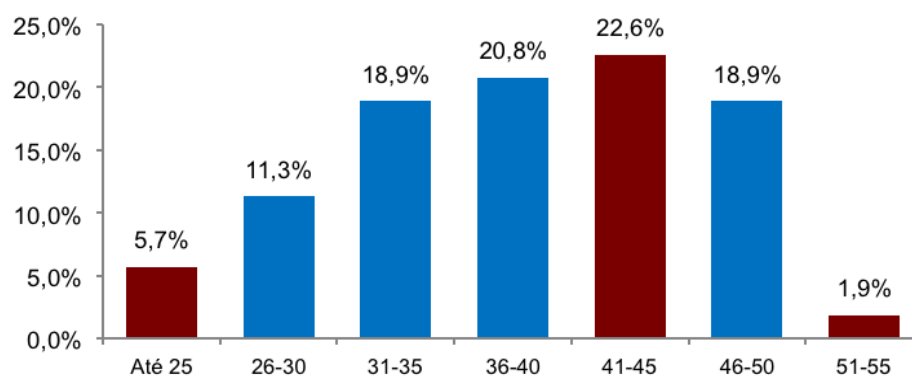
Gráfico nº 2 – Género



Fonte: Elaboração própria

No **gráfico n° 3** podemos apreciar a distribuição dos inquiridos por escalão etário. A maioria encontrava-se no escalão etário entre 41-45 anos de idade, que correspondem a (22,6%). Os mais novos representavam 5,7% e os mais velhos 1,9%.

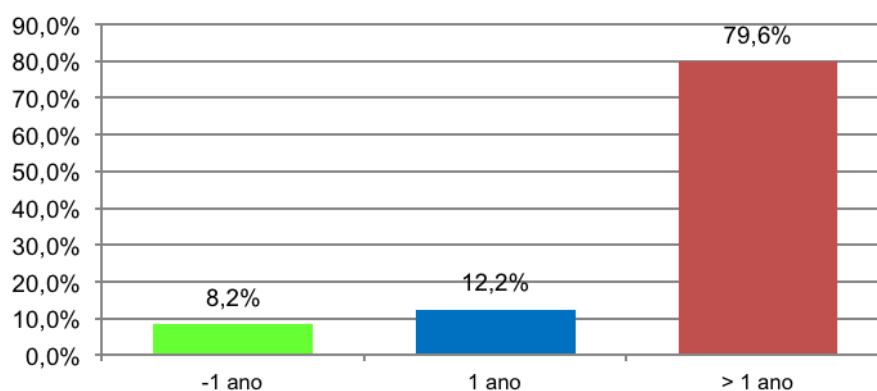
Gráfico n° 3 – Escalões etários



Fonte: Elaboração própria

Em termos de experiência na atual função, verifica-se uma percentagem bastante elevada de 79,6% para os inquiridos com mais de 1 ano de experiência. O que pressupõem haver uma mão-de-obra mais qualificada em termos de prestação de serviço. Gráfico n° -4

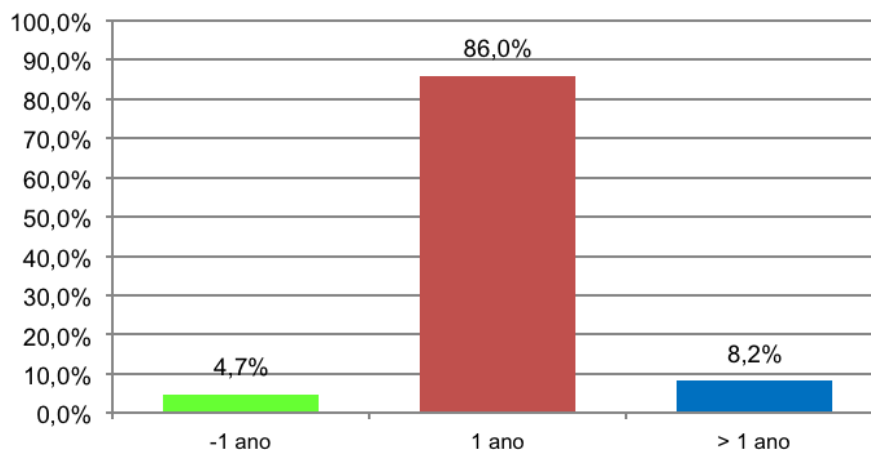
Gráfico n° 4 – Experiência na função



Fonte: Elaboração própria

De acordo com o gráfico abaixo, referente a experiência ou tempo de trabalho na organização, 86,0% dos inquiridos trabalhavam nesses hospitais há cerca de 1 ano.

Gráfico nº 5 – Experiência na Organização



Fonte: Elaboração própria

De acordo com a tabela nº 2, formação profissional, mais de metade dos inquiridos tinham formação profissional em enfermagem (76,8%), fato ter havido no passado e até a presente data formação nesta área; seguiam-se depois os inquiridos com formação em medicina (8,9%) e os com formação Administrativa corresponde a (3,6%). Ver abaixo.

Tabela nº 2

Distribuição de frequências e percentagens da formação Profissional

	Frequência	Percentagem
Enfermagem	43	76,8
Medicina	5	8,9
Administração	2	3,6
Outras	6	10,7
Total	56	100,0

Fonte: Elaboração própria

Como se pode verificar na tabela nº 3 abaixo, relativa a categoria profissional, cerca de 3 terços que corresponde a (75,0%) dos inquiridos desempenhavam a função de enfermeiro, de referir que em Angola, estes exercem até funções em medicina devido a escassez de médicos. Seguiam-se depois os médicos (14,3%) e os com função indiferenciada «outras» corresponde a (10,7%).

Tabela nº 3

Distribuição de frequências e percentagens da categoria Profissional

	Frequência	Percentagem
Enfermeiro	42	75,0
Médico	8	14,3
Outras	6	10,7
Total	56	100,0

Fonte: Elaboração própria

5.2 Análise de estatísticas descritivas

Com o intuito de estudar se existe conhecimento relativamente a gestão da qualidade na unidade de cuidados intensivos a nível dos inquiridos, foram introduzidas no questionário questões que procuram analisar os valores obtidos nesta análise.

Após esta breve explicação apresentam-se seguidamente os valores obtidos por estatística descritiva, referentes às variáveis analisadas no questionário, que podem ser apreciados na tabela nº 4 e no gráfico nº 6. Nela indica-se os valores mínimos e máximos, médias e respetivos desvios padrão. A dimensão mais valorizada foi *Melhoria contínua* (média = 4,28) e a menos bem valorizada foi a *Gestão pela qualidade total* (média = 3,40).

Tabela n° 4

Distribuição das variáveis analisadas no estudo

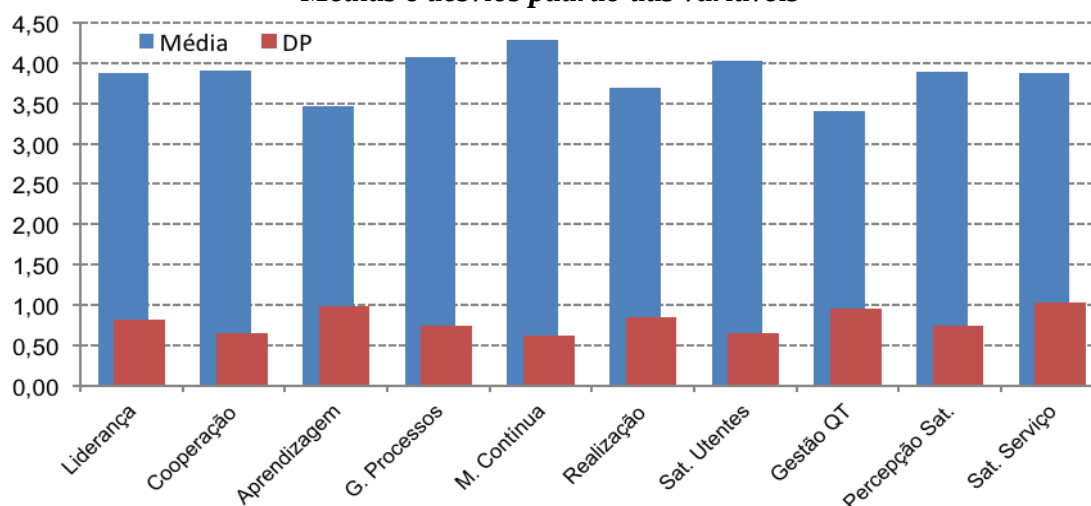
	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Visão da liderança/gestão do topo	47	2,33	5,00	3,88	0,81
Cooperação interna/externa	44	2,14	5,00	3,91	0,65
Aprendizagem	50	2,00	5,00	3,47	0,98
Gestão de processos	54	2,33	5,00	4,08	0,75
Melhoria contínua	47	2,50	5,00	4,28	0,61
Realização dos funcionários/normas de qualidade	44	1,25	5,00	3,69	0,85
Satisfação dos utentes	46	2,75	5,00	4,03	0,65
Gestão pela qualidade total	49	1,00	4,60	3,40	0,95
Perceção de satisfação do cliente pela UCI	53	2,00	5,00	3,89	0,74
Satisfação do serviço prestado	12	1,00	4,86	3,87	1,03

Fonte: Elaboração própria

No gráfico n° 6 apresentamos as médias e os desvios padrão das dimensões das variáveis usadas no questionário. A média mais elevada ocorreu na dimensão melhoria contínua (4,28) e o desvio padrão mais baixo ocorreu também na dimensão melhoria contínua (0,61).

Gráfico n° 6

Médias e desvios padrão das variáveis



Fonte: Elaboração própria

5.3 Avaliação dos Coeficientes de Fiabilidade interna dos questionários

A avaliação dos coeficientes de fiabilidade interna consiste em estimar a medição de uma variável latente, é muito importante dar atenção à fiabilidade de um questionário permitindo deste modo tirar conclusões a partir de uma medida que tenha fiabilidade adequada.

A escala seguinte dá uma indicação aproximada para avaliar o valor de uma medida de fiabilidade.

Quadro nº 2

Escala da avaliação de medidas de confiabilidade interna

(Alpha de Cronbach)

Valor de Alpha	Confiabilidade
Maior que 0,9 -----	Excelente
Entre 0,8 e 0,9 -----	Bom
Entre 0,7 e 0,8 -----	Razoável
Entre 0,6 e 0,7 -----	Fraco
Abaixo de 0,6 -----	Inaceitável

Fonte: Hill, (2012, p.149)

A análise dos coeficientes de fiabilidade interna dos questionários foi realizada com recurso ao coeficiente de fiabilidade interna Alpha de Cronbach. Os valores encontrados variam entre um mínimo de 0,624 (fraco mas aceitável) na dimensão *Melhoria contínua* e um máximo de 0,908 (excelente) para a dimensão *Satisfação do serviço prestado*.

Na dimensão Visão da liderança/gestão do topo a consistência interna foi de 0,781 (razoável), na Cooperação interna/externa foi de 0,674 (fraco mas aceitável), na Aprendizagem foi de 0,650 (fraco mas aceitável), na Gestão de processos foi de 0,636 (fraco mas aceitável), na Melhoria contínua foi de 0,624 (fraco mas aceitável), na Realização dos funcionários/normas de qualidade (0,778 (razoável), na Satisfação dos utentes foi de 0,741 (razoável), na Gestão pela qualidade total foi de 0,735 (razoável), Perceção de satisfação do cliente pela UCI foi de 0,625 (fraco mas aceitável) e na dimensão Satisfação do serviço prestado foi de 0,908 (excelente). A categorização destes valores segue o publicado em Hill (2012, p. 149). O mesmo foi fundamentado ainda por Vilelas, (2009, p. 364-365).

