



DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ECONÓMICAS, EMPRESARIAIS E
TECNOLÓGICAS

MESTRADO EM GESTÃO DE EMPRESAS ESPECIALIDADE EM PLANEAMENTO
E ESTRATÉGIA EMPRESARIAL

TEMA: Gestão da Qualidade na Unidade de Cuidados Intensivos da Clínica Multiperfil em Luanda-Angola

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Gestão de Empresas,
Especialidade em Planeamento e Estratégia Empresarial

Mestrando: Henriques de Ossó Nunda

Orientadora: Prof. Doutora Denise Capela dos Santos

Dezembro de 2015

Lisboa





UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA – LUÍS DE CAMÕES

Gestão da Qualidade na Unidade de Cuidados Intensivos da Clínica Multiperfil em Luanda – Angola

Henriques de Ossó Nunda

Nº 20140848

Banca Examinadora

Júri

Presidente

1º. Vogal

2º. Vogal

Dezembro de 2015

Lisboa



Deus é o dono de tudo. Devo a ele a oportunidade que tive de chegar aonde cheguei. Muitas pessoas têm essa capacidade, mas não têm essa oportunidade. Ele deu a mim, não sei porquê.

Sei que não posso desperdiçá-la...

Ayrton Senna



AGRADECIMENTOS

À memória de Manuel Nunda.

À felicidade de Josefa Jamba Nunda por me chamar à existência.

Aos meus Irmãos pelo apoio incondicional.

À Prof. Orientadora Doutora Denise Capela dos Santos pela dedicação, paciência e pelos conselhos que desde o início não me desamparou, que Deus a proteja e a ilumine.

À Direção do Coração Tropical na pessoa de vossa Excelência Senhor Promotor e sua Esposa, pela iniciativa em apostar no desenvolvimento humano em prol da formação.

À Clínica Mutiperfil por me ter dado o acesso a pesquisa e contribuir efetivamente para que o estudo se concretizasse.

À Direção da Universidade Autónoma de Lisboa, por nos ter aberto as portas para que hoje e agora o sonho se torne realidade, os mesmos são extensivos aos meus colegas que dividimos noções do saber bem como aos meus amigos pela estima e pelo espírito de camaradagem, e finalmente aos membros de júri que hoje apreciam ao nosso trabalho.

À minha querida noiva o meu muito obrigado.



RESUMO

Esta tese busca dar um auxílio no sentido de desenvolver a evidência empírica acerca dos efeitos administrativos e melhorar a qualidade nas organizações. Logo, o enfoque da qualidade em saúde, para além de prestar cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão, também implica com a adequação da assistência, às suas necessidades e expectativas do melhor desempenho possível.

O presente estudo tem como objetivo geral avaliar o grau de satisfação profissional dos funcionários no apoio de alta gerência para a qualidade na UCI. Sendo os principais objetivos específicos, constatar o grau de participação pela gestão de topo no processo de melhoria da qualidade dos serviços, perceber a medida em que o principal executivo da empresa assume a responsabilidade pelo desempenho de qualidade, identificar até que ponto a organização estende o seu compromisso de qualidade para a comunidade externa na UCI.

O levantamento de dados foi realizado na Clínica Multiperfil em Luanda, junto de uma população de 100 funcionários, para a qual se obteve uma margem de resposta de 64% aos formulários utilizados para obter os esclarecimentos solicitados.

Os resultados do nosso estudo sugerem a importância de uma boa comunicação entre a alta gerência e os funcionários, assegurando que há uma efetiva participação dos funcionários nas decisões, bem como de existir trabalho em equipa. Nesse sentido será importante ampliar o estudo a outras UCI e obter uma amostra mais ampla no caso angolano. Consideramos também importante efetuar uma revisão aprofundada dos estudos existentes, com recolha dos resultados obtidos, de modo a efetuar uma metanálise dos estudos referentes a instituições de saúde no que diz respeito à implementação da gestão da qualidade total.

Palavras-chave: Gestão; Qualidade; Unidade; Cuidados Intensivos.



ABSTRACT

This thesis seeks to give aid to develop the empirical evidence about the administrative effects and improve quality in organizations. So the health quality focus, in addition to providing health care accessible and equitable, a professional optimal level, taking into account available resources and achieve adherence and satisfaction of citizens also implies the adequacy of care, your needs and expectations in the best possible performance.

This study has the general objective of evaluating the degree of job satisfaction of employees in support of senior management for quality in the ICU. Being the main specific goals, to note the degree of involvement by top management in the process of improving the quality of services, realize the extent to which the Chief Executive Officer assumes responsibility for quality performance, identify to what extent the organization extends its quality commitment to the community outside the ICU.

Data collection was conducted in Multiperfil Clinic in Luanda, with a population of 100 employees, for which it received a response margin of 64% to the forms used to obtain the required clarifications.

The results of our study suggest the importance of good communication between senior management and staff, ensuring that there is effective participation of employees in decisions, and their teamwork. In this sense it is important to expand the study to other UCI and get a broader sample in the Angolan case. We also important to make a thorough review of existing studies, carry the results obtained in order to perform a meta-analysis of studies on health institutions with regard to the implementation of total quality management.

Keywords: Management; Quality; Unit; Care Intensive.



ÍNDICE GERAL

ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	11
ÍNDICE DE TABELAS.....	12
ÍNDICE DE FIGURAS.....	13
ABREVIATURAS USADAS	14
CAPÍTULO I.....	16
1.1. INTRODUÇÃO.....	16
1.2. DELIMITAÇÃO DO ESTUDO.....	20
1.3. OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS	21
1.4. ESTRUTURAÇÃO DO TRABALHO.....	22
CAPÍTULO II.....	23
2.1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	23
2.1.1. Evolução do Conceito da Qualidade	23
2.1.2. Objetivos da Qualidade em Saúde.....	25
2.1.3. Posicionamento da Chefia	27
2.1.4. Gestão da Qualidade Total em Saúde.....	31
2.1.5. Indicadores Fundamentais na UCI	37
2.1.6. Perfil do Trabalhador de Qualidade na UCI.....	39
2.2. SISTEMAS DA QUALIDADE EM HOSPITAIS	43
2.2.1. Modelos e agências de reconhecimento formal da qualidade	43
2.2.2. Breve contextualização da certificação da qualidade.....	44
2.2.3. Aplicação de modelos de reconhecimento formal da qualidade	45
2.2.4. Modelo Joint Commission International	45
2.2.5. Modelo International Organization for Standardization.....	46
2.2.6. Modelo da European Foundation For Quality Management.....	55
2.2.7. Modelo Caspe Healthcare Knowledge Systems.....	59
2.2.8. Modelo da Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia.....	60
2.2.9. Modelo International Society for Quality in Health Care	62
2.3. MODELO CONCEPTUAL.....	62
2.4. DEFINIÇÃO DE VARIÁVEIS.....	63
2.4.1. Variável 1	64
2.4.2. Variável 2	65
2.4.3. Variável 3	66
2.4.4. Variável 4	66
2.4.5. Variável 5	67



2.4.6. Variável 6	68
2.5. HIPÓTESES EM ESTUDO.....	71
CAPÍTULO III	79
3.1. METODOLOGIA.....	79
3.1.1. Pesquisa documental.....	79
3.2.1. ESTUDO EMPÍRICO.....	80
3.2.1.1. Instrumento de recolha de dados	82
3.2.1.2. Caracterização do público-alvo e amostra.....	84
3.2.1.3. Realização do pré-teste	85
3.2.1.4. Processo de recolha de dados	86
3.2.1.5. Pedido de autorização.....	86
3.2.1.6. Contacto com o público alvo.....	87
3.2.1.7. A recolha dos dados e taxa de respostas.....	87
CAPÍTULO IV	85
4.1. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	85
4.1.1. Caracterização sociodemográfica dos inquiridos	85
4.1.2. Fiabilidade dos itens do questionário	96
4.2.3. Teste das Hipóteses	103
4.2.4. Regressão linear.....	105
CAPÍTULO V.....	108
5.1. CONCLUSÃO.....	108
5.1.1. Implicação para a gestão empresarial e para a ciência.....	109
5.1.2. Limitações ao estudo e propostas de estudos futuros.....	110
CAPÍTULO VI	112
6.1. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	112
ANEXO I.....	120
PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO	120
ANEXO II.....	123
QUESTIONÁRIO A PROFISSIONAIS DA UCL.....	123
ANEXO III	128
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	128
ANEXO IV	133
CLÍNICA MULTIPERFIL	133



ÍNDICE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição por sexo.....	86
Gráfico 2 – Distribuição por faixa etária.....	87
Gráfico 3 – Distribuição por formação profissional.....	88
Gráfico 4 – Distribuição por tempo de trabalho na instituição.....	89
Gráfico 5 – Distribuição por cargo ocupado.....	90
Gráfico 6 – Distribuição por tempo no cargo.....	91
Gráfico 7 – Distribuição por faixa etária e sexo.....	92
Gráfico 8 – Distribuição por formação e sexo.....	93
Gráfico 9 – Distribuição por tempo na instituição e sexo.....	94
Gráfico10 – Distribuição por cargo que ocupa e sexo.....	95



ÍNDICE QUADROS

Quadro 1 – 20 indicadores fundamentais na UCI.....	38
--	----

ÍNDICE TABELAS

Tabela 2 – Correspondência entre a ISO 9001 : 2008 e a ISO 14001 : 2004....	51
Tabela 3 – Correspondência entre a ISO 14001 : 2004 e a ISO 9001 : 2008....	54
Tabela 4 – Distribuição por sexo.....	86
Tabela 5 – Distribuição por faixa etária.....	87
Tabela 6 – Distribuição por formação profissional.....	88
Tabela 7 – Distribuição por tempo de trabalho na instituição.....	89
Tabela 8 – Distribuição por cargo que ocupa.....	90
Tabela 9 – Distribuição por tempo no cargo.....	91
Tabela 10 – Distribuição por faixa etária e sexo.....	92
Tabela 11 – Distribuição por formação profissional e sexo.....	93
Tabela 12 – Distribuição por tempo na instituição e sexo.....	94
Tabela 13 – Distribuição por cargo que ocupa e sexo.....	95
Tabela 14 – Fiabilidade geral do questionário.....	96
Tabela 15 – Fiabilidade Apoio da alta gerência.....	97
Tabela 16 – Fiabilidade Cidadania da qualidade.....	98
Tabela 17 – Fiabilidade do Envolvimento do trabalhador.....	99
Tabela 18 – Fiabilidade do Projeto processo.....	100
Tabela 19 – Fiabilidade do projeto de processos – Implementação.....	101
Tabela 20 – Fiabilidade de Implementação – resultados.....	102
Tabela 21 – Correlação de Spearman.....	103
Tabela 22 – Teste de normalidade.....	105
Tabela 23 – Teste de normalidade para a variáveis normalizada.....	106
Tabela 24 – Lista parcial dos valores extremos existentes na amostra.....	106
Tabela 25 – Síntese do resultado das hipóteses.....	107



ÍNDICE FIGURAS

Figura 1 – Modelo Conceptual.....	63
-----------------------------------	----



ABREVIATURAS USADAS

ACSA – Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia
AGQ – Apoio da Alta Gerência para a Qualidade
CCAOS – Comissão Conjunta sobre a Creditação de Organização da Saúde
CEE – Comunidade Económica Europeia
CHKS – Caspe Healthcare Knowledge Systems
CQ – Cidadania de Qualidade
DGS – Direção Geral da Saúde
DL – Decreto-Lei
EFQM – European Foundation for Quality Management
ET – Envolvimento dos Trabalhadores
GQ – Gestão da Qualidade
GQT – Gestão de Qualidade Total
GQTA – Gestão de Qualidade Total Aplicada
HQS – Health Quality Service
ICD – Instrumento de Colheita de Dados
IPAC – Instituto Português de Acreditação
IPQ – Instituto Português de Qualidade
IQS – Instituto de Qualidade em Saúde
IRQI – Implementação-Resultados de Qualidade Interna
ISO – International Organization for Standardization
ISQua – International Society for Quality in Healthcare
JCAHO - The Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations
JCI – Joint Commission International
KF – King's Fund
LD – Liderança Distribuída
PNAH – Programa Nacional de Creditação dos Hospitais
PNS – Plano Nacional Da Saúde
PP – Projeto Processo
PPI – Projeto Processo e Implementação
Q e S – Qualidade em Saúde
SI – Sistema de Informação



SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPQ – Sistema Português de Qualidade

SPSS – Statistical Package for the Social Science

UAL – Universidade Autónoma de Lisboa

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UE – União Europeia

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

WHO – World Health Organization



CAPÍTULO I

1.1. INTRODUÇÃO

Houve algumas modificações consideráveis na reflexão sobre a gestão quanto aos papéis de uma organização e responsabilidades sociais (Mellat-Parast, 2014). Logo a qualidade dos cuidados de saúde é um desafio temível na década de 1990. Recentemente, um interesse emergente em gestão da qualidade, tem sido impulsionado pela necessidade de controlar os custos e o desejo de aperfeiçoar a qualidade do atendimento (Lin & Clousing, 1995).