Assim, para dar o cumprimento da análise do coeficiente de confiabilidade interna, e tendo em conta as inter correlações entre itens do nosso questionário medirem o mesmo construto ou dimensão, e em função do valor de Alpha de Cronbach aumentar quando aumenta as inter correlações, apresentamos seguidamente o valor de Alpha de Cronbach obtido pela estatística de confiabilidade de todo o questionário (total). De salientar que o valor obtido sugere-nos a validação do instrumento de recolha de dado utilizado (questionário), uma vez que o valor obtido (0,872) é bom e, encontrar-se próximo de (1) tendo em conta ao postulado no **Quadro nº. 2**, muito embora esse valor dependa muito do tipo e do tamanho da amostra a utilizar.

Tabela nº 5

*Estatísticas de confiabilidade do
questionário (total).*

Alfa de Cronbach	N de itens
0,872	10

Fonte: Elaboração própria

Tabela nº 6

Fiabilidade interna das variáveis apresentadas no estudo

	Alpha de Cronbach	Nº de itens
Visão da liderança/gestão do topo	0,781	6
Cooperação interna/externa	0,674	7
Aprendizagem	0,650	4
Gestão de processos	0,636	3
Melhoria contínua	0,624	4
Realização dos funcionários/normas de qualidade	0,778	4
Satisfação dos utentes	0,741	4
Gestão pela qualidade total	0,735	5
Perceção de satisfação do cliente pela UCI	0,625	3
Satisfação do serviço prestado	0,908	7

Fonte: Elaboração própria

5.4 Análise do Coeficiente de correlação de Pearson (r) entre as variáveis

O coeficiente de correlação de Pearson mede a intensidade e a direção da associação de tipo linear entre duas variáveis quantitativas. Este valor varia entre -1 (negativo) e 1 (positivo). Quando o valor é $<0,20$ a correlação diz-se muito fraca, quando está entre 0,20 e 0,40 diz-se fraca, quando está entre 0,40 e 0,70 diz-se moderada, quando está entre 0,70 e 0,90 diz-se elevada e quando é superior a 0,90 diz-se muito elevada. A categorização destes valores segue o publicado em Pestana e Gageiro (2005, p. 107). Para

Vilelas (2009, p. 329), refere que o coeficiente pode tomar valores entre + 1 e - 1. Onde o primeiro valor surge quando existe uma correlação positiva perfeita; o segundo, quando há uma correlação negativa perfeita, quando a influência é grande numa variável e origina uma diminuição na outra. O mesmo autor refere ainda que o coeficiente de correlação de Pearson, também é chamado de coeficiente de correlação produto-momento, ou simplesmente r de Pearson, medindo o grau da correlação e a direção dessa correlação – se positiva ou negativa entre duas variáveis de escala métrica de intervalo ou de razão ou quociente.

Enquanto para Hill, (2012, p. 202-203) um coeficiente de correlação de Pearson indica a natureza da relação entre os valores de duas variáveis, onde o valor do coeficiente deve estar dentro do intervalo $[-1, +1]$.

Apresentamos as seguintes interpretações, tendo em conta o valor de r :

Quadro nº 3

Escala da avaliação de medidas (Coeficiente de correlação de Pearson (r))

- $r = 1$	Correlação perfeita positiva entre as duas variáveis
- $0,8 \leq r < 1$	Correlação forte positiva
- $0,5 \leq r < 0,8$	Correlação moderada positiva
- $0,1 \leq r < 0,5$	Correlação fraca positiva
- $0 < r < 0,1$	Correlação íntima positiva
- 0	Nula. As duas variáveis não dependem linearmente uma da outra.

Fonte: Vilelas, (2009, p. 329).

Hipótese 1 - A Liderança visionária está positivamente relacionada com a cooperação interna e externa.

Para um nível de significância de (0,01) existem evidências estatísticas para se afirmar que o par de itens de avaliação do estudo entre *liderança visionárias e cooperação interna e externa* é estatisticamente significativo, positivo e moderado, verifica-se que o grau de concordância da afirmação se correlaciona moderadamente (coeficiente de correlação de Pearson 0,727) onde ($r= 0,727$). Assim, quanto mais elevada é a perceção da Liderança visionária mais elevada é a *Cooperação externa e interna*. Deste modo, confirma-se a hipótese enunciada. Vilelas, (2009, p. 329), Laureano, (2013,p. 130). Ver matriz de correlação apresentada a tabela nº 7.

Tabela nº 7

Coefficiente de Correlação da Hipótese 1

		Liderança visionária
Cooperação interna e externa	Pearson Correlation	0,727**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	39

** $p \leq ,01$

Fonte: Elaboração própria

Hipótese 2 - A Liderança visionária está positivamente relacionada com a aprendizagem.

Tendo em conta ao postulado anteriormente, o estudo mostrou que o coeficiente de correlação entre a *Liderança Visionaria* e a *Aprendizagem* é estatisticamente significativo, positivo e moderado ($r= 0,525$) para um nível de confiança de 0,01. Assim, quanto mais elevada é a perceção da Liderança visionária mais elevada é a aprendizagem. Deste modo, confirma-se a hipótese enunciada. (Vilelas, 2009, P. 329). Ver matriz de correlação apresentada a tabela 8.

Tabela nº 8 Coeficiente de Correlação da Hipótese 2

		Liderança visionária
Aprendizagem	Pearson Correlation	0,525**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	44

** $p \leq, 01$

Fonte: Elaboração própria

Hipótese 3 - A Cooperação interna e externa está positivamente relacionada com a gestão do processo.

De acordo com o estudo, a tabela 9 apresenta a matriz de coeficiente de correlação entre os itens Cooperação interna e externa e a Gestão de processo, esta correlação é estatisticamente significativo, positivo e moderado ($r= 0,457$) para um nível de confiança de 0,01. Assim, quanto mais elevada é a Cooperação interna e externa mais elevada é a Gestão do processo. Deste modo, confirma-se a hipótese enunciada. (Vilelas, 2009, p. 329). (Laureano, 2013, p. 130).

Tabela - 9 Coeficiente de Correlação da Hipótese 3

		Cooperação interna e externa
Gestão de processo	Pearson Correlation	0,457**
	Sig. (2-tailed)	0,002
	N	44

** $p \leq, 01$

Fonte: Elaboração própria

Hipótese 4 - A aprendizagem está positivamente relacionada com a gestão do processo.

Tendo em conta ao postulado anteriormente, e de acordo com o estudo, verificou-se que o coeficiente de correlação entre os itens Aprendizagem e a Gestão de processo é estatisticamente significativo, positivo e fraco ($r= 0,309$) para um nível de confiança de 0,05. Assim, quanto mais elevada é a Aprendizagem mais elevada é a Gestão do processo. Deste modo, confirma-se a hipótese enunciada. (Vilelas, 2009, p. 329). Ver matriz apresentada a tabela nº 10.

Tabela 10

Coeficiente de Correlação da Hipótese 4

		Aprendizagem
Gestão de processo	Pearson Correlation	0,309*
	Sig. (2-tailed)	0,029
	N	50

* $p \leq ,05$

Fonte: Elaboração própria

Hipótese 5 - A gestão de processo está positivamente relacionada com a melhoria contínua.

A tabela nº 11 apresenta a matriz do coeficiente de correlação entre os itens Gestão do processo e a Melhoria contínua, e este, é estatisticamente significativo, positivo e moderado ($r= 0,670$) para um nível de confiança de 0,01. Tal como referido noutros pontos acima, Assim, quanto mais elevada é a Gestão do processo mais elevada é a Melhoria contínua. Deste modo, confirma-se a hipótese enunciada. (Vilelas, 2009, p. 329).

Tabela nº 11

Coeficiente de Correlação da Hipótese 5

		Gestão de processo
Melhoria contínua	Pearson Correlation	0,670**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	47

** $p \leq ,01$

Fonte: Elaboração própria

Hipótese 6 - A gestão de processo está positivamente relacionada com a realização dos funcionários/ normas de qualidade.

Existem evidências estatísticas para se afirmar que o coeficiente de correlação entre os itens Gestão de processo e a realização dos funcionários é estatisticamente significativo, verifica-se que o grau de concordância é positivo e moderado ($r = 0,497$) para um nível de confiança de 0,01. Assim, quanto mais elevada é a Gestão do processo mais elevada é a realização dos funcionários. Deste modo, confirma-se a hipótese enunciada. (Vilelas, 2009, p. 329) ver tabela nº 12.

Tabela nº 12

Coeficiente de Correlação da Hipótese 6

		Gestão de processos
Realização dos funcionários/ normas de qualidade	Pearson Correlation	0,497**
	Sig. (2-tailed)	0,001
	N	44

* $p \leq ,01$

Fonte: Elaboração própria

Hipótese 7 - A melhoria contínua está positivamente relacionada com a satisfação do cliente.

Como se pode verificar a matriz apresentada a tabela nº13, relativa ao coeficiente de correlação entre os itens Melhoria contínua e a satisfação dos utentes é estatisticamente significativo, positivo e moderado ($r = 0,478$) para um nível de confiança de 0,01. Nota-se ainda que existe um grau de concordância da afirmação. Assim, quanto mais elevada é a Melhoria contínua mais elevada é a Satisfação do utente. Deste modo, confirma-se a hipótese enunciada. (Vilelas, 2009, p. 329). O mesmo foi ainda fundamentado por (Laureano, 2013, P. 130).

Tabela nº 13 Coeficiente de Correlação da Hipótese 7

		Melhoria contínua
Satisfação do utente	Pearson Correlation	0,478**
	Sig. (2-tailed)	0,001
	N	43

* $p \leq ,01$

Fonte: Elaboração própria

Hipótese 8 - A realização dos funcionários e/ou normas de qualidade está positivamente relacionada com a satisfação dos utentes.

Para um nível de confiança de 0,01 existe evidências estatísticas para se afirmar que o coeficiente de correlação entre a Realização dos funcionários e a satisfação dos utentes é estatisticamente significativo, positivo e moderado ($r = 0,646$). Assim, quanto mais elevada é a Realização dos funcionários mais elevada é a Satisfação do utente. Deste modo, confirma-se a hipótese enunciada. (Vilelas, 2009, p. 329), (Laureano, 2013, p. 130). Ver matriz apresentada a tabela nº 14 abaixo.

Tabela nº 14

Coeficiente de Correlação da Hipótese 8

		Realização dos funcionários
Satisfação dos utentes	Pearson Correlation	0,646**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	40

** $p \leq ,001$

Fonte: Elaboração própria

Hipótese 9 - A Perceção de satisfação do cliente pela equipa na UCI está positivamente relacionada com a realização dos funcionários e/ou normas de qualidade.

O coeficiente de correlação entre a Perceção da satisfação do cliente pela equipa na UCI e a realização dos funcionários é estatisticamente significativo, positivo e fraco ($r = 0,366$) para um nível de confiança de 0,05. Assim, quanto mais elevada é a Realização dos funcionários mais elevada é a Satisfação do utente. Deste modo, confirma-se a hipótese enunciada. (Vilelas, 2009, p. 329) Ver matriz apresentada a tabela nº 15.

Tabela nº 15 Coeficiente de Correlação da Hipótese 9

		Perceção-Satisfação do cliente pela UCI
Realização dos funcionários	Pearson Correlation	0,366*
	Sig. (2-tailed)	0,015
	N	44

* $p \leq ,05$

Fonte: Elaboração própria

Hipótese 10: A gestão pela qualidade total está positivamente relacionada com a gestão de processos.

De acordo ao anteriormente postulado, o coeficiente de correlação entre a gestão pela qualidade total e a gestão de processos é estatisticamente significativo, positivo fraco ($r = 0,392$). Para um nível de confiança de 0,01. Assim, quanto mais elevada é a gestão pela qualidade total mais elevada é a gestão de processo. Deste modo confirma-se a hipótese enunciada. (Pestana e Gageiro, 2005, p. 107). O mesmo foi fundamentado ainda por (Vilelas, 2009, p. 329). Ver matriz apresentada a tabela nº 16 abaixo.

Tabela nº 16

Coeficiente de Correlação da Hipótese 10

		Gestão pela QT
Gestão processos	Correlação de Pearson	0,392**
	Sig. (2 extremidades)	0,005
	N	49

** $p \leq ,001$

Fonte: Elaboração própria

Hipótese 11: Gestão de processos está positivamente relacionada com a Gestão pela qualidade total.

De acordo ao anteriormente postulado, o coeficiente de correlação entre a gestão de processo e a gestão pela qualidade total é estatisticamente significativo, positivo fraco ($r = 0,392$). Para um nível de confiança de 0,01. Assim, quanto mais elevada é a gestão pela qualidade total mais elevada é a gestão de processo. Deste modo confirma-se a hipótese enunciada. (Pestana e Gageiro, 2005, p. 107). O mesmo foi fundamentado ainda por (Vilelas, 2009, p. 329). Ver matriz apresentada a tabela nº 17 abaixo

Tabela nº 17

Coeficiente de Correlação da Hipótese 11

		Gestão de Processos
Gestão pela qualidade total	Correlação de Pearson	0,392**
	Sig. (2 extremidades)	0,005
	N	49

** $p \leq ,001$

Fonte: Elaboração própria

Hipótese 12: A satisfação do serviço prestado está positivamente relacionado com a gestão de processo.

Como se pode verificar, o coeficiente de correlação entre a satisfação do serviço prestado e a gestão de processos é estatisticamente significativo, positivo e fraco ($r = 0,302$). Assim, quando mais elevada é a satisfação do serviço prestado mais elevada se caracteriza a gestão de processo. (Vilelas, 2009, p. 329), (Laureano, 2013, p. 130). Ver matriz apresentada a tabela nº 18 abaixo.

Tabela nº 18 Coeficiente de Correlação da Hipótese 12

		Satisfação - Serviço
Gestão de processo	Pearson Correlation	0,302
	Sig. (2extremidades)	0,340
	N	12

Fonte: Elaboração própria

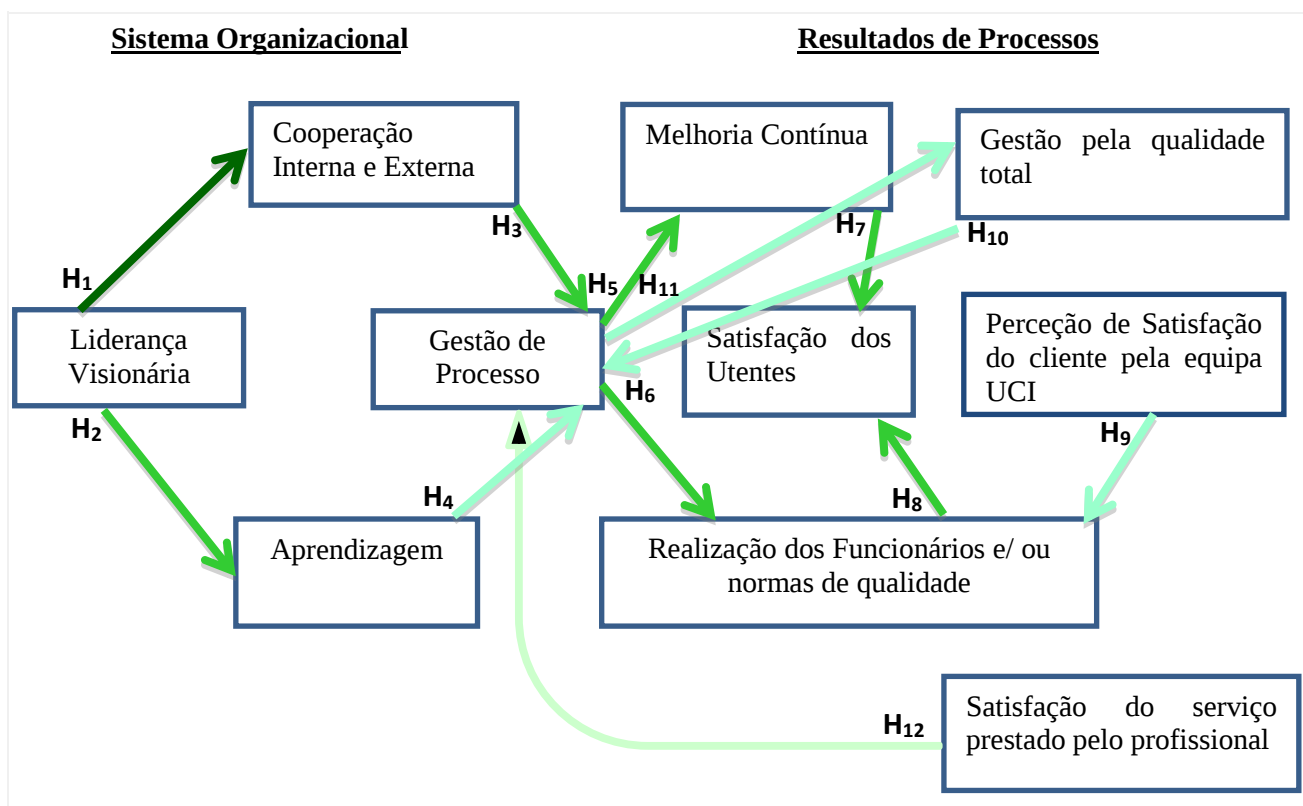
Na tabela nº 19 apresentamos a matriz onde podemos apreciar um resumo das nossas hipóteses. Deste modo, todas as hipóteses foram confirmadas. Os valores dos coeficientes de correlação variaram entre um mínimo de 0,727 (elevada) na hipótese nº 1 (A Liderança visionária está positivamente relacionada com a cooperação interna e externa) e um mínimo de 0,309 (fraco) na hipótese nº 4 (A aprendizagem está positivamente relacionada com a gestão do processo).

Quadro nº 4 Resumo e grau de confirmação das hipóteses

	Correlação	Sig.	Força da relação	Hipótese
Hipótese 1	0,727	0,001	forte	Confirmada
Hipótese 2	0,525	0,001	moderada	Confirmada
Hipótese 3	0,457	0,002	moderada	Confirmada
Hipótese 4	0,309	0,029	fraca	Confirmada
Hipótese 5	0,670	0,001	moderada	Confirmada
Hipótese 6	0,497	0,001	moderada	Confirmada
Hipótese 7	0,478	0,001	moderada	Confirmada
Hipótese 8	0,646	0,001	moderada	Confirmada
Hipótese 9	0,366	0,015	fraca	Confirmada
Hipótese 10	0,392	0,005	fraca	Confirmada
Hipótese 11	0,392	0,001	fraca	Confirmada
Hipótese 12	0,302	0,000	fraca	Confirmada

Fonte: Elaboração própria

Figura 4: Modelo de gestão da qualidade testado e revisado para a UCI



5.5 Apresentação dos Resultados e Discussão (Questionário dos doentes).

Posto isto apresentamos os resultados obtidos e a caracterização da amostra relacionada aos doentes.

5.5.1 Caracterização da amostra

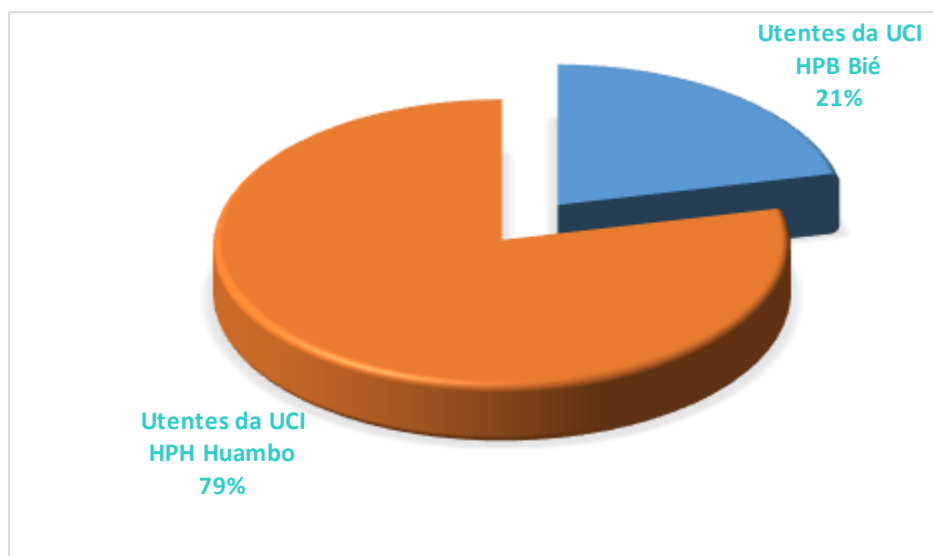
5.5.1.1 Dados demográficos

O questionário aplicado era constituído por 1 (uma questão constituída por 7 itens).

Neste estudo, foram analisadas também amostras de dois hospitais, provenientes de um total de 14 doentes que encontravam-se internados na UCI constituindo 100% no total. Destes, 21,4% / (n=3) pertenciam a UCI do hospital provincial de Bié, e 78,6% (n=11) pertenciam a UCI do hospital provincial de Huambo.

Como se poderá verificar pelo gráfico nº 7, Este dado ilustra a distribuição dos valores em percentagem dos sujeitos inquiridos, sendo que a maior percentagem reflete-se essencialmente a pesquisa realizada na UCI do Hospital do Huambo.

Gráfico nº 7 Distribuição percentual dos doentes do Hospital do Bié e Hospital do Huambo



Fonte: Elaboração própria

Relativamente a taxa de resposta do questionário, verifica-se uma satisfação do serviço prestado acima da média, visto que, apenas nas dimensões SSP_b e SSP_e é que revelou haver 92,9% relativa taxa de resposta em comparação às de mais dimensões com valores altos 100% conforma a tabela nº. 19. Abaixo descriminada.

Tabela nº 19

Taxa de respostas dos questionários aplicados a utentes

	Válidos	Omissos	Taxa de resposta
SSP_a	14	42	100,0
SSP_b	13	43	92,9
SSP_c	14	42	100,0
SSP_d	14	42	100,0
SSP_e	13	43	92,9
SSP_f	14	42	100,0
SSP_g	14	42	100,0

Fonte: Elaboração própria

5.5.2 Análise da estatística descritiva

Com o intuito de estudar se existe conhecimento relativamente a satisfação do serviço prestado pelos profissionais na unidade de cuidados intensivos a nível dos doentes, foram introduzidas no questionário questões que procuram analisar os valores obtidos nesta análise.

Após esta breve explicação apresenta-se seguidamente os valores obtidos por estatística descritiva, referentes à variável analisada no questionário, que pode ser apreciada na tabela nº 20 e no gráfico nº 9. Nela indica-se os valores máximos, mínimos, médios e os respetivos desvios padrão. O item mais valorizado foi a SSP_e com a (média = 4,08) e a menos valorizada foi a SSP_b com a média = 3,46).