A Organização Mundial da Saúde por sua vez, é uma agência especializada das Nações Unidas com a responsabilidade principal de assuntos internacionais de saúde e saúde pública. Esta organização foi criada em 1948, focalizada nas profissões de saúde com cerca de 180 países a trocar seus conhecimentos e experiências, com o objetivo de tornar possível a realização de todos os cidadãos do mundo nos próximos anos, num nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Por meio da cooperação técnica direta com os seus Estados-Membros, e pela estimulação dessa cooperação entre eles, promove o desenvolvimento de compreensivos serviços de diagnóstico, prevenção e controle de doenças, a melhoria das condições ambientais, o desenvolvimento dos recursos humanos para a saúde, a coordenação e desenvolvimento de serviços biomédicos e de saúde, pesquisas e a implementação de programas de saúde (WHO, 1989)

Porém, concorrência global de negociações não é mais entre as organizações, é mais entre as suas cadeias de fornecimento. Elas, levam as empresas a tomarem a gestão da cadeia de suprimentos em gestão da qualidade para reforçar o seu desempenho organizacional. No entanto, uma simultânea implementação de ambos os sistemas é um desafio e consome uma quantidade considerável de recursos devido ao âmbito alargado que abrange não só as funções internas, mas também as operações de parceiros de negócios externos. Se a execução simultânea pode ser realizada, a organização deve trazer grandes benefícios. Se falhar, o impacto sobre o desempenho do negócio seria grave (Vanichchinchai & Igel, 2011).

Entretanto, o conceito de gestão de qualidade é continuamente o foco dos executivos em hospitais no Mundo. The Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), por exemplo, tem incorporado conceitos de Gestão de Qualidade Total (GQT) na sua agenda para a mudança. A American Hospital Association, por meio de sua Research Hospital e Educational Trust, publicou um relatório para ajudar os hospitais a projetar e implementar a GQT. Eles estão a concentrar-se em duas principais considerações no que diz respeito à qualidade dos cuidados: (1) o cuidado que é diretamente administrada ao doente e (2) a gestão das organizações. Executivos hospitalares são confrontados com o desafio de liderar a mudança nas culturas e fundamentalmente nas respectivas instituições (Lin & Clousing, 1995).

Já em Portugal, a qualidade está legal e institucionalmente ajustada no âmbito do Sistema Português de qualidade (SPQ), que tem a sua origem legislativa no ano de 1983 com a publicação do Decreto-Lei (DL) no 165/83, de 27 de Abril. Em 2002 é adoptado, um novo quadro institucional da qualidade, com a publicação do DL no 4/2002, de 4 de Janeiro, em que foi decretado um modelo organizacional para o SPQ mais adequado com a realidade portuguesa atual, bem como com as referências europeias e internacionais em matéria de qualidade. Com este diploma legal procura-se ainda uma coordenação das iniciativas para a promoção e garantia da qualidade, de forma a possibilitar a obtenção de sinergias elevadas e evitar a duplicação de estruturas, ou sobreposição de competências, em matéria da qualidade (Ribeiro, 2006b).

Em África, nenhum comentário sistemático de avaliações de qualidade têm sido publicados, mas uma varredura das avaliações mostra consistentemente baixos níveis de cumprimento das orientações. Embora as avaliações são tipicamente em um nível nacional, uma recente revisão de 1.338 instalações, com base nos registos locais melhoradas, inclui cinco países africanos que contribuíram 60% das observações. No início do estudo, a conformidade média provedor com diretrizes nacionais em sete serviços básicos foi de 38%. Embora esses estudos não têm valor preditivo, eles sugerem que as deficiências graves de qualidade são comuns em sistemas de saúde da região. Porém, as respostas às questões da qualidade foi muito tempo dominada por sistemas de formação e de supervisão clínica. Estas abordagens têm demonstrado impacto limitado sobre a qualidade em avaliações recentes. Mas cada vez mais, especialistas em saúde pública estão apontando para um fator mais sutil em



problemas de saúde na África subsariana, considerados países em alto-estudo. O teste de mudança produziu uma melhora nas instalações com o nível mais baixo da linha de base. Logo, Estes são resultados encorajadores, e eles ajudam a explicar a rápida expansão de políticas, estratégias e unidades organizacionais em África, com foco na melhoria da qualidade particularmente com abordagens modernas baseadas em evidências de mudanças de teste (Heiby, 2013).

Segundo a PNUD (2013), a Argélia, Marrocos e a Tunísia, registaram ganhos notáveis em termos de esperança de vida nos últimos quarenta anos. Entre as possíveis explicações para este fenómeno incluem-se os avanços tecnológicos na área da saúde e dos medicamentos, a vacinação generalizada, os processos da tecnologia da informação, um acesso mais fácil a serviços melhorados de abastecimento de água e saneamento, um aumento de aprovisionamento energético e ainda investimentos públicos e privados na saúde.

Entretanto em Angola, propriamente na área da assistência de saúde, só a pouco tempo foi aprovado o Programa Nacional de Humanização de Atendimento em saúde que tem forte ligação a qualidade da interação social instituído entre profissionais e utentes/doentes no processo de atendimento hospitalar, isso constituindo parte integrante do Decreto Executivo.

Todavia, o Ministério da Saúde de Angola teve a iniciativa de pôr em evidência um programa de ação junto das comunidades e dos profissionais de assistência em saúde para estimular o progresso de uma nova cultura focalizada no respeito e valorização da vida humana.

Em termos de ideias da teoria dos sistemas sociotécnicos, por exemplo, reconhecemos que as organizações devem ser entendidas como organismos complexos e altamente interconectadas de sistemas sociais e técnicos. A partir desta perspetiva, parece provável que, sob crescente maturidade da gestão da qualidade, ou como a gestão da qualidade é implementado com mais profundidade (ou seja, de forma mais abrangente, de forma que impactam mais partes da organização, e afins), devemos esperar resultados consideráveis nos sistemas relacionados (Hartman, *et al.* 2002).

O valor potencial da Liderança Distribuída (LD), tem se destacado de forma geral no ensino superior e especificamente na educação, com vista a desenvolver o manuseamento da gestão da qualidade. A Liderança distribuída refere-se a situações em que a liderança é dito ser distribuído entre múltiplos atores que apoiam os outros para alcançar os objetivos organizacionais. Surgiu como um campo importante na conceptualização, teorização e prática de melhoria na última década ou mais. Em alguns casos semelhante a liderança compartilhada ou dispersas, existe nos relacionamentos, e reconhece formalmente, atos emergentes e coletivos de influência, bem como aqueles instigados por pessoas na educação formal posições de autoridade. Com base no escopo de LD identificado por uma série de alinhamentos principais tornou proeminente no ensino superior, nas instituições nomeadamente na vertical entre os docentes líderes formais na hierarquia, executivos e líderes do corpo docente; horizontalmente entre executivo sênior em toda a liderança da faculdade; liderança no apoio acadêmico e profissional, o pessoal na disciplina, os níveis de ensino, do corpo docente e domínios; e liderança informal em locais específicos e em ambientes multicampos (Holt, *et al.* 2014).

“A Liderança nas organizações de saúde afeta: (1) a maneira como o serviço é prestada; (2) a maneira como os seus objetivos é alcançada; e (3) o desempenho (*performance*). Com a necessidade de Inovação (e de mudança) quer ao nível organizacional quer ao nível técnico, e, com a pressão que se exerce nas organizações de saúde, para que sejam alcançados os objetivos não só económicos (quantidade e qualidade de produtos) mas também sociais (comportamentais, ambientais, políticos, como a efetividade de direito à saúde), exigem-se hoje líderes e lideranças fortes, que saibam estabelecer empatia com os seus colaboradores, mas, e acima de tudo, que saibam interpretar os sinais que a envolvente externa emite, que interajam com ela e que sejam flexíveis o suficiente de modo a responder em tempo oportuno” (Morais, 2012, pág. 29).



1.2. DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

A presente dissertação desenvolve-se tendo em conta a temática “ Estudo sobre a Gestão da Qualidade na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI)” e congrega vários aspetos que procuram proporcionar uma visão holística sobre a temática da Gestão da Qualidade.

Optou-se por este tema porque a gestão da qualidade nas unidades de cuidados intensivos leva a analisar sobre o tipo de atendimento oferecido aos utentes. Pelo que consideramos importante um estudo de reflexão sobre a gestão da qualidade no âmbito hospitalar que envolve diferentes visões na relação utente, equipa de saúde e tecnologia.

O objeto deste estudo é tentar perceber como a gestão da qualidade nos serviços de saúde, influencia na prestação de serviços da pessoa internada na UCI.

Revemo-nos nas palavras de Sofia, *et al.* (2013), Para além da concepção de qualidade no sentido de ser implementada recentemente, tendo começado a ser estudada com mais detalhes na segunda etapa do século XXI, existem provas de que a prática da qualidade, no sentido de satisfação do utente/doente, era já uma preocupação nas culturas ocidentais.

A existência dos fregueses, assim como o percepção destes, cresce dia após dia, por isso, a exigência da qualidade que os mesmos requerem dos produtos ou serviços que adquirem é também cada vez maior. Percebe-se com facilidade que a qualidade é cada vez mais uma característica fundamental para qualquer empresa, independentemente do que esta oferece. Desde os bens físicos aos serviços, sejam estes privados ou públicos ou ainda participada, a qualidade é indispensável.

Assim, um programa de gestão da qualidade com melhoria de processos nas organizações hospitalares na área da UCI determina, pela própria natureza e diversificação dos serviços oferecidos, e principalmente pela necessidade social dessas instituições.

Embora os serviços de saúde privados visem lucros e os públicos nem por isso, a tranquilidade social, os processos em ambas as partes devem ser eficientes, eficazes e lucrativos.

As unidades de cuidados intensivos (UCI), são das áreas hospitalares que mais dinheiro consome nos cofres do estado. As funções dos trabalhadores de saúde são imprescindíveis, mas também a logística e gestão são de fundamental importância e como tal, têm de ser de extrema avaliação.

A frequência de consumidores, assim como o conhecimento destes, eleva-se dia após dia, por isso, a qualidade que os mesmos requerem dos produtos ou serviços que adquirem é maior cada vez mais. Facilmente se percebe que a qualidade é cada vez mais uma característica vital para qualquer organização, independentemente do que esta tem para oferecer. Desde os bens físicos à prestações de serviços, sejam estes privados ou públicos, a qualidade é essencial.

1.3. OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS

Segundo Freixo (2012), na grelha de uma investigação, o termo objetivo e hipótese correspondem; pelo facto de explicarem o porquê do estudo, logo, o objetivo desta pesquisa enfatiza um enunciado declarativo que precisa as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação. Indicando concludentemente o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo. Pode tratar-se de explorar, de identificar, de descrever, ou ainda de explicar ou de prever tal ou tal fenómeno, devendo ser formulado com grandes economia de palavras, ou seja, esta componente de estrutura do projeto de investigação deve estabelecer uma relação causa / efeito que se pretende obter com o projeto de intervenção. **Assim o objetivo geral deste estudo é:** avaliar o grau de satisfação profissional dos funcionários no apoio de alta gerência para a qualidade na UCI.