Tabela nº 20

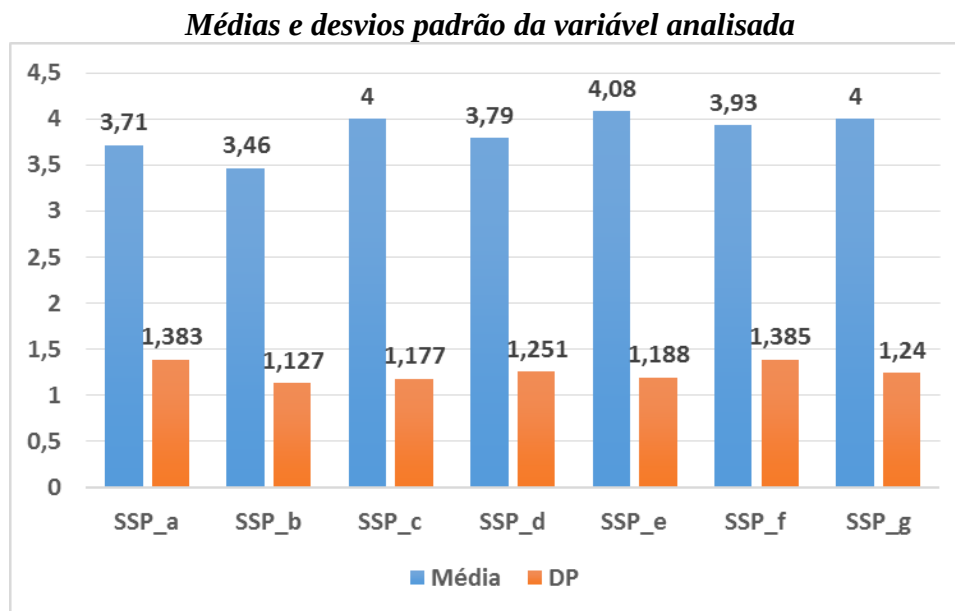
Distribuição da variável analisada por item

		Estatísticas						
N	Válido	SSP_a	SSP_b	SSP_c	SSP_d	SSP_e	SSP_f	SSP_g
	Ausente	14	13	14	14	13	14	14
		42	43	42	42	43	42	42
Máximo		5	5	5	5	5	5	5
Mínimo		1	1	1	1	1	1	1
Média		3,71	3,46	4,00	3,79	4,08	3,93	4,00
Desvio Padrão		1,383	1,127	1,177	1,251	1,188	1,385	1,240

Fonte: Elaboração própria

No gráfico nº 8 apresentamos as médias e os desvios padrão dos itens da variável usada no questionário. A média mais elevada ocorreu no item SSP_e (4,08) e o desvio padrão mais baixo ocorreu no item SSP_g (1,24).

Gráfico nº 8



Fonte: Elaboração própria

5.5.3 Avaliação dos Coeficientes de Fiabilidade interna dos questionários

Assim, para dar o cumprimento da análise do coeficiente de confiabilidade interna, e tendo em conta as inter correlações entre itens do nosso questionário medirem o mesmo construto ou dimensão, e em função do valor de Alpha de Cronbach aumentar quando aumenta as inter correlações, apresentamos seguidamente o valor de Alpha de Cronbach obtido pela estatística de confiabilidade de todo o questionário (total). De salientar que o valor obtido sugere-nos a validação do instrumento de recolha de dado utilizado (questionário), uma vez que o valor obtido (0,908) é excelente e, encontrar-se próximo de (1) tendo em conta ao postulado pelo (**Quadro nº. 2, p. 59**) muito embora esse valor dependa muito do tipo e do tamanho da amostra a utilizar.

Tabela nº 21

Estatísticas de confiabilidade do questionário (total).

Alfa de Cronbach	N de itens
0,908	7

Fonte: Elaboração própria

De acordo com as tabelas nº 22-a, 22-b, c, d, e, f e g relativo a distribuição de frequências e de percentagens por itens da questão, satisfação do serviço prestado, verifica-se que dos 7 itens analisados 2 tiveram uma frequência de 13 SSP_b e SSP_e correspondendo a uma percentagem de 92.9% em comparação aos demais itens que tivera uma frequência de 14, o que corresponde 100% tendo em conta ao número de questionários analisados. Ver abaixo. **Tabelas nº 22-a, 22-b,c,d,e,f e g.**

Distribuição de frequências e percentagens por item (satisfação do serviço prestado)

SSP_a		Freq.	%
Válido	Discordo totalmente	2	14,3
	3	3	21,4
	4	4	28,6
	Concordo plenamente	5	35,7
	Total	14	100,0

SSP_b		Freq.	%
Válido	Discordo totalmente	1	7,7
	2	1	7,7
	3	4	30,8
	4	5	38,5
	Concordo plenamente	2	15,4
	Total	13	100,0

SSP_c		Freq.	%
Válido	Discordo totalmente	1	7,1
	3	3	21,4
	4	4	28,6
	Concordo plenamente	6	42,9
	Total	14	100,0

SSP_d		Freq.	%
Válido	Discordo totalmente	1	7,1
	2	1	7,1
	3	3	21,4
	4	4	28,6
	Concordo plenamente	5	35,7
	Total	14	100,0

SSP_e		Freq.	%
Válido	Discordo totalmente	1	7,7
	3	2	15,4
	4	4	30,8
	Concordo plenamente	6	46,2
	Total	13	100,0

SSP_f		Freq.	%
Válido	Discordo totalmente	1	7,1
	2	2	14,3
	3	1	7,1
	4	3	21,4
	Concordo plenamente	7	50,0
	Total	14	100,0

SSP_g		Frequência	Percentagem	Percentagem
Válido	Discordo totalmente	1	1,8	7,1
	2	1	1,8	7,1
	3	1	1,8	7,1
	4	5	8,9	35,7
	Concordo plenamente	6	10,7	42,9
	Total	14	25,0	100,0

5.6 Discussão dos Resultados (Questionários dos Profissionais)

A discussão que se vai efetuar seguir-se-á, assim uma metodologia o mais global e inter-relacional possível para a qual se faz um agrupamento e ordenação sequencial dos acontecimentos e resultados, para que se possa resultar uma lógica de aprofundamento dos problemas em análise, o que nem sempre é fácil.

É, evidente que com esse objetivo a coordenação das análises de dados constitui por si, uma dinâmica de investigação de definição impossível na metodologia. Houve, assim, muitos resultados alcançados cuja apresentação se considerou, para já, relevante, e é também evidente que, com o volume de dados disponíveis, alguns aprofundamentos, parciais, serão possíveis mais só foram executados aqueles considerados indispensáveis à um melhor esclarecimento de discussão dos problemas que foram sendo detetados.

Neste estudo, foram analisadas amostras de dois hospitais, provenientes de um total de 56 participantes que trabalhavam na UCI constituindo 100% no total. Destes, 52% (n=29) pertenciam a UCI do hospital provincial de Bié, e 48% (n=27) pertenciam a UCI do hospital provincial de Huambo. (Gráfico nº 1, p. 53).

Também podemos verificar no (Gráfico nº 2, p. 54) que, da amostra global do estudo, 73% (n= 38) é de género feminino e 27% (n= 14) de género masculino, esta diferença acredita-se provavelmente facto de as mulheres Angolanas começarem a ser independentes e darem ainda muito mais valor ao emprego, e os homens preocupados com a melhor forma de ganhar dinheiro, ou seja, os homens a um tempo atrás, abandonaram o sector da saúde tendo aderido outros sectores por haver fraca remuneração e outro preferiam trabalhar por conta própria.

No gráfico nº 3, p. 55 verifica-se que os inquiridos encontrados no escalão etário entre 51-55, representam 1, 9% da força de trabalho na UCI, ou seja, são os mais velhos da organização, o que significa que em pouco tempo e tendo em conta as regras estabelecidas pelo INSS de Angola, estes estão na eminência de gozarem a sua reforma.

De salientar que a reforma em Angola compreende a 35 anos de serviço muito embora em alguns casos não se constatar devido a escassez de quadros com vasta responsabilidade e experiência em termos de trabalho. Os inquiridos de até 25 anos de idades sendo os mais novos na organização, representam 5,7% da força de trabalho, e o

escalão mais alto compreende aos participantes entre os 41-45 anos de idade representando 22,6% da força de trabalho na organização.

No gráfico nº 4, p 55 verifica-se que a experiência na função mais significativa incide em 79,6% aos colaboradores com mais de 1 (um) ano de serviço, isto significa parcialmente que existe uma mão-de-obra qualificada ou competente, muito embora sem grandes profundidades uma vez que este gráfico referência apenas 3 escalões. Tal acontece também ao gráfico 5 com a diferença entre o comentário anterior na dimensão 1 (um) ano de experiencia na organização. A formação profissional em enfermagem é a predominante com mais de metade dos participantes com um total de 76,8% acredita-se que seja pelo fato ter havido no passado e até a presente data formações nesta área, os médicos correspondem a um percentual de 8,9% enquanto os administrativos correspondem a 3,9% e finalmente as outras profissões compreendem a um total de 10,7% (Tabela nº 2, p. 56). Já na função atual cerca de 3 terços que corresponde a 75,0% dos inquiridos desempenhavam a função de enfermeiro, de referir que em Angola, por falta de médicos estes muitas vezes exercem funções em medicina (Tabela nº 3, p. 57).

Os valores obtidos por estatísticas descritivas relacionadas as variáveis analisadas no inquérito (Tabela nº 4, p. 58 e no Gráfico nº 6, p. 56), revelam que a média mais valorizada aos inquiridos foi a *Melhoria contínua* com (média =4,28), e a menos valorizada foi a *Gestão pela qualidade total* (média = 3,40).

Devido ao padrão relativo as *hipóteses* colocadas no modelo bem como o estudo das relações existentes entres as variáveis do modelo a estudar, a melhor estratégia adotada foi o teste ao coeficiente de correlação linear de Pearson. Este coeficiente testa a relação existente entres variáveis e produz melhores resultados quando a distribuição é aproximadamente simétrica, e não tem *outliers*. Laureano, (2013, p.127,130), Hill, (2012,p. 220), Vilelas, (2009, p. 329). Uma vez que a liderança visionária e a cooperação interna e externa são essencialmente variáveis quantitativas. Em relação a mediada pode-se observar que a *primeira hipótese* proposta foi corroborada estatisticamente com significativo positivo e elevado, para um nível de significância máximo de 0,05 (e também para 0,01) existem evidências estatísticas para se afirmar que a liderança visionária e a cooperação interna e externa estão relacionadas (coeficiente de correlação de Pearson 0,727) onde ($r=0,727$). De facto, verifica-se que existe uma relação positiva e elevada entre as duas

caraterísticas, havendo, portanto, mais tendências da cooperação interna e externa aumentar com o aumento da satisfação e vice-versa. Tabela nº 7, p. 62.

A segunda hipótese do estudo demonstrou que o coeficiente de correlação entre Liderança visionária e aprendizagem é estatisticamente significativo, positivo e moderado ($r = 0,525$). Para um nível de significância máximo de 0,05 (e também para 0,01). Assim, quando mais elevada é a perceção da Liderança visionária mais elevada é a aprendizagem. De facto, verifica-se que existe uma relação moderada entre as duas características, havendo, portanto, tendências para a aprendizagem aumentar a medida que a organização possui um líder visionário. Deste modo, confirma-se a hipótese enunciada. Vilelas, (2009, p. 329), Tabela nº 8, p. 63.

De acordo com a análise efetuada, a terceira hipótese Tabela nº 9, p. 63, verifica-se que o coeficiente de correlação entre a cooperação interna e externa e a Gestão de processos é estatisticamente significativo, positivo e moderado ($r = 0,457$) para um nível de confiança de 0,01. Assim, quanto mais elevada é a cooperação interna e externa mais elevada é a gestão de processos. De facto, verifica-se que existe uma relação moderada entre as duas características, havendo, portanto, uma tendência para a gestão de processos ser efetiva a medida que a liderança visionária é exercida. Laureano, (2013, p. 130).

A quarta hipótese faz referência ao coeficiente de correlação entre a aprendizagem e a gestão de processo Tabela nº 10, p. 64. Esta análise levou-nos a corroborar que de facto existe esta correlação, e é estatisticamente significativa, positiva e fraca ($r = 0,309$) para um nível de significância máximo de 0,05. Assim, quanto mais elevada a aprendizagem mais elevada é a gestão de processo. Deste modo. Confirma-se a hipótese enunciada. Vilelas, (2009, p. 329).

O coeficiente de correlação entre a gestão de processo e a melhoria contínua, isto é, hipótese 5. Tabela nº 11, p. 64, é estatisticamente significativo, positivo e moderado ($r = 0,670$) para um nível de confiança de 0,01. Tal como referido noutros pontos acima, existem evidências estatísticas para se afirmar que as duas características relacionam-se. Havendo, portanto, tendências para a melhoria contínua aumentar a medida em que aumenta a gestão de processo, ou seja, quanto mais elevada é a gestão do processo mais elevada é a melhoria contínua. Deste modo, confirma-se a hipótese enunciada. Vilelas, (2009, p. 329).