Apresentam-se ainda como objetivos específicos:

- ✓ Constatar o grau de participação pela gestão de topo no processo de melhoria da qualidade dos serviços na UCI;
- ✓ Perceber a medida em que o principal executivo da empresa assume a responsabilidade pelo desempenho de qualidade na UCI;
- ✓ Identificar até que ponto a organização estende o seu compromisso de qualidade para a comunidade externa;
- ✓ Distinguir até que ponto a concepção do processo minimiza as chances de erros dos funcionários na UCI;
- ✓ Identificar até que ponto a sensibilização da qualidade entre empregados está em curso;
- ✓ Descrever a medida em que os níveis de trabalho foram reduzidos em gestão da qualidade.

1.4. ESTRUTURAÇÃO DO TRABALHO

O atual trabalho está dividido em seis capítulos. O primeiro corresponde à descrição da introdução, delimitação do estudo e os objetivos geral e específicos. No capítulo II apresenta-se o enquadramento teórico acompanhado da revisão que foi efetuada na literatura. No capítulo III apresenta-se a metodologia referente ao estudo empírico. No capítulo IV corresponde à apresentação e discussão dos resultados do trabalho de campo efetuado nos profissionais da clínica Multiperfil em Luanda. No capítulo V apresentam-se as conclusões, as implicações da gestão empresarial e para a ciência, as limitações ao estudo e propostas de estudos futuros. Por último, no capítulo VI, apresenta-se toda a referência bibliográfica consultada para a construção do conhecimento.

CAPÍTULO II

2.1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1.1. Evolução do Conceito da Qualidade

Embora a apreciação da qualidade possa ser considerada relativamente nova, tendo começado a ser aprofundada em meados do século XXI, existem provas de que a qualidade, no sentido de satisfação do utente/doente, era já uma preocupação nas culturas ocidentais. Basta observar para as pirâmides, templos, teatros ou outros monumentos, para ver a precisão com que estes foram erguidos. Na Idade Média, os artesãos compilavam as necessidades/requisitos dos clientes, concentrando assim as responsabilidades de concessão, produção, venda e até assistência pós-venda, garantindo uma qualidade de excelência (Sofia & Riço, 2013).

Martin & Henderson (2004), afirmam que a qualidade foi reconhecida como uma questão importante no desenvolvimento dos negócios e serviços de sucesso nos princípios da década 80 do século passado; a influência dos que escreveram sobre ela na altura é ainda importante. A lista a baixo contém várias definições de qualidade, algumas ainda largamente utilizadas.

A qualidade é:

- Adequação ao objetivo (Juran & Godfrey, 1998).
- Conformidade com os requisitos (Crosby, *et al.* 1992).
- Totalidade dos aspectos e características de um produto ou serviço que incorpora em si a capacidade de satisfazer necessidades explícitas ou implícitas dos colaboradores (ISO, 2012).
- Grau de conformidade de todos os aspectos e características relevantes de um produto ou serviço, com todos os aspectos das necessidades do cliente (Wiele, 1995).

Apesar do crescente empenho nos últimos anos, o conceito de qualidade representa um desafio para a maioria dos atores que operam na arena da saúde, que ainda não chegaram a um entendimento sobre uma definição operacional apropriada e compartilhada. Logo, a partir dessas premissas e apoiando-se em uma revisão da literatura internacional, este trabalho propõe-se colaborar para o delineamento de uma proposta de avaliação da qualidade lógica com a complexidade conceitual e metodológica do tema em questão. Nessa perspectiva, após ter apresentado os primeiros estudos sociológicos sobre os utentes e após ter percorrido as três etapas do desenvolvimento da qualidade em saúde, o ensaio analisa algumas questões-chave que deveriam nortear as avaliações em saúde. Mas adiante são apresentadas definições de qualidade que identificam os principais grupos de interesse que atuam no âmbito do sistema de saúde e procura-se delinear algumas estratégias de aproximação entre a pluralidade dos olhares. Contudo, o artigo identifica alguns fatores que dificultam uma maior comunicação entre as diversas dimensões da qualidade e aponta algumas linhas de trabalho para a assistência nos próximos anos (Serapioni, 2009).

Segundo Fernandes (2000), a Qualidade está baseada em conseguir que tanto a equipa de gestão como o pessoal estejam convencidos da sua grande importância para se alcançar a plena satisfação do cliente e para o próprio desenvolvimento interno das organizações.

Harer (2012), diz que a qualidade é um produto ou serviço livre de deficiências.

Para Pinto (2002), o conceito de qualidade apresenta a qualidade como a capacidade de um conjunto de características inerentes a um produto, sistema ou processo de ir ao encontro dos requisitos dos clientes e de outras partes interessadas.

Já Domingues (2003), conceitualiza qualidade em função do resultado, da produção, do consumidor e do valor acrescentado.

Ainda diz Pereira (2013), que a qualidade está associada ao sentimento de contentamento e agrado proporcionado por determinada pessoa, produto, serviço ou objeto.

Para Serapioni (2009), a complexidade do conceito de qualidade presume uma abordagem analógica e não digital. Em diferentes vocábulos, destaca o autor, a questão da qualidade é ligada a um problema de gradação e não de presença/ausência. Por exemplo, pode-se deparar com um serviço de saúde de uma edificada qualidade técnica, mas com uma redução de qualidade relacional, ou vice-versa. Para isso, persiste o autor, a mesma mensuração da qualidade deve prever a possibilidade de gradação e basear-se, entretanto, numa multiplicidade de esclarecimentos.

Assim, na mesma linha de pensamento, o mesmo autor (2009), na pág. 76, afirma que a qualidade é a “Completa satisfação das necessidades de quem mais precisa do serviço de saúde ao custo mais baixo para a organização e dentro das regulamentações estabelecidas”.

Logo, a qualidade de serviços é de extrema importância, para além de agregar os critérios de satisfação dos utentes, enfatiza também o critério de equidade importante na incorporação dos critérios de satisfação dos utentes, efetividade e eficiência. Porém, é vastamente reconhecida como uma das disciplinas de extrema importância, nas estratégias empresariais ou nas prioridades competitivas para uma organização de desenvolvimento. Nesta era da competitividade global, uma empresa necessita de aplicar metodologias de qualidade sob a forma estratégica na gestão da qualidade; sistemas de qualidade; garantia de qualidade e controlo de qualidade (Gupta, *et al.* 2014).

Conquanto, é toda esta dificuldade e subjetividade, particularmente no campo da saúde, onde o fenómeno se encontra ainda em processo de consolidação, que fazem da qualidade um objeto de análise aliciante aos olhos da sociedade.

2.1.2. Objetivos da Qualidade em Saúde

A qualidade em saúde (QeS) para além de prestar cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão, também implica com a adequação da assistência, às suas necessidades e expectativas do melhor desempenho possível (PNS, 2012).

Para se conseguir qualquer tipo de melhoria a nível da qualidade há, antes de mais, que identificar claramente os objetivos. Para se alcançar sucesso, terão de se desenvolver todas as pessoas que intervêm na sua concretização, fazendo-as acompanhar no dia-a-dia a melhoria dos processos em que intervêm. Para que esse envolvimento ocorra, para que se sintam motivadas, essas pessoas deverão sentir-se parte do projeto e sentir-se que contribuem para o avanço, sendo informados das suas várias fases. Assim os colaboradores da organização também se sentirão como prestadores/produtores de um serviço, atuando numa base cliente/fornecedor relativamente a chefia que os lidera e que aumenta a suas alto estima, com resultados positivos para todos (Fernandes, 2002).

Logo, Martin & Henderson (2004), referem que, os objetivos têm sempre de ser tão precisos quanto possíveis, pois é a única forma de os poderem apoiar a tornar-se mais eficaz. O que significa que terão de ter algumas características particulares. Uma maneira fácil de lembrar estas características, é pensar neles em termos da palavra inglesa SMART, que descreve como devem ser os objetivos:

- Específico– claros quanto ao que se pretende alcançar;
- Mensuráveis – estabelecerem a forma como o sucesso se poderá medir;
- Aceitáveis – de referência pelo responsável pela concretização do objetivo e por todo aquele que venha ser afetado pelos resultados;
- Realista – alcançáveis dentro dos constrangimentos da situação e em alinhamento com os outros objetivos;
- Temporais – estabelecer um tempo limite para que os objetivos sejam alcançados.

O mesmo autor (2004), na pág. 34, evidencia que “Uma vez determinadas as suas prioridades, deverá assegurar-se de que os seus objectivos-chave estão expressos em termos que garantam que a sua equipa possa avaliar se as contribuições deles foram alcançadas ou não. Terá que trabalhar com a sua equipa para identificar a sequência das atividades que têm de ser terminadas para se conseguir atingir cada um dos objetivos e medidas que demonstram que cada uma delas foi alcançadas. Será útil acordar um modo que permita a toda equipa passar em revista o progresso que vai sendo feito. Trata-se de uma oportunidade que pode ser utilizada para introduzir correções naquilo que não esteja a decorrer conforme previsto. Será particularmente útil estabelecer com antecedência as datas para revisão, de modo a que se as

coisas estiverem a correr mal possa haver tempo para repensar o que planeou. Se as datas prevista para a revisão forem demasiado tarde para permitir que os planos possam ser revistos, a tendência frequente é para responsabilizar alguém pelo insucesso, em vez de se pensar positivamente numa maneira diferente de alcançar os objetivos”.

Serapioni (2009), refere que, a avaliação dos objetivos da qualidade dos serviços de saúde são alcançados tendo como foco os usuários, os profissionais e a alta gerência:

- Avaliado pelo usuário: o que os usuários e acompanhantes pretendem do serviço, seja como indivíduos, seja como grupos;
- Pelos profissionais: se o serviço satisfaz as necessidades definidas pelos profissionais que prestam a atenção e se as técnicas e os procedimentos necessários utilizados são executadas de forma apropriada;
- Pela alta gerência: o uso eficiente e produtivo dos recursos para responder às necessidades de todos os usuários dentro dos limites e das diretrizes decretadas pelas autoridades.

2.1.3. Posicionamento da Chefia

O posicionamento da chefia é fundamental, não só na indicação clara dos objetivos da qualidade, como no acompanhamento dos seus subordinados: o chefe deve estar ao lado dos seus subordinados dando feedback, corrigindo defeitos e reconhecendo as pequenas e grandes vitórias. A chefia que se limita a indicar o caminho e depois se afasta, muitas das vezes convencida que está a tomar a atitude acertada, corre o risco de perder o controlo da situação (Fernandes, 2000).

Segundo Peres & Ciampone (2006), a liderança é o processo pelo qual um grupo é induzido a dedicar-se aos objetivos defendidos pelo líder ou partilhado pelo líder e seus seguidores. Liderança e administração se sobrepõem, já que alguns aspetos de liderança podiam ser descritos como gerenciamento.

Para Lourenço (2010), O conceito de Liderança e toda a sua envolvente ingressaram há relativamente pouco tempo nas nossas vidas e a sua profusão linguística, pelo menos em Portugal e no mundo desenvolvido - tem sido notório. O mesmo autor (2010), julga que a palavra foi de certa forma desprivilegiada, de tal maneira que é duvidoso que seja sempre bem empregue por um lado, e no seu contexto adequado, por outro. Mas o conceito em si mesmo também levanta dúvidas até mesmo pelas suas inúmeras abordagens teóricas, tantas vezes discrepantes.

Na mesma linhagem de pensamento o autor acima (2010), diz que, a palavra “líder” está agregada a poder e, conforme a sua etimologia, significa: aquele que vai à frente. Trata-se de um poder formal, o poder de dar ordens, de decidir, de exigir, etc. – mas trata-se também de um poder informal, não substantivo, que se traduz na capacidade natural que alguém tem de influenciar os outros.

Porém, uma forma de uso da palavra “liderança” é para descrever a maneira pela qual os gestores e diretores superiores expõem a estratégia de uma organização. Por exemplo, nos líderes políticos espera-se visão e inspiração, enquanto aos gestores de partidos compete o funcionamento diário dos negócios do partido. Nas atividades comerciais e industriais o mesmo acontece frequentemente, com a maior parte dos executivos de topo a assumirem um perfil distanciado e a indicarem o caminho a seguir. Nesta perspetiva, administrar poderá parecer como sendo algo que se destine a dar apoio aos líderes de uma organização. Será possível que as pessoas que atingiram o auge se tenham especializado apenas em algumas das funções da gestão, tais como a fixação dos objetivos e inspiração das pessoas que para eles trabalham? E que as funções de gestão de costume, como o planeamento, a distribuição de recursos e a organização, se tenham tornado responsabilidade para os gestores colocados lá em baixo na linha da hierarquia (Martin & Henderson, 2004).

De acordo com Maxwell (2010), a boa liderança baseia-se em relacionamentos. As pessoas só poderão concordar consigo se se entenderem consigo. Este princípio é válido para a liderança para baixo, para os lados ou para cima. Se desenvolver relacionamento com os seus líderes estará a estabelecer uma química com eles. Se conseguir adaptar-se à personalidade do seu chefe, sem perder a sua individualidade, estará no caminho para liderar para cima. Logo, se pretende ser um líder 360° deve estabelecer relação não só com as pessoas que lidera mas também com o seu líder.

Todavia, precisamos cada vez mais de líderes, sejam eles de cariz político, cultural, económico ou social, pois vivemos num mundo em mudança. Ela está aí e é para continuar. De tal forma se instalou que as mudanças nas últimas décadas têm sido radicais ao ponto de virar literalmente as nossas vidas de pernas para o ar (Lourenço, 2010). Eis dois exemplos bem ilustrativos: há apenas sessenta anos, as gerações antepassadas deslocavam-se na sua maioria, no interior de Portugal, em carroças puxadas por bois. A geração dos meus Pais (passada), levou o Homem a Lua. Já a minha chegou a Marte... Por outra: qualquer um de nós, hoje, está mais exposto a uma quantidade de informação quando abre um jornal diário de âmbito de que estaria qualquer ser humano da Idade Média ao longo de toda a sua vida. Nesses tempos, um homem ou uma mulher não tinha acesso a quantidade de informação que o diário de notícias, por exemplo, contém nas suas páginas em qualquer edição diária.

Logo, não tenhamos dúvidas, os dias de mudança chegaram, instalaram-se e não pediram licença, ou, para ser mais exato, até porque a mudança não é um fenómeno novo, ela agora processa-se com uma velocidade exponencialmente maior, o que se traduz numa maior e mais nítida percepção do fenómeno. A mudança é o desconhecido, o caminho que nos tira da zona de conforto para nos levar por sítios que desconhecemos, logo que nos são desconfortáveis. Ora aqui resulta que, naturalmente a nossa primeira reação a mudança é a ansiedade e, perante esta, o primeiro reflexo é o de procurar alguém que nos possa guiar no sentido de conter esta mesma ansiedade. Portanto, quando a mudança e a ansiedade confiscam o nosso mundo, estão criadas as condições para a emergência da liderança (Lourenço, 2010).

Segundo Nelson & Economy (2013), uma vez que o ambiente empresarial está constantemente a mudar, espera-se que cada vez mais os gestores não só disponham estas novas condições com bastante antecedência, como também lidem com elas de forma eficaz quando ocorrerem. A mudança desencadeia muitas expectativas e, pressão naqueles que estão no comando.

O mesmo autor (2013), na pág. 25, diz que, “Para sobreviver, as empresas já não podem ignorar a mudança nem lutar contra ela. Para sobreviver e, na verdade para prosperar, as empresas têm de ser capazes de prever a mudança, de se prepararem para ela e de aceitarem quando ela chegar”. O mesmo (2013), descreve ainda quatro etapas para lidar com a mudança:

- 1) **Negação da mudança** – A reação inicial mais comum à mudança é negar a sua presença. Imagine um gestor que se recusa a reduzir os custos (incluindo transferências ou despedir trabalhadores que estão em excesso) para garantir que os serviços de qualidade prestados pela sua empresa tenham um preço competitivo relativamente aos seus concorrentes.
- 2) **Resistência a mudança** – Depois de recusarem que a mudança se instalou, na fase seguinte as pessoas acabam por decidir reconhecer a presença desta, mas resistindo-lhe, apenas de tudo (talvez esperando que se resistirem durante um determinado tempo ou com um certo vigor, ela unicamente desapareça, embora na verdade isso nunca venha acontecer).
- 3) **Exploração da mudança** – Depois de resistirem a mudança, e sem êxito, a maioria das pessoas começam a perceber que não vão ser capazes de impedir que esta se estabeleça, logo, em vez de tentarem impedi-la, começam lentamente a explorá-la. É nesta etapa que os gestores decidem levar adiante um estudo acerca da mudança sugerida, reunindo-se para a discutir iniciando um programa piloto para permanecerem com uma ideia de impacto que as mudanças específicas podem provocar, numa base temporária e não vinculativa. Continua a não haver qualquer pacto de aceitação da mudança, mas as pessoas estão certamente a preparar-se para ela.
- 4) **Aceitação da mudança** – A etapa final da mudança consiste na sua aceitação. Em vez de se ignorar a mudança que se instalou ou de se lutar contra ela, a mudança passa a ser totalmente aceite e integralmente no pensamento, nos processos e talvez até nos valores da Clínica. Tanto os gestores como os funcionários aceitam a mudança e estão atentos às próximas mudanças que se verificarão no ambiente hospitalar.

Contudo, é posta em evidência a importância que tem as estratégias organizacionais e a liderança em contexto de inovação em organizações de saúde. Apesar disso, as organizações estão ao sabor da evolução das sociedades, que exigirão periódicas reconfigurações organizacionais. O que não muda é a ideia de que haverá sempre mudanças, e que estas têm sempre características constantes: 1) são imprevisíveis, 2) existem uma procura de competência de ponta e de novo conhecimento, 3) implicam um esforço das sociedades em

rede, 4) traduzem-se numa certa taxa de insucesso deve-se à criatividade em que nem tudo o que se cria tem uma utilidade ou uso imediato (Morais, 2012).

2.1.4. Gestão da Qualidade Total em Saúde

A Gestão pela Qualidade Total é uma maneira de administrar que visa melhorar a eficiência e eficácia dos processos, assegurando o sucesso a longo prazo e indo ao encontro das expectativas e necessidades dos doentes/utentes, colaboradores, entidades financeiras e todo o meio envolvente da organização e da sociedade no seu todo. Os procedimentos regulares e sistemáticos implantados nas técnicas e metodologias da Gestão pela Qualidade Total, permitem uma perspetiva clara dos passos a dar para a otimização das capacidades da organização e para a obtenção de melhores resultados nas suas diferentes facetas, permitindo a monitorização da evolução dos programas de melhoria da qualidade implantados e do progresso da qualidade como um todo (Parente & Loureiro, 1998).

Ao longo do tempo, as organizações de assistência à saúde foram se defrontando com diversas modificações, não só por força da evolução da própria ciência médica, mas também por transformações culturais, sociais e económicas. No contexto atual, pode destacar-se como uma mutação mais significativa o facto dos cuidados de saúde passarem a ser considerados produtos, e portanto, passíveis das exigências da qualidade. Por outro lado, com a expansibilidade da oferta privada e por força da competitividade própria do mundo capitalista, esta exigência tem vindo a tornar-se cada vez mais notória, até mesmo no sector público em que os cidadãos começam a perceber a qualidade como um direito social (Pereira, 2013).

Como consequência desenvolveram-se programas de garantia da qualidade nos serviços de saúde a partir do início da década dos anos 80. Na prática, foi se consolidando uma maior preocupação por considerações referentes a custos e recursos dos serviços, que puseram em primeiro plano a avaliação custo-efetividade. No entanto, esta tem vindo a revelar-se eficiente, continuando com o andar do tempo, e até hoje, a manter-se a utilização deste procedimento. De acordo com as diversas experiências internacionais e nacionais a vertente da qualidade deve ser consagrada como elemento-chave do processo avaliativo. A não implementação de tais procedimentos poderá levar o sistema de saúde a incorrer em erros ou falhas que, por não serem perceptíveis no tempo oportuno, impossibilite a revisão e os



devidos ajustes para o bom desenrolar do programa da saúde (Sarapioni & Silva, 2010).

Levando em conta que este procedimento afeta e abrange todos os intervenientes que de alguma forma integram a organização, assumindo assim um carácter transversal, a satisfação do cliente, a prevenção dos problemas e principalmente a melhoria contínua, são os valores que maior importância tomam.

Desta forma, a Gestão da Qualidade Total surge como um meio necessário para alcançar os objetivos a que a empresa se propõe, como custos baixos, aumento de vendas ou desenvolvimento de vantagens competitivas (Sofia & Riço, 2013).

Martins & Lopes (2012), descrevem então, os quatro grandes tipos de dificuldades que têm impedido as organizações de evoluírem no sentido da gestão do potencial de inovação e conhecimento dos seus quadros.

A 1ª dificuldade prende-se com a própria exiguidade do mercado de talentos individuais e com a diferenciação das organizações, a fim de tirar partido das necessidades de intra-empresendedorismo e de agilizar as estruturas, bem como de responder mais eficazmente às mudanças de contexto.

A 2ª dificuldade está associada às necessidades de organizar o trabalho em equipas semiautónomas ou mesmo autónomas, que são tão necessárias para flexibilizar a produção como são difíceis de organizar. Este capital de equipa ou capital social das organizações, como alguns autores lhe chamam, é indispensável, dada a sua condição de espaços, de explicitação do conhecimento tácito dos indivíduos.

A complexidade da agilização de rotinas constitui a 3ª grande dificuldade da gestão das organizações, tornando-as frequentemente pesadas máquinas burocráticas. Os gestores e os quadros das organizações têm, em geral, poucas possibilidades às possibilidades de inovações incrementais através do questionamento das rotinas.

A última grande dificuldade origina da grande complexidade das organizações em ganhar a confiança dos clientes e em fidelizá-los, através do tratamento de informação resultante das suas reações ao serviço prestado. A falta de investimento em qualidade e na notoriedade das marcas, completam o quadro de dificuldade.

Focando-se na filosofia fundamental de satisfação dos clientes à redução de custo para a organização, na Gestão da Qualidade Total é essencial mobilizar todos os recursos humanos, uma vez que o conceito da qualidade engloba toda a empresa, todas as suas áreas e departamentos, incluindo a gestão do topo e a própria tecnologia uma vez que está relacionada no bom desempenho das organizações (Hartman, *et al.* 2002).

Foi assim destinado a definir a forma como os princípios gerais de GQT poderia ser mais desenvolvido dentro das organizações, e por onde começar com nova atividades para desenvolver práticas da qualidade. Foi definida então como “modo de gestão de uma organização, centrado na qualidade, baseado na participação de todos os seus membros e visando o sucesso a longo prazo através da satisfação dos clientes e de benefícios para todos os membros da organização e para a sociedade” (Parente & Loureiro, 1998 pág. 980).

A gestão de qualidade pode ser descrita por conceitos, instrumentos e técnicas utilizadas neste campo. Os seguintes conceitos e instrumentos da GQT foram tomadas como ponto de partida, apontadas para as organizações. Porém, Wiele (1995), aponta os aspectos da gestão da qualidade que foram tomados como questões gerais que são tidos como pontos de partida para o desenvolvimento de novas atividades de gestão da qualidade nas organizações:

- **Transparência da organização:** Transparência tem a ver com a visibilidade dos processos na organização. Os funcionários sabem do processo de funcionamento da organização? A comunicação efetuada na organização é transparente, e quem está envolvido neste processo?

- **Envolvimento:** Os funcionários estão envolvidos na tomada de decisões e atividades dentro da organização? Será que a administração faz o uso do conhecimento dos seus funcionários? Os funcionários são informados do que está a acontecer na organização?



- **Desdobramento da Função Qualidade (orientação para o cliente):** A organização ouviu o cliente ou clientes? Há um grupo organizacional para a cooperação entre a organização e seus clientes?

- **Implantação de política de qualidade:** A política de qualidade integrada na missão e negócio estratégica é comunicada a todas as partes interessadas? A política de qualidade é aceite pelos empregados?