Existe evidências estatísticas para se afirmar que o coeficiente de correlação entre a gestão de processo e a realização dos funcionários, hipótese 6 Tabela nº 12, p. 65, é estatisticamente significativo, verifica-se que o grau de concordância é positivo e moderado ($r= 0,497$) para um nível de confiança de 0,01. De facto, verifica-se existe relação entre as duas características. Assim, quanto mais elevada é a gestão de processo mais elevado é a realização dos funcionários. Deste modo, confirma-se a hipótese enunciada. Vilelas, (2009, p. 329).

Como se pode verificar a tabela nº 13, p. 65, a hipótese 7 relativa ao coeficiente de correlação entre a melhoria contínua e a satisfação dos utentes, esta, é estatisticamente significativo, positivo e moderado ($r= 0,478$) para um nível de confiança de 0,01. Verifica-se que existe um grau de concordância entre as duas características, havendo portanto, tendências de a satisfação dos utentes aumentar com o aumento da melhoria contínua, Assim, quanto mais elevada é a Melhoria contínua mais elevada é a Satisfação do utente. Deste modo, confirma-se a hipótese enunciada. Vilelas, (2009, p. 329). O mesmo foi fundamentado ainda por Laureano, (2013, P. 130).

Para um nível de confiança de 0,01 existe evidências estatísticas para se afirmar que o coeficiente de correlação entre a realização dos funcionários e ou normas de qualidade e a satisfação dos utentes hipótese 8 tabela nº 14, p. 66, é estatisticamente significativo, positivo e moderado ($r= 0,646$). De facto verifica-se que existe uma relação entre as duas características, havendo portanto, tendência para a satisfação dos utentes aumentar com o aumento da realização dos funcionários e vice-versa. Deste modo, confirma-se a hipótese enunciada. Vilelas, (2009, p. 329), Laureano, (2013, p.132-133).

Para um nível de significância máximo de 0,05 existem evidências estatísticas para se afirmar que a perceção da satisfação do cliente pela equipa na UCI e a realização dos funcionários e ou normas da qualidade, hipótese 9 tabela nº 15, p. 66, estão relacionadas ($r=0,366$). De facto, verifica-se que existe uma relação estatisticamente significativa, positiva e fraca entre as duas características, verifica-se ainda que a transmissão de sentimentos relativamente a perceção da satisfação dos clientes pela equipa UCI face a realização dos funcionários é transmitido de forma fraca, julgamos que seja pelo facto da equipa olhar o cliente simplesmente como cliente e não como coautor da sua atividade profissional, logo, a realização dos funcionários passa precisamente somente na prestação de serviço embora sem resultados favoráveis. Havendo, portanto, tendência para a

realização dos funcionários e ou normas da qualidade aumentar com o aumento da percepção da satisfação do cliente pela equipa na UCI e vice-versa. Deste modo, confirma-se a hipótese enunciada. Vilelas, (2009, p. 329) o mesmo ainda foi fundamentado por Laureano, (2013, p.132-133).

O coeficiente de correlação entre a gestão pela qualidade total e a gestão de processo, isto é, hipótese 10 tabela nº 16, p. 67, é estatisticamente significativo, positivo e fraco ($r = 0,392$) para um nível de confiança de 0,001. Tal como referido noutros pontos acima, existem evidências estatísticas para se afirmar que as duas características relacionam-se. Havendo, portanto, tendências para a gestão de processos aumentar a medida em que aumenta a gestão pela qualidade total ou quanto mais elevada é a gestão pela qualidade mais elevada é a gestão de processo. Deste modo confirma-se a hipótese enunciada. Pestana e Gageiro (2005, p. 107) o mesmo foi fundamentado ainda por Vilelas, (2009, p. 329).

Como se pode verificar a hipótese 11 tabela nº 17, p. 67, o coeficiente de correlação entre a gestão de processo e a gestão pela qualidade total é estatisticamente significativo, positivo e fraco ($r = 0,392$). Para um nível de confiança de 0,001. De facto, verifica-se que existe relação entre as duas características. Assim, quanto mais elevada é a gestão de processo mais elevado é a gestão pela qualidade total. Deste modo, confirma-se a hipótese enunciada. Vilelas, (2009, p. 329). O mesmo foi fundamentado ainda por Pestana e Gageiro, (2005, p. 107) e Laureano, (2013, p. 130).

Para um nível de significância de 0,001 existe evidências estatísticas para se afirmar que a satisfação do serviço prestado e a gestão de processo estão relacionadas ($r = 0,302$). Conforme ilustrado a tabela nº 18, p. 68 hipótese 12. Esta foi a relação mais fraca testada relativamente aquilo que é a satisfação do serviço prestado pelo profissional face gestão dos processos a nível da organização; acreditamos que esse resultado seja devido ao não conhecimento que os utilizadores têm e sentem relativamente ao atendimento que lhes é prestado, e ou, devido ao facto de desconhcerem os seus direitos essencialmente os relacionados às normas da qualidade. De facto, verifica-se que existe uma relação estatisticamente significativa, positiva e fraca entre as duas características, esperando portanto, que a satisfação do serviço prestado aumente com o aumento da gestão de processo e vice-versa. Pestana e Gageiro, (2005, p. 107), Laureano, (2013, p. 130).

5.7 Discussão dos Resultados (Questionários dos Doentes)

Relativamente ao questionário aplicado aos doentes, 30 foram distribuídos devido a amostra identificada, sendo que 15 foram entregues a doentes do Hospital do Bié e 15 a doentes do Hospital do Huambo.

Apesar do número distribuído, foram recolhido um total de 14 questionários, dos quais 11 pertenciam a UCI do Hospital Provincial do Huambo e 3 pertenciam a UCI do Hospital Provincial do Bié. O que dá uma taxa de resposta no Hospital Provincial do Huambo de 78,6% e no Hospital Provincial do Bié de (21,4%), fazendo assim 100% de taxa de respostas total. (Tabela nº 19, p.70), e no (gráfico nº 7, p.70), relativo a distribuição percentual dos doentes dos dois Hospitais.

Comparativamente a taxa de resposta por item do questionário aplicado aos utentes (Tabela nº 19, p. 70), verifica-se uma satisfação do serviço prestado acima da média, visto que, apenas nos itens SSP_b e SSP_e é que relatou haver 92, 9% relativa taxa de resposta em comparação aos valores altos 100% alcançados. Mais isto, não nos dá a primazia de afirmar que se trate de uma comparação meramente objetiva, visto que estes resultados dependem do tipo de construto e da dimensão da amostra.

De salientar que apesar desta representatividade não nos foi possível efetuar um estudo a que se pudesse chegar a resultados fiáveis tendo em conta a dimensão da amostra identificada, e porque também os valores obtidos através da Correlação de Pearson entre a satisfação do serviço prestado e a gestão de processos (Tabela nº 18, p. 68), nos revelou ser um valor muito fraco, apesar de positivo (0,302), e também pelo facto de os utentes sentirem-se nem satisfeito nem insatisfeitos, por um lado, e por outro lado, por se tratar de um estudo meramente novo nessas localidades; o que pressupõe que os utentes não reconhecem estas duas dimensões. Espera-se, portanto, que a prestação de cuidados empregue atinja suas expetativas de modo a sentirem – se satisfeito e reconhecerem as dimensões em causa.

CAPÍTULO 5

6 Considerações finais

Com a realização deste trabalho pretendia-se avaliar a qualidade do serviço na unidade de cuidados intensivos e perceber de que forma a gestão da qualidade nesta unidade é relevante para a satisfação efetiva dos utilizadores do serviço, com propósito de contribuir de uma forma positiva para a saúde da população.

Bem como perceber a relação entre a qualidade percecionada pelos profissionais de saúde e a qualidade percecionada pelos utentes na unidade de cuidados intensivos tendo em conta aos indicadores da qualidade, aos fatores que condicionam de forma negativa para a efetivação da qualidade e a conjugação dos parâmetros de sucessos, tal como perceber e interpretar as variáveis do estudo; e finalmente propor um modelo de gestão da qualidade.

Ao longo do trabalho ficou claro que seria de extrema dificuldade tentar obter toda a informação pretendida de todas as entidades hospitalares, quer pela amplitude de recursos que isso iria requerer, quer por falta de comunicação das mesmas talvez por falta de interesses por partes de alguns intervenientes ou pelo facto de se tratar de alguma prática ainda menos vulgar no seio daquelas unidades.

Assim, determinou-se que iriam ser analisadas as unidades de cuidados intensivos que mostrassem interesse em colaborar após apresentação dos objetivos do estudo.

De um modo global, os resultados obtidos com este projeto e o trabalho desenvolvido para o concretizar, enquadraram-se nos objetivos iniciais a que foi proposto, divergindo apenas num deles, pois inicialmente pretendia-se desenvolver também indicadores de qualidade, o que, após alguma investigação, se revelou pouco útil, uma vez que já existem inúmeros indicadores que medem diversas áreas quer da gestão em geral quer de saúde, nomeadamente na gestão da qualidade a nível hospitalar, e também porque as UCIs em especial aplicam e possuem ferramentas que permitem, em termos técnicos, criar as instruções para os extrair.

De um modo específico, e de forma a dar respostas detalhadas aos objetivos a que nos propusemos alcançar neste estudo, apresentamos as seguintes esclarecimentos:

1. O objetivo a), relativo a analisar que indicadores escolher para avaliação da qualidade do serviço na unidade de cuidados intensivos; este, foi alcançado a medida em que os indicadores escolhidos e estudados achámos serem os mais adequados numa unidade de cuidados intensivos por terem sido corroborados a nível dos profissionais da unidade por intermédio de testes aplicados e por fazerem parte do dia-a-dia na vida dos profissionais da unidade de cuidados intensivos muito embora alguns de forma inconsciente, e porque também os estudos efetuados anteriormente pelos autores Douglas e Fredendall (2004), Kahn e Fuchs (2007), Vos *et al.*, (2010), fazem referências da importância destes indicadores.
2. O objetivo b), relativo a perceção da relação existente entre a qualidade percebida pelos profissionais de saúde e a qualidade percebida pelos utentes da UCI; esta relação foi estudada na dimensão realização dos funcionários e /ou normas de qualidade em relação à satisfação dos utentes, este objetivo foi alcançado a medida em que de facto verificou-se ser possível estabelecer tal relação entre as duas características, muito embora de forma moderada tendo em conta o valor do coeficiente de correlação encontrado. Há portanto, tendências para a satisfação dos utentes aumentar com o aumento da realização dos funcionários, ou seja, os utentes relataram estar minimamente satisfeitos com o atendimento e o cumprimento dos funcionários relativamente às normas da qualidade na unidade.
3. O objetivo c), relativo à identificação das variáveis que têm mais impacto na gestão da qualidade total na unidade de cuidados intensivos; todas as variáveis selecionadas fazem parte de um bom funcionamento de uma unidade de cuidados intensivos, desde que sejam verificadas de forma efetiva. Bem, neste estudo, a variável identificada com mais impacto foi precisamente a liderança visionária ou gestão do topo, *uma vez que, se o líder for visionário emana insumos de forma a máquina de trabalho funcionar*, a seguir a cooperação interna e externa, a aprendizagem, a gestão de processo, a melhoria contínua, a realização dos funcionários e ou normas de qualidade e finalmente a satisfação dos utentes.
4. O objetivo d), relativo à perceção da relação existente entre a gestão pela qualidade total e a gestão de processos na UCI; esta relação foi comprovada, apesar de ser de

forma fraca tendo em conta ao resultado obtido durante a análise da correlação, os profissionais apesar de reconhecerem como características importantes relatam haver fraco acompanhamento relativo a gestão de processos por partes dos mentores da gestão pela qualidade total na unidade.