- **Comunicação:** Há fluxos de informação e comunicação estruturada? Tem havido atenção à comunicação vertical (de cima para baixo e de baixo para cima), comunicação horizontal (entre as unidades organizacionais) e comunicação com o ambiente externo?

Assim, à medida que a competição entre as organizações aumenta, o cliente torna-se cada vez mais exigente e crítico em relação aos serviços prestados. Ou seja, os padrões de qualidade de atendimento estabelecidos pelo mercado estão cada vez mais severos.

Na tentativa de evitar que a prestação de serviços seja fornecida com má qualidade (Freitas, 2005), sugere quatro procedimentos que devem ser implementados pelas organizações:

- Desenvolver instrumentos de pesquisa para entender as reais necessidades e expectativas dos utentes;
- Transformar as necessidades e expectativas dos utentes em projetos de serviço que possam realmente atender;
- Transformar o projeto em especificações adequadas de serviço ou padrões que possam ser implementados;
- Prestar os serviços em conformidade com as especificações estabelecidas; e não criar expectativas que não possam ser atendidas ou realizadas.

Num certo sentido, Martins & Lopes (2012), relatam que vale a pena dar atenção à qualidade se houver preocupação por parte das pessoas relativamente à mesma. Sugerem que a atenção pela qualidade é importante pelas seguintes três razões principais:

- **Importante para os utentes:** Os utentes dos serviços não só beneficiam diretamente se as suas exigências forem respondidas eficientemente, como ainda indiretamente sentirem-se com alguma confiança de que, numa próxima chance em que o visitem, voltam a ser bem atendidos. Logo, não só os utentes dos serviços, mas também os seus familiares estão muitas vezes angustiados, 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 dos alojamentos. Logo, tudo que possa ser realizado para moderar estes sentimentos e melhorar a qualidade das suas experiências será bem recebida. Quando se encontra em bom estado de saúde, pode enfrentar a longa fila de espera de supermercado, os chuveiros avariados no centro desportivos e a atitude condescendente do gerente do banco; tudo imagem de fraca qualidade noutras organizações de serviços. No entanto, quando precisa de tratamento ou de cuidados, não está com estado de espírito para tolerar ou enfrentar um mau serviço e o seu apreço pelos bons serviços que recebeu no passado é agora maior.

- **Importante para os colaboradores:** 90% dos trabalhadores que trabalha nas unidades de saúde e dos serviços sociais tem um autêntico desejo e comprometimento em cuidar daqueles que carecem, e sacrificam muitas vezes outras oportunidades onde poderiam ganhar mais dinheiro e ter melhores horários de trabalho. Se um serviço não estiver devidamente organizado, o pessoal terá maiores dificuldades em prestar o nível de cuidados que gostaria, ficando frustrado e desmotivado. Porém, um plano bem concebido tendo como foco a melhoria da qualidade, responsabilizando o pessoal no sentido de poderem decidir o que há para fazer e apoiando-os depois nos seus esforços de melhoria contínua da qualidade, é um percurso a seguir nesta enroscada. Os benefícios para a empresa e para os seus colaboradores manifestar-se-ão naturalmente em:

- 1) Maior satisfação profissional;
- 2) Menos frustração;
- 3) Maior sensação de valia individual à medida que a credibilidade do seu

departamento aumenta na sociedade;

4) Melhoria na interação dos doentes e dos utentes dos serviços.

- **Importante na redução dos custos:** Não é trabalhoso persuadir a sociedade de que a melhor qualidade é bom tanto para o utente como para os colaboradores. Será menos fácil persuadi-los de que a melhor qualidade ajuda também a poupar o dinheiro, como por exemplo: o caso de uma empresa fabricante de aquecedores elétricos que tem, em média, 4% dos seus produtos defeituosos. Se não melhorar a qualidade dos seus processos base, terá de empregar equipas de verificadores para recolherem os aquecedores elétricos com defeito. Pode acontecer terem de receber aquecedores devolvidos por clientes insatisfeitos, ocorrendo em custos de transporte, custos de reparação e de substituição. Mais relevante ainda, talvez seja o facto de a empresa adquirir uma fraca reputação e poucas pessoas no futuro irão adquirir os seus aquecedores. Toda esta sequência é suficiente para uma empresa desaparecer do mercado. Logo, se a qualidade tivesse sido logo implementada no início quando a empresa foi criada, o custo extra de obter melhor qualidade teria sido menor e a empresa teria tido uma vantagem competitiva tanto em termos de qualidade, como em termos de custos.

Nas unidades de saúde, as medidas de qualidade devem ser desenvolvidos e implementados com rigor mantendo a boa realização da pesquisa clínica, o equilíbrio entre a viabilidade e a precisão. Pois, o efeito e os custos de fazer as coisas mal feitas é maior, ter que voltar a fazer, voltar a verificar, lidar com dúvidas, atender reclamações e prescindir de pagamentos podem estar descartados porque a essa altura já se dá a possibilidade de perder uma vida. No entanto, a qualidade para além de eliminar os custos desnecessários, consiste na segurança dos utentes e de outros clientes (Curtis, *et al.* 2006).

Assim, a Gestão da Qualidade Total Apelidada, (GQTA), é definida como uma forma de gestão próspera em que a empresa leva a cabo um esforço para garantir a qualidade a todos os níveis da mesma, sendo a sua aplicação muito mais vasta e ampla do que assegurar a qualidade do produto ou serviços prestado. Com o objetivo de fazer de forma positiva a primeira, a GQT que é uma forma de gerir pessoas e processos de negócios, para assegurar a completa satisfação dos clientes/consumidores durante todos os processos internos ou externos, aliados a uma liderança eficaz, que desempenha um papel fundamental na motivação dos profissionais e na conquista das metas (Sofia & Riço, 2013).



Logo medir os serviços de cuidados de saúde sucede na prestação de cuidados de alta qualidade em que requer um sistema de avaliação contínua. Desta feita, nos focalizaremos em várias dezenas de indicadores de qualidade que são utilizados nas UCI, no entanto será dada especial cuidado aqueles cuja análise resulta mais diretamente numa melhor gestão e otimização dos recursos ao dispor de uma destas unidades, com algum destaque para os recursos financeiros (Leemans, *et al.* 2014).

2.1.5. Indicadores Fundamentais na UCI

A melhoria da qualidade é uma atividade prioritária para todos os membros da equipa de cuidados intensivos, porém, os indicadores podem ser usados para avaliar a qualidade de serviços e não só, eles são medidas qualitativas e quantitativas que avaliam desempenhos, detetam problemas e norteiam a solução. Os antecedentes e efeitos de sistemas de gestão da qualidade, deficiências metodológicas em estratégias de medição e uso limitado de dados sobre os resultados dos utentes na avaliação da eficácia das estratégias, podem ser empregados em qualquer aspeto da cadeia de assistência: pessoas, processos, equipamentos e nas próprias instituições em si (Secanell, *et al.* 2014).

Da vasta lista elaborada, compreende-se que a maior parte está fora do âmbito deste trabalho, no entanto, e caso fosse necessário, seria de alguma forma fácil relacionar estes indicadores com os processos estatísticos utilizados para a determinação de custos, de utilização do pessoal ou ainda de orçamentos para o bom funcionamento da UCI. É nesta fase e neste ponto de toda a estrutura da UCI que o trabalho desenvolvido poderá ser de fundamental importância, pois, tal como já foi referido anteriormente, ter à disposição uma ferramenta que permita cruzar e analisar o imenso volume de dados é uma grande ajuda para chegar a conclusões mais precisas (Silva, 2012).

Quadro 1 – 20 Indicadores fundamentais

Indicadores fundamentais	Grupo ou especialidade
Administração precoce de ácidoacetilsalicílico em síndrome coronária aguda	Cuidados cardíacos e reanimação
Primeiras técnicas de repercussão em enfartes do miocárdio	Cuidados cardíacos e reanimação
Posição de decúbito dorsal em doentes com ventilação mecânica invasiva	Insuficiência respiratória aguda
Prevenção de tromboembolismo	Insuficiência respiratória aguda
Intervenção cirúrgica em doentes com traumatismo craniano e hematoma subdural ou epidural	Cuidados neuro-intensivos e traumatologia
Monitorização de pressão intracranial em doentes com traumatismo craniano grave	Cuidados neuro-intensivos e traumatologia
Pneumonia associada a ventilação mecânica	Doenças infecciosas
Gestão precoce de sepses severa / choque séptico	Doenças infecciosas
Nutrição entérica precoce	Metabolismo e nutrição
Profilaxia contra hemorragia gastrointestinal em doentes com ventilação mecânica	Metabolismo e nutrição
Sedação apropriada	Sedação e analgesia
Gestão da dor em doentes não sedados	Sedação e analgesia
Transfusão inapropriada de células sanguíneas vermelhas	Componentes sanguíneos
Dadores de órgãos	Transplantes
Observação dos protocolos de lavagem de mãos	Enfermagem/Fisioterapia
Informação à família do doente na UCI	Bioética
Retenção e remoção de suporte de vida	Bioética
Realização do inquérito de qualidade aquando da alta na UCI	Planeamento, organização
Sobrecarga do profissional de saúde	Planeamento, organização
Registo de eventos adversos	Planeamento, organização

Fonte: Adaptado de Silva, 2012

Face ao exposto, Curtis, *et al.* (2006), descreveu os passos para cuidar programas de melhoria da qualidade na UCI:

- a) Identificar o grau de motivação dos trabalhadores, apoiar o trabalho em equipa e desenvolver uma forte liderança;
- b) Priorizar potencial projetos e escolher o primeiro alvo;
- c) Operacionalizar as medidas, construir o apoio para o projeto e desenvolver um plano de negócios;
- d) Executar uma varredura ambiental para entender melhor o problema, potenciais barreiras, oportunidades e recursos para o projeto;
- e) Criar um conjunto de dados sistema de coleta que mede com precisão o desempenho de linha de base e melhorias futuras;
- f) Criar um sistema de comunicação de dados que permite os médicos e outros entender eventuais problemas;
- g) Introduzir estratégias eficazes para mudar o comportamento clínico.

Além disso, o mesmo autor (2006), identifica quatro etapas para avaliar e manter este programa:

- a) Determinar se o alvo está mudar com a periódica coleta de dados;
- b) Modificar estratégias de mudança de comportamento para melhorar ou manter melhorias;
- c) Concentrar-se na colaboração interdisciplinar;
- d) Desenvolver e manter o apoio da liderança na área.

2.1.6. Perfil do Trabalhador de Qualidade na UCI

Avaliação da qualidade dos cuidados de saúde torna-se cada vez mais importante para as diferentes partes interessadas, tais como os prestadores de cuidados de saúde, e compradores de cuidados de saúde em resposta a demandas crescentes para garantir a transparência, o controlo dos custos e reduzir as variações na prática clínica. Porém, o desempenho hospitalar e o envolvimento dos trabalhadores é um campo inovador, muitos projetos já estão operacionais nos países da Europa e em todo o mundo (Groene, *et al.* 2008).

Uma vez que as UCIs são das áreas hospitalares com mais requisitos no que concerne a custos e utilização de recursos. Aqui, a cada hora são tomadas decisões que afetam não só o futuro do doente, como da própria unidade. Estas unidades hospitalares serão, provavelmente, o local onde é gerado o maior número de dados por doente por dia, e a utilização de um Sistema de Informação (SI) eficaz e eficiente pode facilitar a sua gestão e interpretação. Uma UCI é uma unidade que requer um tratamento especial em termos tecnológicos devido às consequências que uma decisão errada pode acarretar, pois as suas necessidades e hábitos são diferentes da maioria das restantes unidades hospitalares e a integração e interpretação dos dados recolhidos é, cada vez mais, um desafio devido à variedade de sistemas e tipos de informação existentes. Cada funcionário precisa ser um agente de mudança, comprometido com a melhoria incessante e com o alcance do objetivo coletivo. Uma vez que a qualidade é entendida como um padrão que deve ser desejado e buscado por todos os indivíduos na empresa, só é possível alcançá-la se houver um esforço global e um empenho individual pela máxima satisfação dos utentes, sejam eles internos ou externos (Silva, 2012).

De acordo com Ribeiro (2006a), o trabalhador de qualidade está delimitado por três características principais: (1) a responsabilidade que está vinculada à atitude que antecede a ação; (2) a colaboração que está relacionada à ação propriamente dita; e (3) a responsabilidade aos resultados vindos da ação. A responsabilidade está ligada à motivação dos indivíduos, ou seja, há um impulso interno que a leva agir espontaneamente ao alcance do objetivo. O funcionário de qualidade deve estar comprometido com a visão da qualidade da organização, com seus clientes internos e externos e com o sucesso da empresa. A participação, por sua vez, envolve tanto a busca de soluções para os problemas relacionados ao próprio trabalho quanto a geração de ideias que resultem numa melhoria contínua da empresa. Já a responsabilidade pelo próprio trabalho é entendida como auto controle, autodisciplina e autogestão. Um trabalhador responsável preocupa-se frequentemente com os resultados das suas atuações, buscando o feedback contínuo para o seu próprio aperfeiçoamento.

Segundo Campos, *et al.* (2010), a complexidade do conceito de qualidade pode, de alguma forma, tornar-se mais explícita, se identificarmos quais as principais dimensões englobadas, as quais permitem discriminar melhor as áreas de intervenção. Porém, toda a iniciativa para melhorar a qualidade na UCI, tem como ponto de partida a compreensão do que se entende por qualidade. Sem esse entendimento, será impossível projetar as intervenções e medidas usadas para melhorar os resultados. Uma UCI deve procurar fazer melhoria em onze áreas ou dimensões da qualidade que requerem que os cuidados da saúde sejam:

-Eficazes: cuidados de saúde prestados com base em conhecimentos científicos, tendo como consequência melhores resultados para os utentes e para as comunidades que beneficiam desses cuidados, alicerçados nas necessidades, ou seja, atingir o grau em que uma determinada intervenção produz efeitos desejados;

-Eficiente: cuidados de saúde praticados de uma forma que maximiza a utilização dos recursos e evita o desperdício, tais como resíduos de equipamentos, materiais e energia, ou seja, o grau em que os objetivos são atingidos através da minimização da utilização de recursos;

-Acessíveis: cuidados de saúde oportunos (tempos de espera e atrasos prejudiciais reduzidos), geograficamente razoáveis e num cenário onde as competências e os recursos são apropriados às necessidades, ou seja, Inexistência de barreiras económicas e administrativas;

-Acessíveis/centrados no doente: cuidados de saúde que tenham em consideração as preferências e valores individuais dos utentes e as culturas das suas comunidades;

-Equitativo: cuidados de saúde que não variam em qualidade por questão relacionada com as características pessoais, como o sexo, a raça, a etnia, a localização geográfica ou as condições socioeconómicas, ou seja, a prestação de cuidados aos utentes de acordo com as suas necessidades sem discriminação;

-Adequação: Grau de conformidade dos cuidados prestados às necessidades dos utentes de acordo com o estado da arte;



-Segurança: cuidados de saúde que minimizam os riscos e danos para utilizadores, ou seja, ausência de danos não necessários real ou potencial, provocados pelos cuidados de saúde;

-Oportunidade: é a possibilidade de o utente receber os cuidados que necessita de acordo com o tempo clinicamente aceitável para a sua condição;

-Cuidados centrados no doente: dimensão da qualidade que garante que as decisões relacionadas com a prestação e organização de cuidados têm como principais critérios o interesse dos utentes, suas expectativas, preferências e valores;

-Continuidade: é a garantia de que não há interrupções no processo de assistência do utente entre diferentes níveis;

-Respeito: são formas como os profissionais de saúde correspondem aos direitos dos utentes de acordo com a sua identidade.

Segundo Lima (2007), A eficiência e eficácia no atendimento à saúde numa instituição hospitalar, requisitou a criação e implantação de um instrumento de gestão nas organizações que aprovasse compor e padronizar os processos de trabalho, disponibilizar recursos de saúde e de assistência referentes a esses processos internos, assim como caracterizar cada tipo de procedimento e recursos instalados ou estabelecidos.

2.2. SISTEMAS DA QUALIDADE EM HOSPITAIS

2.2.1. Modelos e agências de reconhecimento formal da qualidade

Em 1979 é criado o Sistema Nacional de Saúde Português e em 1982 é instituída a Carreira Médica de Clínica Geral. Na segunda parte da década de 1990 aparecem as primeiras estratégias de saúde explícitas que refletem alguma preocupação com a política de desenvolvimento das profissões de saúde. Posteriormente começa a incorporação de Portugal na então Comunidade Económica Europeia (CEE), assim como a rápida transformação da sociedade, ocasionaram a criação de um conjunto de medidas que possibilitasse o surgimento de uma estrutura nacional que enquadrasse e sustentasse as necessidades do processo da qualidade. Surge, assim, o SPQ que consagra um conjunto de entidades que constituem as estruturas institucionais de apoio ao desenvolvimento permanente da qualidade (Biscaia, *et al.* 2003).

Do ponto e vista histórico, o conceito de certificação das organizações de saúde surge por impulso do programa de padronização hospitalar, criado por Abraham Flexner em 1920, que veio dar origem à JCAHCO, considerada hoje uma das maiores organizações de reconhecimento formal da qualidade em saúde a nível internacional, tendo atribuído certificado a mais de 80% dos hospitais nos Estados Unidos de América. Mais tardiamente, a expansão mundial deste organismo faz aparecer a Joint Commission International (JCI), para dar conta da necessidade internacional de criação de normas da qualidade para a saúde, com condições que fossem aplicados a diferentes organizações (Pereira, 2013).

As exigências da JCI para hospitais dividem-se em normas centralizadas no doente e em normas relacionadas com a gestão das organizações da saúde. O primeiro conjunto de normas incluindo os seguintes grupos de requisitos: 1) Objetivo internacional de segurança do doente, 2) acesso aos cuidados de saúde, 3) direitos do doente e família, 4) avaliação dos doentes, 5) cuidado prestado aos doentes, 6) anestesia e cuidados cirúrgicos, 7) gestão e uso de medicação e 8) educação do doente e família. As regras das organizações de saúde são compostas pelos seguintes eixos de avaliação: 8) melhoria da qualidade e segurança do doente, 9) prevenção e controlo de infeções, 10) qualificação e educação dos profissionais e 11) gestão da informação e comunicação. (JCI, 2010).

Em seguida, na década de 80, focalizando-se sobretudo no contexto hospitalar, este organismo desenvolve sistemas de auditorias para organizações de saúde, com o nascimento da Health Quality Service (HQS), que hoje é chamada de Caspe Healthcare Knowledge Systems (CHKS), acompanhadas de outras redes internacionais também promotoras de qualidade em saúde como: ACSA (Agencia de calidad Sanitaria de Andalucia), e (ISQua) International Society for Quality in Health Care (PNS, 2012).

No contexto atual, para atender às particularidades das estruturas organizacionais das configurações de serviços, leis, cultura e práticas, a CHKS aproximou os seus programas de reconhecimento da qualidade a modelos mais genéricos, como o modelo de excelência European Foundation for Quality Management (EFQM) e os requisitos da norma International Organization for Standardization 9001 (ISO 9001).

2.2.2. Breve contextualização da certificação da qualidade

A qualidade em Portugal está lícita e institucionalmente enquadrada no âmbito do SPQ, que tem a sua origem em 1983 com a publicação do DL nº 165/83, de 27 de Abril. Dez anos mais tarde constata-se uma revisão deste diploma legal, com a publicação do DL nº 234/93, de 2 de Julho. Em 2002 é adotado, em Portugal, um novo quadro institucional da qualidade, com a publicação do DL nº 4/2002, de 4 de Janeiro. A publicação do DL nº 140/2004, de 8 de Junho, insere inovações ao SPQ, fortalecendo a atuação do IPQ como organismo gestor e coordenador do SPQ, tornando o SPQ mais ágil e funcional. Com este DL é criado o IPAC, resultante de imperativos comunitários, conduzindo à saída da esfera do IPQ as atribuições no âmbito da acreditação ou reconhecimento da competência técnica dos agentes de avaliação da conformidade atuantes no mercado (Ribeiro, 2006b).

A aderência é voluntária, visto que cada entidade é autónoma de aderir, ou não, ao SPQ; a aplicação geral do SPQ, apresenta uma aplicabilidade aos diferentes áreas de atividade; e por último, o princípio da abertura, que resulta da possibilidade de qualquer entidade poder integrar o sistema, desde que demonstre cumprir as exigências estabelecidas. Os mesmos processos e padrões subjacentes de acreditação devem ser concebidos no que diz respeito às necessidades e expectativas de cada Nação. Estes serão adequados pelo sistema de saúde, regras nacionais e exigências culturais, sociais, políticas e religiões. Como sempre,

uma vez que o negócio principal dos sistemas de saúde é muito semelhante em todos os países, há uma probabilidade de estar à aprender com os sistemas existentes especialmente aqueles que são relativamente bem estabelecidos (Tabrizi, *et al.* 2011).

2.2.3. Aplicação de modelos de reconhecimento formal da qualidade

Por estímulo da estratégia e organismos nacionais oficializados, mas também pela propagação consequente dos organismos internacionais já frisados, a disseminação do movimento do reconhecimento formal da qualidade das organizações de saúde foi deixando marcas quase em todo mundo, sendo atualmente um fenómeno globalizado. Assim, Acreditação dos sistemas de cuidados de saúde é cada vez mais visto como uma abordagem para assegurar as normas de saúde, tanto do sistema público e privado de financiamento e prestação de cuidados de saúde. Em países onde os cuidados de saúde é em grande parte não financiada pelo governo, é visto como uma abordagem de leve toque para garantir a qualidade e segurança dos prestadores. Em sistemas com financiamento público, ele é visto como uma forma de fornecer uma garantia independente de qualidade (Tabrizi, *et al.* 2011).

2.2.4. Modelo Joint Commission International

Tal como já foi referido acima, a JCI dispõe de elementos internacionais com metas de Segurança do doente e metas de Melhoria Padrão de Comunicação Eficaz (JCI, 2010):

Metas de Segurança do doente:

- Os doentes são identificados utilizando dois identificadores do doente, não incluindo o uso de número quarto do doente ou de localização.
- Os doentes são identificados antes de administrar qualquer fármaco, sangue ou mesmo derivados da hemoglobina.
- Os doentes são identificados antes de tomar sangue e outras amostras para testes clínicos.
- Os doentes são identificados antes dos tratamentos e procedimentos.
- As políticas e procedimentos de apoio à prática consistente em todas as situações e locais.

Melhoria Padrão de Comunicação Eficaz:

A organização desenvolve uma abordagem para melhorar a eficácia da comunicação entre os cuidadores nos seguintes: uma comunicação eficaz, que é oportuna, precisa, completa e inequívoca, e compreendida pelo destinatário, reduz erros e resultados na melhoria da segurança do doente. A comunicação pode ser eletrônica, verbal ou escrita. A maioria das comunicações passíveis de erros são ordens de atendimento ao doente e aquelas fornecidas verbalmente dada por telefone telecomunicações, quando permitido sob as leis e regulamentos locais. Outra comunicação propenso a erros é o relatório de volta dos resultados dos testes críticos, como o laboratório clínico, telefonar para a unidade de cuidados do doente para relatar os resultados de um teste.

2.2.5. Modelo International Organization for Standardization

ISO é uma organização não-governamental fundada em 1947, em Genebra, e hoje presente em cerca de 189 países. A sua função é a de promover a normatização de produtos e serviços, para que a qualidade dos mesmos seja permanentemente melhorada. Em termos do seu conteúdo, a norma ISO 9001, a mais frequentemente adotada para a certificação na saúde, assenta nos seguintes princípios base: 1) foco no cliente, 2) liderança, 3) envolvimento das pessoas, 4) abordagens por processos, 5) abordagens de gestão como um sistema, 6) melhoria contínua, 7) abordagens a tomada de decisões baseadas em factos e 8) relações mutuamente benéficas com fornecedores (Pereira, 2013).