5. O objetivo e), relativo a fatores que condicionam negativamente a qualidade no serviço; de antemão queremos focalizar que um dos fatores consiste numa comunicação ineficaz, uma vez não nos ter sido possível obter toda informação pretendida as entidades escolhidas no tempo devido; um outro fator está relacionado a comportamentos. Ora, constatou-se haver digamos talvez falta de interesse por parte de alguns intervenientes ou pelo facto de se tratar de alguma prática ainda menos vulgar em Angola ou ainda simplesmente por falta de interesse em participar do estudo; falta daquilo que Voort *et al.*, (2012) chamaram de "Senso de Urgência".
6. Objetivo f), Identificar os parâmetros de sucesso na gestão da qualidade na UCI; melhorar a comunicação ineficaz e promover mudança de comportamento, de certeza que estes são uns dos parâmetros de sucessos na UCI. Um outro parâmetro e não o último, é capacitar os profissionais da UCI de modo a fazer cumprir regulamentos, (Processos). Voort *et al.*, (2012), salientam que gestores e profissionais precisam criar um senso de urgência, ou seja, tomar consciência de que o uso de indicadores é indispensável para a melhoria da qualidade sistemática. Os formuladores de políticas e líderes de opinião podem, portanto, desempenhar um papel importante. Por exemplo, na Holanda, a sociedade de cuidados intensivos, a inspeção de saúde e as autoridades públicas têm desempenhado um papel neste processo.
7. Objetivo g), Perceber a relação existente entre a satisfação do serviço prestado pelo profissional e a gestão de processo; este objetivo foi alcançado positivamente embora de forma muito fraca tendo em conta ao resultado alcançado durante a correlação efetuada, espera-se portanto que a satisfação do serviço prestado pelo profissional aumente com o aumento da gestão de processo, uma vez que os utilizadores ligeiramente informados questionam a forma de atendimento. Espera-se porém, que a gestão de processo faça aumentar as expectativas da satisfação dos utilizadores.

Relativamente ao 1º objetivo geral deste trabalho, e de acordo com o transcorrer do desenvolvimento do mesmo, bem como dos resultados alcançados por intermédio dos instrumentos de colheita de dados concomitantemente aos testes utilizados, constatou-se que esta qualidade a nível da UCI foi de facto avaliada, visto que os resultados obtidos refletem a realidade e a perceção relativa a gestão da qualidade na unidade de cuidados intensivo, e, portanto, porque foi possível percebermos o grau de satisfação a nível dos utentes do serviço.

O 2º objetivo geral, também foi atingido a medida em que nos foi possível identificar e quantificar as opiniões dos enfermeiros, médicos, administradores e utentes graças aos instrumentos de colheita de dados, bem como da análise da estatística descritiva.

Analisámos os resultados potenciais das resoluções práticas e estratégicas do desempenho a nível da gestão das operações relacionada a qualidade no melhoramento do atendimento na unidade de cuidados intensivos, e, constatou-se haver de facto fraca capacidade de implementação de normas da qualidade na unidade, bem como falta de incentivos «motivação». Apesar deste fato, é necessário reduzir as barreiras, tais como as relacionadas a fatores comportamentais, atitudes e conhecimento.

Tal como vimos, ao longo da apresentação deste trabalho, todos pontos relacionados as variáveis, foram confirmadas, muito embora houvesse uma ou outras que apesar de confirmadas demonstraram fraquezas em suas correlações. Além disso, as variáveis destacadas são de extrema importância, visto que correspondem a componentes essenciais para um modelo de gestão da qualidade na unidade de cuidados intensivos mais efetivo e as definições estratégicas adotadas são necessárias para implementar a qualidade na prática diária na unidade de cuidados intensivos, como por exemplo: a implementação de programa de incentivo «motivação», comunicação eficiente entre gestor do serviço e colaboradores de modo a facilitar a efetivação do planeamento, monitorização e avaliação do funcionamento da unidade de cuidados intensivos.

A construção do modelo conceptual proposto de gestão da qualidade na unidade de cuidados intensivos, é um contributo relevante não só para a qualidade no desempenho do serviço prestado e da melhoria da qualidade a nível da UCI como um todo, mais porque também contribui para o melhoramento de políticas de gestão concludentemente para a estratégia do hospital como um todo.

A gestão de uma unidade de cuidados intensivos é difícil, devidas as restrições e por se tratar de um ambiente tecnicamente tecnológico e complexo. Não se focaliza somente em gerir os dias camas ou dias doentes, mais sim, é necessário uma visão holística a nível do serviço, isto é, desde o ponto de vista das funções de cada profissional evitando desperdícios, até dos meios e recursos que auxiliam na execução das tarefas de modo a alcançar com máxima qualidade os objetivos da unidade, face à capacidade instalada.

Assim, medir e melhorar a qualidade na unidade de cuidados intensivos não é mais opcional, ele pode e deve ser visto como parte da rotina de atividades clínicas diárias. A tarefa do corpo clínico é construir sobre este e outros trabalhos e usar os recursos publicados para garantir que as atividades de melhoria da qualidade sejam realizáveis e tributáveis na melhoria significativa na sobrevida e qualidade de vida para pacientes com doenças críticas e não só, na unidade de cuidados intensivos.

6.1 Implicações para a gestão dos hospitais

A principal implicação para a gestão a nível de hospitais em especial na unidade de cuidados intensivos no contexto de gestão da qualidade, é precisamente o facto de se constatar a existência de menos «senso de emergência» por partes dos gestores e profissionais da saúde, o que se reflete evidentemente no atendimento prestado. A falta de motivação é evidente por parte de profissionais, o que favorece também na falta de expectativas de resultados, bem como na falta de tempo e de recursos.

Talvez pelo facto da existência de complexidade das estruturas hospitalares ou talvez por falta de interesses por partes dos intervenientes ou ainda pelo facto de se tratar de alguma prática ainda mesmos vulgar no seio daquelas unidades ou ainda por existência de política organizacional contraditória ou totalmente burocratizada e sem flexibilidade.

A unidade de cuidados intensivos é um serviço com características únicas a nível do hospital. A sua gestão é estorvada pela enorme variedade de recursos com enormes custos, associados, fluxo de doentes e utilização elevada de recursos do hospital. A identificação, recolha e utilização de dados disponíveis para uma boa prática de gestão, revela-se ser uma tarefa difícil, principalmente no estabelecimento e alinhamentos de objetivos.

Os resultados deste estudo são úteis para gestores e administradores interessados em um foco contínuo na melhoria da qualidade, além disso, contribui para uma gestão estratégica orientada, tendo em conta a salvaguarda dos utilizadores do serviço em especial os utentes; os proveitos para a saúde são necessários para a fiscalização dos custos. Pretende-se ainda que, a aplicação do modelo previamente revisado e testado possa ser utilizado por todos aqueles que tenham responsabilidades de gestão nas organizações de saúde, essencialmente contribuir para um atendimento com qualidade de forma equitativa.

A importância da liderança visionaria ou do topo, enfatizou nas conclusões no que diz respeito aos caminhos iniciais para a cooperação interna e externa e aprendizagem e os caminhos secundários sugeridos pelo modelo conceptual, devendo ser de suma importância para os administradores do hospital e gestores dentro de outros setores de serviços, especialmente em UCIs por ser nosso foco neste estudo.

Os nossos resultados sugerem também que os gestores podem e têm um impacto significativo sobre todos os aspetos de um sistema de qualidade, e precisam continuar a ter um papel ativo para garantir o sucesso a nível hospitalar e não só; fornece também evidência científica de que a formação de qualidade total e da disponibilidade e uso da informação voltada para o cliente estão intimamente relacionados com a forma como a liderança visionaria influencia a cooperação interna e externa. Esta descoberta apoia os esforços dos gestores hospitalares para desenvolver uma cultura de aprendizagem. Esta constatação enfatiza o uso de ferramentas básicas de gestão de processos, tais como a gestão de fato e de métodos de gestão da qualidade total para melhorar os seus esforços de melhoria contínua.

Constatou-se ainda existir um conhecimento limitado em termos de implementação de políticas relacionadas a gestão da qualidade assim como de indicadores através de um componente cognitivo o que pode ser traduzido efetivamente como falta de consciência ou falta de familiaridade com o assunto. Notou-se também que não existe desenhos que gerassem e melhorassem os seus processos para satisfazer completamente os seus utilizadores do serviço, tal como também não existe acompanhamento nem controlo de modo aqui se pudessem implementar mudanças de forma a responder efetivamente aos objetivos mais precisos de um hospital, desde o ponto de vista curativo, restaurativo, promoção e proteção da saúde com qualidade.

Os indicadores apresentados por intermédio deste estudado são inovadores e acrescentam valor à gestão da qualidade em saúde. Os Indicadores tais como satisfação de utentes e gestão de processos e outros etc. são essenciais para avaliar a performance e monitorizar e analisar o desempenho na unidade de cuidados intensivos. Eles são também considerados como ferramentas fundamentais para o alcance da melhoria contínua na UCI, bem como para um planeamento da organização face aos objetivos e funções de modo a otimizar a capacidade instalada com ajuste da utilização dos recursos, com finalidade de satisfazer as necessidades de seus trabalhadores sem por em causa a segurança dos utilizadores do serviço.

É fundamental que a gestão da unidade de cuidados intensivos tenha prestígio para que lhe seja permitido capacidades de liderança e de motivação por parte dos colaboradores. Face ao poder da concorrência cada vez mais vigoroso, a boa gestão deve apoiar-se em ferramentas que possibilitem a avaliação de custos, proveitos, e sobre tudo qualidade na prestação de serviço.

A necessidade dos indicadores descritos como ferramenta de gestão de recurso empregue na obtenção das atividades funcionais desenvolvidas na unidade de cuidados intensivos são incontestáveis.

As situações forçadas pelo mercado, evidenciam constantemente a exigência de melhorar as normas da eficiência de modo a utilizar os recursos locais nas atividades exequíveis, de modo a gestão obter níveis de desempenho pretendido na unidade de cuidados intensivos. É também necessário que haja um bom planeamento, organização das atividades, controlar as ações e dirigir os liderados na direção dos objetivos da instituição, desde o topo, a nível intermédio, e ou até mesmo a nível operacional. Sem escusar-se das informações que eventualmente possam contribuir para os procedimentos da avaliação e na consecução de resoluções, bem como das análises que correspondam a adoção de medidas corretivas.

Os indicadores em causa, devem nortear a gestão da unidade de cuidados intensivos, bem como também devem ter uma utilização sobretudo na vertente em que permitam comparações construtivas, sendo o benchmarking importante para o progresso no melhoramento contínuo.

Também é digno de nota a importância de incluir as melhorias MBNQA, já que o modelo MBNQA tem sido utilizado como um modelo para o estabelecimento de prêmios em muitos dos estados individuais nos Estados Unidos e em países no exterior, incluindo o

Prêmio de Qualidade Europeu e do Brasil, Egito, Japão e México (Flynn e Saladin, 2001), citado por (Douglas e Fredendall, 2004, p. 413).

No geral, a gerência das empresas de prestação de serviços, essencialmente os hospitais devem ter consciência de que cada um dos construtos subjacentes ao modelo de gestão Deming é importante. Além disso, a liderança do topo da organização é crítica relacionada a alcançar níveis mais elevados em cada área. Os gestores hospitalares precisam criar um senso de urgência, consciência de que o uso de indicadores é imprescindível para melhorar sistematicamente a gestão da qualidade nas unidades de cuidados intensivos. A atenção gerencial limitada ao sistema de qualidade põe em risco o sucesso da implementação do TQM.

6.2 Limitações do estudo

Partindo de pressupostos de que não exista trabalho científico sem que haja limitações, podemos dizer que as nossas foram inerentes ao facto de ter sido realizado num serviço específico «Cuidados intensivos», aliado ao curto espaço de tempo para a sua realização. Associado a esta evidência, fomenta-se o facto de existir poucos estudos que abordassem esta temática de forma sucinta de maneira a facilitar o estudo; dum lado, e do outro lado pelo facto de existir varia literatura relacionada ao assunto e contribuir para ambiguidade no seleccionamento dos conteúdos mais adequados e, também por existir alguma literatura relacionada ao assunto em revistas americanas e inglesas com custo excessivos o que de certo modo limitou-nos em termos psicológicos e não só na consecução deste trabalho.