Segundo a ISO (2012), o modelo é aplicado tipicamente com o foco no cliente, na liderança, no envolvimento de pessoas, no processo de abordagens, nas abordagens para o sistema de gestão, melhoria contínua, abordagens factuais para tomadas de decisões e nas relações com os fornecedores. Segue-se então a descrição dos mesmos:

2.2.5.1. Modelo aplicado tipicamente com o foco no cliente

Tem como principais benefícios: 1) aumento das receitas e quota do mercado obtida através de respostas flexíveis e oportunidade de mercado, 2) aumento da eficácia no uso dos recursos da organização para melhorar satisfação do cliente, 3) melhoria da lealdade do

cliente levando a repetir o negócio. Por outro lado leva a: 4) investigar e alcançar as necessidades e expectativas dos utente, 5) certificar-se que as metas da organização estão ligadas às necessidades e expectativas dos utente, 6) comunicar as necessidades e expectativas dos utente em toda empresa, 7) medir a satisfação do utente e agir sobre os resultados, 8) gerir sistematicamente o relacionamento e aproximação com utente, 9) promover e garantir uma abordagem equilibrada e satisfatória dos clientes e outras partes interessadas.

2.2.5.2. Modelo aplicado tipicamente com o foco na liderança

Tem como principais benefícios: 1) os funcionários vão entender e ser motivados para metas e objetivos da organização, 2) as tarefas são avaliadas, alinhadas e implementadas de forma unificada, 3) a falha de comunicação entre os níveis de uma organização será minimizado. Por outro lado leva: 4) em consideração as necessidades de todas as partes interessadas, incluindo clientes/utente, proprietários, funcionários, fornecedores, comunidades locais e sociedade como um todo, 5) criar e estabelecer uma visão clara do futuro da empresa, 6) estabelecer objetivos e metas desafiadoras, 7) cria e mante valores compartilhados, justiça e modelos éticos em todos os níveis da organização, 8) estabelecer a confiança e eliminar o medo, 9) fornecimento de pessoas com os recursos necessários, treinamento e liberdade para agir com responsabilidade e prestação de contas, 10) inspira, incentiva e reconhece contribuições dos funcionários.

2.2.5.3. Modelo aplicado tipicamente com o foco no envolvimento de pessoas

Benefícios em: 1) pessoas motivadas, comprometidas e envolvidas dentro da organização, 2) inovação e criatividade na promoção e nos objetivos da organização, 3) levar as pessoas ser responsável por seu próprio desempenho, 4) As pessoas ansiosas a participar e contribuir com a melhoria contínua. Por outro lado: 5) levar as pessoas a compreender o quanto é importante da sua contribuição e papel na empresa, 6) pessoas que identificam as restrições ao seu desempenho, 7) pessoas que aceitam a propriedade dos problemas e sua responsabilidade para soluçona-los, 8) pessoas à avaliar o seu desempenho contra os seus objetivos e metas pessoais, 9) pessoas a buscar oportunidades para melhorar sua competência, conhecimento e experiência, 10) pessoas a compartilhar livremente conhecimentos e experiências e 11) pessoas que discutem abertamente problemas e questões.

2.2.5.4. Modelo aplicado tipicamente com o foco nos princípios de abordagem de processos

Tem como principais benefícios: 1) custos mais baixos e tempos de ciclo mais curtos através de uma utilização eficaz dos recursos, 2) melhoramento, resultados consistentes e previsíveis, 3) focada e oportunidades de melhoria priorizadas. Por outro lado leva a: 4) definir de uma forma sistemática as atividades necessárias para se obter um resultado desejado, 5) estabelecimento de responsabilidade e prestação de contas clara para o gerenciamento de atividades-chave, 6) analisar e medição da capacidade de atividades-chave, 7) identificar as interfaces de atividades-chave dentro e entre as funções da organização, 8) focalizando os fatores - tais como recursos, métodos, materiais e - que irá melhorar atividades-chave na empresa, 9) avaliar riscos, consequências e impactos de atividades em clientes, fornecedores e outras partes interessadas.

2.2.5.5. Modelo aplicado tipicamente com o foco nos princípios de abordagem sistêmica para a gestão

Tem como principais benefícios: 1) incorporação e alinhamento dos processos que alcança melhor os resultados desejados, 2) habilidade e capacidade de concentrar esforços nos processos-chave, 3) fornecimento de confiança às partes interessadas quanto à coerência, eficácia e eficiência da empresa. Por outro lado leva a: 4) estruturação de um sistema para alcançar os objetivos da empresa de forma mais eficaz e eficiente, 5) compreender as interdependências entre os processos do sistema, 6) estruturar abordagens que se harmonizam e integrar processos, 7) oferecer um melhor entendimento dos papéis e responsabilidades necessárias para alcançar objetivos comuns e reduzindo assim multifuncional barreiras, 8) segmentação e definição de atividades específicas como um sistema deve operar, 9) aperfeiçoar incessantemente o sistema através da medição e avaliação.

2.2.5.6. Modelo aplicado tipicamente com o foco nos princípios de melhoria contínua

Tem benefícios: 1) no benefício de desempenho através de uma melhor capacidade empresarial, 2) alinhamento das atividades de melhoria em todos os níveis de intenção estratégica de uma empresa, 3) flexibilidade para reagir rapidamente às oportunidades. Por outro lado leva a: 4) consagrar às pessoas com treinamento nos métodos e ferramentas de melhoria contínua, 5) tornar a melhoria contínua de produtos, processos e sistemas de um objetivo para cada indivíduo na empresa, 6) estabelecer metas para guiar e controlar medidas para, melhoria contínua e 7) reconhecer melhorias.

2.2.5.7. Modelo aplicado tipicamente com o foco nos princípios abordagem factual para tomada de decisões

Presta benefícios: 1) nas decisões informadas, 2) no aumento da capacidade de demonstrar a eficácia das decisões passadas através da referência e registos factuais, 3) aumento da capacidade de avaliar, desafio e alterar opiniões e decisões. Por outro lado leva a: 4) assegurar que os dados e informações são suficientemente precisas, confiáveis e seguros, 5) dados acessíveis para aqueles que precisam dele, 6) analisar dados e informações através de métodos válidos, 7) tomar decisões equilibradas e agir com base em factos análise, com experiência e intuição.

2.2.5.8. Modelo aplicado tipicamente com o foco nos princípios das relações com os fornecedores

Têm benefícios: 1) no aumento da capacidade de criar o valor para ambas as partes, 2) flexibilidade e velocidade de respostas conjuntas a necessidade de mudança e expectativas do mercado ou do cliente, 3) otimização de custos e recursos. Por outro lado leva a: 4) estabelecer relações de equilíbrio e ganhos com considerações de longo prazo, 5) criar parcerias a fim de partilhar conhecimentos e recursos, 6) identificar e seleccionar os principais fornecedores, 7) comunicação e interação estável, clara e aberta, 8) compartilhar planos de futuras informações, 9) estabelecimento de desenvolvimento e melhoria nas atividades, 10) motivar, incentivar e reconhecer melhorias e conquistas por parte dos fornecedores.



2.2.5.9. Compatibilidade com outros sistemas de gestão

Para melhorar a compatibilidade das duas normas em benefício da comunidade utilizadora, durante o desenvolvimento desta Norma internacional, foram tidas em considerações da ISO 14001:2004. Esta Norma não abrange requisitos específicos a outros sistemas de gestão, tais como particulares de gestão ambiental, gestão de segurança e saúde no trabalho, gestão financeira ou gestão de riscos. Todavia, esta Norma permite que uma organização alinhe ou integre o seu próprio sistema de gestão da qualidade com requisitos de sistema de gestão relacionados. É possível uma organização adotar sistema de gestão existente de forma a estabelecer um sistema de gestão de qualidade que obedeça aos requisitos desta Norma (Norma Portuguesa, 2008). O anexo mostra a correspondência entre a ISO 9001:2008 e a ISO 14001:2004:

Tabela 2 - Correspondência entre a ISO 9001:2008 e a ISO 14001:2004

ISO 9001:2008		ISO 14001:2004	
Introdução (só o título)			Introdução
Generalidades	0.1		
Abordagem por processos	0.2		
Relacionamento com a ISO 9004	0.3		
Compatibilidade com outros sistemas de gestão	0.4		
Objectivo e campo de aplicação (só o título)	1	1	Objectivo e campo de aplicação
Generalidades	1.1		
Aplicação	1.2		
Referência normativa	2	2	Referências normativas
Termos e definições	3	3	Termos e definições
Sistema de gestão da qualidade (só o título)	4	4	Requisitos do sistema de gestão ambiental (só o título)
Requisitos gerais	4.1	4.1	Requisitos gerais
Requisitos da documentação (só o título)	4.2		
Generalidades	4.2.1	4.4.4	Documentação
Manual da qualidade	4.2.2		
Controlo dos documentos	4.2.3	4.4.5	Controlo dos documentos
Controlo dos registos	4.2.4	4.5.4	Controlo dos registos
Responsabilidade da gestão (só o título)	5		
Comprometimento da gestão	5.1	4.2 4.4.1	Política ambiental Recursos, atribuições, responsabilidades e autoridade
Focalização no cliente	5.2	4.3.1 4.3.2 4.6	Aspectos ambientais Requisitos legais e outros requisitos Revisão pela gestão
Política da qualidade	5.3	4.2	Política ambiental
Planeamento (só o título)	5.4	4.3	Planeamento (só o título)
Objectivos da qualidade	5.4.1	4.3.3	Objectivos, metas e programa(s)
Planeamento do sistema de gestão da qualidade	5.4.2	4.3.3	Objectivos, metas e programa(s)
Responsabilidade, autoridade e comunicação (só o título)	5.5		
Responsabilidade e autoridade	5.5.1	4.4.1	Recursos, atribuições, responsabilidades e autoridade
Representante da gestão	5.5.2	4.4.1	Recursos, atribuições, responsabilidades e autoridade
Comunicação interna	5.5.3	4.4.3	Comunicação
Revisão pela gestão (só o título)	5.6	4.6	Revisão pela gestão
Generalidades	5.6.1	4.6	Revisão pela gestão
Entrada para a revisão	5.6.2	4.6	Revisão pela gestão
Saída da revisão	5.6.3	4.6	Revisão pela gestão
Gestão de recursos (só o título)	6		
Provisão de recursos	6.1	4.4.1	Recursos, atribuições, responsabilidades e autoridade
Recursos humanos (só o título)	6.2		

(continuação)

Tabela 2 - Correspondência entre a ISO 9001:2008 e a ISO 14001:2004 (continuação)

ISO 9001:2008		ISO 14001:2004	
Generalidades	6.2.1	4.4.2	Competência, formação e sensibilização
Competência, formação e consciencialização	6.2.2	4.4.2	Competência, formação e sensibilização
Infraestrutura	6.3	4.4.1	Recursos, atribuições, responsabilidades e autoridade
Ambiente de trabalho	6.4		
Realização do produto (só o título)	7	4.4	Implementação e operação (só o título)
Planeamento da realização do produto	7.1	4.4.6	Controlo operacional
Processos relacionados com o cliente (só o título)	7.2		
Determinação dos requisitos relacionados com o produto	7.2.1	4.3.1	Aspectos ambientais
		4.3.2	Requisitos legais e outros requisitos
		4.4.6	Controlo operacional
Revisão dos requisitos relacionados com o produto	7.2.2	4.3.1	Aspectos ambientais
		4.4.6	Controlo operacional
Comunicação com o cliente	7.2.3	4.4.3	Comunicação
Concepção e desenvolvimento (só o título)	7.3		
Planeamento da concepção e do desenvolvimento	7.3.1	4.4.6	Controlo operacional
Entradas para concepção e desenvolvimento	7.3.2	4.4.6	Controlo operacional
Saídas da concepção e do desenvolvimento	7.3.3	4.4.6	Controlo operacional
Revisão da concepção e do desenvolvimento	7.3.4	4.4.6	Controlo operacional
Verificação da concepção e do desenvolvimento	7.3.5	4.4.6	Controlo operacional
Validação da concepção e do desenvolvimento	7.3.6	4.4.6	Controlo operacional
Controlo de alterações na concepção e no desenvolvimento	7.3.7	4.4.6	Controlo operacional
Compras (só o título)	7.4		
Processo de compra	7.4.1	4.4.6	Controlo operacional
Informação de compra	7.4.2	4.4.6	Controlo operacional
Verificação do produto comprado	7.4.3	4.4.6	Controlo operacional
Produção e fornecimento do serviço (só o título)	7.5		
Controlo da produção e do fornecimento do serviço	7.5.1	4.4.6	Controlo operacional
Validação dos processos de produção e de fornecimento do serviço	7.5.2	4.4.6	Controlo operacional
Identificação e rastreabilidade	7.5.3		
Propriedade do cliente	7.5.4		
Preservação do produto	7.5.5	4.4.6	Controlo operacional
Controlo do equipamento de monitorização e medição	7.6	4.5.1	Monitorização e medição
Medição, análise e melhoria (só o título)	8	4.5	Verificação (só o título)
Generalidades	8.1	4.5.1	Monitorização e medição
Monitorização e medição (só o título)	8.2		
Satisfação do cliente	8.2.1		
Auditoria interna	8.2.2	4.5.5	Auditoria interna
Monitorização e medição dos processos	8.2.3	4.5.1	Monitorização e medição
		4.5.2	Avaliação da conformidade