Outra limitação deste estudo de investigação foi precisamente relacionada a amostra identificada, uma vez que prevíamos inquirir cem (100) participantes de cada hospital. Distribuímos cento e setenta (170) questionários à profissionais e somente recolheu-se 56, deste modo verificou-se uma imensa dificuldade em alcançar respostas, não só por causa do retardamento em alcança-las, concomitantemente dificuldade na participação, Julgamos que seja devido ao facto de ser um assunto meramente novo naquelas unidades e não só e porque também fomenta-se pouco esse tipo de estudo. O tempo de interação com os participantes era diminuto visto que 3 meses não foram suficientes para a obtenção de resposta de forma satisfatória, contribuindo de forma fraca no grau de respostas. Isto fez com que todos os resultados aqui apresentados tivessem

pouco significado estatístico face ao que se pretendia alcançar, o que sugere que seria fundamental realizar novamente o estudo nesses e noutros hospitais em Angola.

Outra limitação está ainda relacionada a amostra de utentes identificada, distribuí-se 30 questionários, tendo recolhido somente 14, deste modo constatou-se de igual modo grande dificuldade em obter respostas. Devido ao facto de os doentes não se sentirem à vontade em colaborar e por desconhecer o que se pretendia, mesmo depois de os ajudar a compreender o objetivo da investigação. E porque também, para além de se tratar de um estudo meramente novo aquelas localidades, trata-se também de doentes menos informados e desconhecem essencialmente seus direitos. De salientar também que apesar desta representatividade não nos foi possível efetuar um estudo a que se pudesse chegar a resultados fiáveis, logo, tratando-se de um estudo exploratório de um lado, e por outro lado, porque tivemos de lidar com a ausência de resposta por parte de alguns hospitais contactados.

Houve também a necessidade de deslocação a outras províncias de Angola em busca de informações nomeadamente à Província do Huambo, de Luanda e do Bié, com várias idas e vindas em vice-versa. Estas dificuldades estão associadas à novidade de aplicação de estudos em Angola, em particular na UCI de hospitais provinciais, como também pelo facto dos profissionais mostrarem-se apreensivos e colocarem em causa a imagem das organizações.

Apesar de considerarmos ser um estudo representativo dos profissionais das duas instituições típicas, seria fundamental em estudos futuros amplia-los por exemplo, a outras unidades de cuidados intensivos em Angola e em África. O Funcionamento da UCI varia de estabelecimento para estabelecimento por causa da conjuntura de trabalho ser numa atmosfera fechada, excessivamente tecnológica e rigorosa, onde as imposições são inúmeras e diversas e as hipóteses de erros são reduzidas. Desta forma alude-se que em investigações futuras poder-se-á também desenvolver estudos comparativos noutras unidades de cuidados intensivos em Angola de forma a averiguar se as conclusões se assemelham e que possam ser generalizadas ao contexto da UCI.

6.3 Estudos futuros

Apesar de haver preocupação relacionada a qualidade em saúde especialmente no atendimento de prestação de serviço, assim como existência do desafio em termos de expandir a municipalização dos serviços de saúde, ainda assim o termo gestão da qualidade na unidade de cuidados intensivos propriamente dito é menos vulgar na realidade Angolana, a existência e conhecimentos de indicadores utilizados em saúde tais como (taxa de morbilidade, mortalidade etc. são conhecidos e respeitados. O que se pretende é que numa perspetiva futurista haja abordagens relacionadas à melhoria contínua e execução de auditorias e manutenção sem por em causa o incentivo da participação de todos profissionais envolvidos. Além disso é fundamental que se construa, alter e se adapte um novo paradigma relacionado a implementação dos indicadores tal como se aclaram no modelo utilizado neste trabalho afim de se propor um funcionamento que irá de encontro às necessidades dos seus utilizadores de modos a estabelecer parâmetros, atitudes e filosofias de gestão e de reconhecimento de omissões e disfunções ineficazes, nem que para tal seja necessário desviar ou reformular algumas política locais relacionada a gestão das unidades hospitalares em especial as suas UCIs.

Propomos ainda, e acreditamos que, a implementação de uma lista de verificação com base a segurança como parte do desenvolvimento bem-sucedido de uma cultura de segurança para utentes bem como a utilização de parâmetros específicos nomeadamente auditorias em tempo reais, podem eventualmente melhorar os resultados na unidade de cuidados intensivos e contribuir na segurança de pacientes.

Vivemos numa época em que, mais do que nunca, é importante controlar os gastos em tudo o que fazemos e, como tal, faz parte do objetivo futuro desta dissertação continuar a trabalhar junto dos profissionais de saúde para, em conjunto, tentar adaptar as variáveis por meio do modelo ora apresentado, de modos a fazerem parte da prática do dia-a-dia dos profissionais na UCI. Com fins de os ajudar a otimizar processos, e elevar os padrões de gestão da qualidade na unidade de cuidados intensivos e, em última análise, ajudá-los a prestar um serviço completo e competente sem que haja gastos excessivos, não só aos pacientes, como às entidades gestoras do SNS, analisando sempre potencialidades de melhorias junto dos intervenientes, numa perspetiva multiprofissional aberta, reflexiva no contexto da atual conjuntura profissional político-económica, assim como na redução de custos, e estabelecimento de práticas e levar uma visão de longo prazo na UCI impulsionando sempre e sempre mudança de comportamento e atitudes.

CAPÍTULO 6

7 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, M. da P. (2009). **Avaliação e qualidade das organizações**, Editora Escolar – Lisboa.
- Arndt, M., & Bigelow, B. (1995). **The implementation of total quality management in hospitals: how good is the fit?**. *Health care management review*, Vol: 20(4):7-14.
- Curtis, J. R., Cook, D. J., Wall, R. J., Angus, D. C., Bion, J., Kacmarek, R.,... & Puntillo, K. (2006). **Intensive care unit quality improvement: A how-to guide for the interdisciplinary team - Critical care medicine**, Vol. 34 Issue 1: (January. 2006), 21-23 Consultado em:
<http://www.readcube.com/articles/10.1097/01.CCM.0000190617.76104.AC>.
- Donabedian, A. (1988). **The quality of care: How can it be assessed?** *JAMA*, USA 260(12): 1744-1745. doi:10.1001/jama.1988.03410120089033.
- Douglas, T. J., & Fredendall, L. D. (2004). **Evaluating the deming management model of Total Quality in Services**. *Decision Sciences*, 35: 393-422. doi: 10.1111/j.0011-7315.2004.02569.x.
- Flaatten, H. (2012). **The present use of quality indicators in the intensive care unit**. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 56: 1078-1083. doi: 10.1111/j.1399-6576.2012.02656.x.
- Hill, M. M., & Hill, A. (2012). **Investigação por questionário** (2ª ed). Editora Sílabo-Lisboa.
- Infopédia, In – Dicionários porto editora (2003-2014), **Estatística Paramétrica** -Porto [Consult. 2014-08-27]. Disponível na [www: <URL: http://www.infopedia.pt/\\$estatistica-parametrica>](http://www.infopedia.pt/$estatistica-parametrica).

- Kahn, J. M., & Fuchs, B. D. (2007). **Identifying and implementing quality improvement measures in the intensive care unit**. Current opinion in critical care, US. doi: [10.1097/mcc.0b013e3282f1be5c](https://doi.org/10.1097/mcc.0b013e3282f1be5c).
- Laureano, R. M.S (2013). **Testes de hipóteses com o SPSS-O meus manual de consultas rápidas**, (2ª ed.) Edições Sílabo- Lisboa
- Lipitz-Snyderman, A, Steinwachs, D., Colantuoni, E., Morlock, L. L., & Pronovost P. J. (2011). **Impact of a statewide intensive care unit quality improvement initiative on hospital mortality and length of stay**: Retrospective comparative analysis. *BMJ*, USA, 1-2. doi: [org/10.1136/bmj.d219](https://doi.org/10.1136/bmj.d219).
- Marconi, M. de A., & Lakatos, E.M. (2010). **Fundamentos de metodologia científica**, (7ª ed). Editora Atlas - São Paulo.
- Martin, V., & Henderson, E. (2004). **Gestão de unidades de saúde e de serviços sociais** (1ª ed.). Edição Monitor- Lisboa.
- Morais, L. (2012). **Liderança e estratégia**, Casos de inovação nas organizações de Saúde, Editora Escolar – Lisboa.
- Nascimento, D. M. G. do. (2011) - **A implementação do Balanced Scorecard nos trabalhos de auditoria interna e o seu contributo para a estratégia organizacional** - caso do sector público: autarquia local, (Dissertação de mestrado). Instituto Politécnico de Lisboa. Consultado em: <http://hdl.handle.net/10400.21/2518>.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). **Descobrimos a regressão**, (1ª ed.). Editora Sílabo Lisboa.
- Rocha, J.A. O. (2005, 2011) **Gestão da Qualidade**, Aplicação aos Serviços Públicos, (2ª ed.) Lisboa.

- Silva, C. A. da., Saraiva, M., & Teixeira, A. (2010). **A Qualidade numa perspetiva multi e interdisciplinar - Qualidade e Saúde: Perspetivas e Práticas**, Editora Sílabo-Lisboa.
- Silva, R. P. C. da. (2012). **Indicadores de gestão em cuidados intensivos**. (Dissertação de mestrado). Instituto Politécnico de Porto. Consultado em: <http://hdl.handle.net/10400.22/2836>.
- Simpson, S. Q., Peterson, D. A; O'brien-Ladner, A. R (2007). **Development and implementation of an ICU quality improvement checklist**. AACN Advanced Critical Care, 18, 2: 183,185. doi:10.1097/01.AACN.0000269262.37288.bf.
- Sousa, M. J., & Baptista, C. S. (2011). **Como fazer Investigação, Dissertações, Teses e Relatórios**, Segundo Bolonha (4ª ed.). Editora Lidel-Lisboa.
- Sousa, P., Pinto, J. F., Costa, C., Uva, S. A. (2008). **Avaliação da qualidade em saúde: A importância do ajustamento pelo risco na análise de resultados na doença coronária**. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. 7, 58-59. Lisboa. Consultado em: <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/20002008/pdfs/volume-tematico-7-2008-administracao-hospitalar/E-03-2008.pdf>.
- Van-Dúnem, J. V. D. (2014). **Despacho n.º 1114/14 – Ministério da Saúde de Angola**. Diário da República Iª Série n-º 91 Luanda. Consultado em: http://www.scm.gov.ao/diploma_texto.php?diplomaID=120673.
- Vilelas, J. (2009). **Investigação; O Processo de Construção do Conhecimento**, (1ª ed) Edições Sílabo - Lisboa.

- Voort, P. H.J. V. D., Veer, S. N. V. D., De Vos, M. L.G (2012). **The use of indicators to improve the quality of intensive care:** theoretical aspects and experiences from the Dutch intensive care registry. *Acta Anaesthesiol Scand.* 56, 9:1084-91. doi: 10.1111/j.1399-6576.2012.02687.x.
- Vos, M. L.G. D., Veer, S. N. V. D., Graafmans, W. C., Keizer, N. F de., Jogers, K. J., Westert, G. P., Voort, P. H.J. V. D. (2010). **Implementing quality indicators in intensive care units:** exploring barriers to and facilitators of behaviour change. *Implementation Science.* Netherlands 5:52 1-2 doi:10.1186/1748-5908-5-52.
- Wardhani, V., Utarini, A., Dijk, J. P. V. Post, D., Groothoff, J. W. (2009). **Determinants of quality management systems implementation in hospitals,** *Health policy, US.* 89, 3, 240 doi: 10.1016/j.healthpol.2008.06.008.

ANEXO I

TABELA nº 1- Taxa de resposta dos questionários aplicados aos profissionais

Resposta total de cada item	Válidas	Omissas	Taxa de resposta
Hospital	56	0	100,0
Sexo	52	4	92,9
Idade	53	3	94,6
F. profissional	50	6	89,3
Outras	4	52	7,1
F. actual	50	6	89,3
Experiencia na atual função	49	7	87,5
Experiencia na organização	43	13	76,8
VLGT_a	56	0	100,0
VLGT_b	52	4	92,9
VLGT_c	53	3	94,6
VLGT_d	55	1	98,2
VLGT_e	55	1	98,2
VLGT_f	51	5	91,1
CIE_a	54	2	96,4
CIE_b	51	5	91,1
CIE_c	56	0	100,0
CIE_d	55	1	98,2
CIE_e	54	2	96,4
CIE_f	51	5	91,1
CIE_g	51	5	91,1
A_a	53	3	94,6
A_b	55	1	98,2
A_c	54	2	96,4
A_d	55	1	98,2
GP_a	56	0	100,0
GP_b	56	0	100,0
GP_c	54	2	96,4
MC_a	53	3	94,6
MC_b	54	2	96,4
MC_c	54	2	96,4
MC_d	51	5	91,1
RFNQ_a	47	9	83,9
RFNQ_b	56	0	100,0
RFNQ_c	52	4	92,9
RFNQ_d	52	4	92,9
SU_a	55	1	98,2
SU_b	54	2	96,4
SU_c	49	7	87,5
SU_d	47	9	83,9
GQT_a	56	0	100,0
GQT_b	53	3	94,6
GQT_c	54	2	96,4
GQT_d	51	5	91,1
GQT_e	54	2	96,4
PSCEUCI_a	55	1	98,2
PSCEUCI_b	53	3	94,6
PSCEUCI_c	55	1	98,2

ANEXO II

TERMO DO CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

Funcionário na Direção Provincial de Saúde do Bié no Kuito e atualmente a frequentar o Mestrado em Gestão de Empresa na área de Planeamento e Estratégia Empresarial, vem por este modo solicitar a sua participação em investigação essencial à elaboração da dissertação intitulada: *GESTÃO DA QUALIDADE NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS do Hospital Central do Bié – Angola.*

Com este estudo pretendo:

- Identificar as opiniões dos enfermeiros, médicos, administrativos e utentes, relativamente à Gestão da Qualidade Total no contexto da UCI;
- Determinar as relações entre Gestão da Qualidade Total e a satisfação do cliente;
- Conhecer a relação entre liderança visionária e Gestão da Qualidade Total;

No aspeto científico pretendo contribuir para o avanço do conhecimento sobre gestão da qualidade total na unidade de cuidados intensivos. Em termos de relevância social este estudo pretende contribuir para o aprimoramento da gestão da qualidade das intervenções, dos enfermeiros, médicos, administrativos levando a luz dos acompanhantes dos utentes, quer na extensão dos contextos de trabalho, quer na extensão dos contextos de procedimento daqueles que já se encontram com problemas de saúde ou não.

Irei colher os dados através da aplicação de um questionário aos profissionais clínicos, administrativos e aos utentes na UCI, concomitantemente aos acompanhantes dos utentes que aderirem voluntariamente ao estudo. A sua participação é fundamental.

Os esclarecimentos colhidos com esta ferramenta poderão ser útil para publicações futuras, uma vez que os dados de identificação de todos os inquiridos serão mantidos em sigilo. Os participantes no estudo não terão qualquer tipo de despesa e nem sofrerão de qualquer tipo de dano. Aos participantes, fica também reservado o direito de se retirar do estudo a qualquer momento sem sofrer nenhum tipo de constrangimento.

No final da pesquisa serão oferecidas informações e esclarecimentos a respeito das conclusões do estudo para os interessados.

Eu aceito participar do estudo acima descrito, sabendo de antemão que os dados são totalmente confidenciais.

_____/_____/ 2014.

ANEXO III

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PROFISSIONAIS DA UCI

Enquanto mestrando em Gestão de Empresas e na fase de elaboração da Dissertação de Mestrado para obtenção do grau de Mestre na área de Planeamento e Estratégia Empresarial sobre: Gestão da Qualidade na Unidade de Cuidados Intensivos Hospital Central do Bié – Angola, solicito a V. Exa. a colaboração no estudo que estou a desenvolver sobre a qualidade da UCI e o seu impacto na população angolana envolvente.

Este questionário é ANÓNIMO, pelo que não se deve identificar.

Responda, por isso, a todas as questões com a máxima SINCERIDADE. Antes de responder e preencher o instrumento de recolha de dados, leia com atenção as questões.

As informações recolhidas destinam-se apenas a tratamento estatístico.

Antecipadamente grato pela colaboração dispensada.

Por favor coloque um X no quadrado adequado.

- a. Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino
- b. Idade: ☐ Até 25 anos ☐ De 26 -30 ☐ De 31-35 ☐ De 36-40 ☐ 41- 45
☐ De 46- 50 ☐ De 51-55 ☐ De 56-60 ☐ acima de 60 anos
- c. Formação Profissional:
Enfermagem ☐ Medicina ☐ Administração ☐
☐ Outra (especificar): _____
- d. Função atual:
☐ Enfermeiro ☐ Médico ☐ Administrativo
- Experiência na atual função: - 1ano ☐ 1 ano ☐ + 1 ano ☐
- Experiência na organização: - 1 ano ☐ 1 ano ☐ + 1 ano ☐

Classifique agora as afirmações que se seguem atendendo à sua experiência na UCI deste hospital.

Considere 1 = discordo totalmente e 5 = concordo plenamente)

Por favor, responda com sinceridade. Recorde que o anonimato será mantido na íntegra.

1. VISÃO DA LIDERANÇA/ GESTÃO DO TOPO (Anderson et al. (1995) and Rungtusanatham et al. (1998)).	1	2	3	4	5
a) A gestão do topo está relacionada com a melhoria de processos e assume a responsabilidade do desempenho de qualidade na UCI.					
b) Os líderes de grupos implementam com sucesso a qualidade total na UCI.					
c) O processo de definição de metas para a qualidade dentro da UCI é abrangente.					
d) A alta administração da organização (topo administrador e os principais chefes de departamento têm objetivos para um desempenho de qualidade na UCI.					
e) A importância é atribuída à qualidade pela gestão de topo da organização em relação aos objetivos de custos na UCI.					
f) Questões de qualidade são analisadas em reuniões de gestão de topo da organização.					
2. COOPERAÇÃO INTERNA E EXTERNA (Anderson et al. (1995) and Rungtusanatham et al. (1998)).	1	2	3	4	5
a) Há um forte compromisso na comunicação, treinamento e reconhecimento relativo a qualidade na UCI.					
b) As pessoas na organização estão conscientes de sua missão global na UCI.					
c) A maior coordenação de equipa conduz a um aumento da satisfação do cliente na UCI.					
d) O treinamento total de qualidade permite que os funcionários aprendam e respondam as informações de clientes disponível na UCI.					
e) Os chefes mostram preocupação com os objetivos de qualidade e a satisfação dos funcionários na UCI.					
f) A melhoria contínua e o envolvimento dos colaboradores sobre a qualidade é um objetivo importante na UCI.					
g) Os gestores aqui incluem a participação dos trabalhadores nas decisões para melhoria de desempenho na UCI.					
3. APRENDIZAGEM (Autor do trabalho)	1	2	3	4	5
a) A formação relacionada com a qualidade é dada aos funcionários por hora em data na UCI.					
b) A formação relacionada com a qualidade é dada ao chefe de seção e supervisor de turno.					
c) A aprendizagem é positivamente relacionada ao processo de gestão bem como da melhoria contínua no contexto crescente de expectativas dos clientes.					
d) Os recursos são fornecidos para o treinamento de funcionários em qualidade na UCI.					

4. GESTÃO DE PROCESSOS (Autor do trabalho)	1	2	3	4	5
a) Os funcionários conhecem quem são seus utentes, e fazem um seguimento na melhoria contínua na unidade.					
b) Os funcionários medem as necessidades dos utentes internos e a satisfação do cliente na UCI.					
c) A UCI utiliza os requisitos do utente como base para a qualidade.					
5. MELHORIA CONTÍNUA (Autor do trabalho)	1	2	3	4	5
a) A UCI permite que os funcionários se adaptem às necessidades do utente através de processos e informação para a melhoria da qualidade de serviço.					
b) Os funcionários acreditam que a melhoria da qualidade é a sua responsabilidade.					
c) A melhoria contínua está positivamente relacionada ao desempenho da atividade na UCI.					
d) Os funcionários averigam os produtos de trabalho para procurar formas de fazer melhor seu trabalho.					
6. REALIZAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS/ NORMAS DE QUALIDADE (Autor do trabalho)	1	2	3	4	5
a) Dados de qualidade estão disponíveis para trabalhadores horistas.					
b) Dados de qualidades são usados como ferramentas para gerenciar a qualidade na unidade.					
c) Dados de qualidade estão disponíveis para supervisor na unidade					
d) Dados de qualidade são utilizados para avaliar o desempenho na unidade de cuidados intensivos.					
7. SATISFAÇÃO DOS UTENTES (Anderson et al. (1995) and Rungtusanatham et al. (1998)).	1	2	3	4	5
a) As atividades na unidade satisfazem as expectativas dos utilizadores de serviço.					
b) O tempo médio de permanência na unidade satisfaz as expectativas dos utilizadores de serviço.					
c) Os resultados clínicos na unidade são satisfatórios.					
d) O utente sente-se valorizado, (acesso a informação que precisa)					
8. GESTÃO PELA QUALIDADE TOTAL (Anderson et al. (1995) and Rungtusanatham et al. (1998)).	1	2	3	4	5
a) Funcionários utilizam as técnicas estatísticas básicas (tais como histogramas e gráficos de controle) para estudar seus processos de trabalhos.					
b) Funcionários averigam o tempo que levam para fazer o trabalho.					
c) Funcionários mantêm registos e gráficos que medem a qualidade do trabalho apresentado na UCI					
d) As técnicas de estatísticas são utilizadas para reduzir a variação nos processos da organização na UCI.					
e) Procedimentos de TQM (tais como resultados das atividades exercidas na unidade, são expresso em diagramas de causa e efeito, gráficos de Pareto) para saber o curso de fenómenos opostos ou não com finalidade em analisar as informações para melhoria de processos.					

PERCEPÇÃO DE SATISFAÇÃO DO CLIENTE PELA EQUIPA DA UCI:

Classifique de 1 a 5 as seguintes afirmações: Considere 1 = muito mau, 5 = excelente).

	1	2	3	4	5
a) A satisfação percecionada do paciente					
b) O tempo médio de permanência face ao previsto considerando a patologia					
c) Os resultados clínicos alcançados					

ANEXO IV

QUESTIONÁRIO APLICADO AOS UTENTES DA UCI

Este inquérito destina-se a aferir a sua perceção sobre gestão da qualidade total na UCI

O objetivo fundamental é a melhoria contínua sobre gestão da qualidade na unidade de cuidados intensivos;

O questionário é anónimo e a sua participação é fundamental para a melhoria da qualidade do serviço prestado no serviço da UCI do hospital.

Por favor, responda com sinceridade às afirmações que se seguem, considerando a escala que se apresenta seguidamente:

Classifique de 1 a 5 as seguintes afirmações:

Considere 1 = discordo totalmente e 5 = concordo plenamente

1. SATISFAÇÃO DO SERVIÇO PRESTADO	1	2	3	4	5
a) Sinto que fui muito bem tratado na UCI.					
b) Permaneci na UCI apenas o tempo que já estava previsto.					
c) Os funcionários da UCI são muito simpáticos.					
d) Sempre que chamo alguém, vêm ver o que se passa de imediato.					
e) O tratamento físico foi muito bom.					
f) Davam-se sempre força para recuperar.					
g) Fui informado sobre o que me iam fazer antes de qualquer procedimento.					