(continuação)

Tabela 2 - Correspondência entre a ISO 9001:2008 e a ISO 14001:2004 (conclusão)

ISO 9001:2008		ISO 14001:2004	
Monitorização e medição do produto	8.2.4	4.5.1	Monitorização e medição
		4.5.2	Avaliação da conformidade
Controlo do produto não conforme	8.3	4.4.7	Preparação e resposta a emergências
		4.5.3	Não conformidades, acções correctivas e acções preventivas
Análise de dados	8.4	4.5.1	Monitorização e medição
Melhoria (só o título)	8.5		
Melhoria contínua	8.5.1	4.2	Política ambiental
		4.3.3	Objectivos, metas e programa(s)
		4.6	Revisão pela Gestão
Acções correctivas	8.5.2	4.5.3	Não conformidades, acções correctivas e acções preventivas
Acções preventivas	8.5.3	4.5.3	Não conformidades, acções correctivas e acções preventivas

Fonte: Adaptado da Norma Portuguesa, 2008

Tabela 3 – Correspondência entre a ISO 14001:2004 e a ISO 9001:2008

ISO 14001:2004		ISO 9001:2008	
Introdução		0	Introdução (só o título)
		0.1	Generalidades
		0.2	Abordagem por processos
		0.3	Relacionamento com a ISO 9004
		0.4	Compatibilidade com outros sistemas de gestão
Objectivo e campo de aplicação	1	1	Objectivo e campo de aplicação (só o título)
		1.1	Generalidades
		1.2	Aplicação
Referências normativas	2	2	Referência normativa
Termos e definições	3	3	Termos e definições
Requisitos do sistema de gestão ambiental (só o título)	4	4	Sistema de gestão da qualidade (só o título)
Requisitos gerais	4.1	4.1	Requisitos gerais
		5.5	Responsabilidade, autoridade e comunicação (só o título)
		5.5.1	Responsabilidade e autoridade
Política ambiental	4.2	5.1	Comprometimento da gestão
		5.3	Política da qualidade
		8.5.1	Melhoria contínua
Planeamento (só o título)	4.3	5.4	Planeamento (só o título)
Aspectos ambientais	4.3.1	5.2	Focalização no cliente
		7.2.1	Determinação dos requisitos relacionados com o produto
		7.2.2	Revisão dos requisitos relacionados com o produto
Requisitos legais e outros requisitos	4.3.2	5.2	Focalização no cliente
		7.2.1	Determinação dos requisitos relacionados com o produto
Objectivos, metas e programa(s)	4.3.3	5.4.1	Objectivos da qualidade
		5.4.2	Planeamento do sistema de gestão da qualidade
		8.5.1	Melhoria contínua
Implementação e operação (só o título)	4.4	7	Realização do produto (só o título)
Recursos, atribuições, responsabilidades e autoridade	4.4.1	5.1	Comprometimento da gestão
		5.5.1	Responsabilidade e autoridade
		5.5.2	Representante da gestão
		6.1	Provisão de recursos
		6.3	Infraestrutura
Competência, formação e sensibilização	4.4.2	6.2.1	Generalidades (Recursos Humanos)
		6.2.2	Competência, formação e consciencialização
Comunicação	4.4.3	5.5.3	Comunicação interna
		7.2.3	Comunicação com o cliente
Documentação	4.4.4	4.2.1	Generalidades (Requisitos da documentação)
Controlo dos documentos	4.4.5	4.2.3	Controlo dos documentos

(continuação)

Tabela 3 – Correspondência entre a ISO 14001:2004 e a ISO 9001:2008 (conclusão)

ISO 14001:2004		ISO 9001:2008	
Controlo operacional	4.4.6	7.1	Planeamento da realização do produto
		7.2	Processos relacionados com o cliente (só o título)
		7.2.1	Determinação dos requisitos relacionados com o produto
		7.2.2	Revisão dos requisitos relacionados com o produto
		7.3.1	Planeamento da concepção e do desenvolvimento
		7.3.2	Entradas para concepção e desenvolvimento
		7.3.3	Saídas da concepção e do desenvolvimento
		7.3.4	Revisão da concepção e do desenvolvimento
		7.3.5	Verificação da concepção e do desenvolvimento
		7.3.6	Validação da concepção e do desenvolvimento
		7.3.7	Controlo de alterações na concepção e no desenvolvimento
		7.4.1	Processo de compra
		7.4.2	Informação de compra
		7.4.3	Verificação do produto comprado
		7.5	Produção e fornecimento do serviço (só o título)
		7.5.1	Controlo da produção e do fornecimento do serviço
		7.5.2	Validação dos processos de produção e de fornecimento do serviço
		7.5.5	Preservação do produto
Preparação e resposta a emergências	4.4.7	8.3	Controlo do produto não conforme
Verificação (só o título)	4.5	8	Medição, análise e melhoria (só o título)
Monitorização e medição	4.5.1	7.6	Controlo do equipamento de monitorização e de medição
		8.1	Generalidades
		8.2.3	Monitorização e medição dos processos
		8.2.4	Monitorização e medição do produto
		8.4	Análise de dados
Avaliação da conformidade	4.5.2	8.2.3	Monitorização e medição dos processos
		8.2.4	Monitorização e medição do produto
Não conformidades, acções correctivas e acções preventivas	4.5.3	8.3	Controlo do produto não conforme
		8.4	Análise de dados
		8.5.2	Acções correctivas
		8.5.3	Acções preventivas
Controlo dos registos	4.5.4	4.2.4	Controlo dos registos
Auditoria interna	4.5.5	8.2.2	Auditoria interna
Revisão pela Gestão	4.6	5.1	Comprometimento da gestão
		5.6	Revisão pela gestão (só o título)
		5.6.1	Generalidades
		5.6.2	Entrada para a revisão
		5.6.3	Saída da revisão
		8.5.1	Melhoria contínua

Fonte: Adaptado da Norma Portuguesa, 2008

2.2.6. Modelo da European Foundation For Quality Management

É o modelo mais disseminado, com uma fundação criada em 1988 por 14 presidentes de companhias internacionais, que saturnos considera mais um modelo de diagnóstico internacional. A EFQM está presente em alguns Países como a Hungria, Bélgica, Itália e Espanha. Porém, foi pela criação de prémios destinados a recompensar as organizações ou unidades funcionais de organizações, que mais se tenham evidenciado no âmbito da qualidade; temos como exemplos o Deming Prize instituído no Japão, o Malcolm Baldrige

Award nos EUA e o European Quality Award criado em 1992 pela EFQM (Campos, 2010).

Segundo Parente & Loureiro (1998), o modelo da EFQM tem como base nove critérios com valorizações diferentes agrupados em dois grandes grupos de igual valor, o das capacidades (50% ou 500 pontos) que baseia-se em: Liderança 10%, Gestão de pessoal 9%, Políticas Estratégicas 8%, Recursos 9%, e Processo 14%. Por outro lado os dos resultados (50% ou 500 pontos) baseiam-se em: Processo 14%, Satisfação pessoal 9%, Satisfação cliente 20%, Impacto na sociedade 6%, Resultados 15%. Cada um dos nove blocos, corresponde a um critério que é usado para determinar o estado da organização na gestão pela Qualidade Total e no melhoramento contínuo da Qualidade. Os critérios são representados pela sequência da sua descrição acima:

CAPACIDADES (50% ou 500 pontos)

Critério 1: Liderança (10% ou 100 pontos)

No critério liderança pretende-se observar como a conduta e as ações da equipa de gestão e todos os outros líderes nos diferentes níveis de Gestão das unidades prestadoras de cuidados de Saúde centrais e locais (Alta gerência de Centros de Saúde, Presidentes de Regiões de Saúde etc.) inspiram, suportam e apoiam a cultura da Gestão pela Qualidade Total. É indispensável poder comprovar a forma como os líderes: 1a) Demonstram o seu empenho para com a Gestão pela Qualidade Total e o melhoramento contínuo da Qualidade (2,5% ou 25 pontos). 1b) Apoiam o envolvimento e o melhoramento contínuo da Qualidade na sua área de gestão, disponibilizando recursos e apoios (2,5% ou 25 pontos). 1c) Estabelecem relações com os doentes, fornecedores, e outras entidades externas (2,5% ou 25 pontos). 1d) Reconhecem e valorizam os esforços e empenho dos seus colaboradores (2,5% ou 25 pontos).

Critério 2: Política e Estratégia (8% ou 80 pontos)

Estuda como a organização ao seu nível de atuação, formula, implementa e revê as políticas e estratégias e as converte em planos de ação. Evidências deste critério referem-se ao modo como a política e estratégia são: 2a) Baseadas em informações relevantes e completas (2,0% ou 20 pontos). 2b) Desenvolvidas (2,0% ou 20 pontos). 2c) Comunicadas, divulgadas e implementadas. (2,0% ou 20 pontos). 2d) Regularmente atualizadas e melhoradas. (2,0% ou

20 pontos).

Critério 3: Gestão das Pessoas/Colaboradores (9% ou 90 pontos)

O critério Gestão das Pessoas, necessita comprovar como a organização potência todas as capacidades dos seus colaboradores. Evidências de suporte/análise do critério colaboradores incluem itens explícitos: 3a) Como as necessidades em colaboradores é planeada, mantidas e melhorada (1,5% ou 15 pontos). 3b) Como as capacidades funcionais/técnicas dos colaboradores são mantidas e desenvolvidas (1,5% ou 15 pontos). 3c) Os objetivos (1,5% ou 15 pontos). 3d) Como os colaboradores são envolvidos nas atividades da organização, são incentivados a terem autonomia de decisão na sua área de atividade, são reconhecidos pela organização pela sua atividade (1,5% ou 15 pontos). 3e) O diálogo efetivo colaboradores/organização (1,5% ou 15 pontos). 3f) Atividade da organização em prol dos colaboradores (1,5% ou 15 pontos).

Critério 4: Recursos (9% ou 90 pontos)

O critério Recursos, necessita evidenciar a eficiência e a efetividade da gestão dos recursos. Áreas de análise do critério recursos incluem: 4a) Como os recursos financeiros da organização são geridos (1,8% ou 18 pontos). 4b) Como os recursos em informação são geridos (1,8% ou 18 pontos). 4c) Como as relações com os fornecedores e os produtos de consumo são geridos (1,8% ou 18 pontos). 4d) Como os edifícios, equipamentos e outros bens são geridos (1,8% ou 18 pontos). 4e) Como a tecnologia e a propriedade intelectual é gerida (1,8% ou 18 pontos).

Critério 5: Processos (14% ou 140 pontos)

Refere como a organização identifica, administra, revê e melhora os seus processos.

Estão inseridos no critério processos a análise dos itens: 5a) Como é identificada pela organização os elementos fulcrais de sucesso na prestação de cuidados de Saúde (2,8% ou 28 pontos). 5b) Como a organização gere sistematicamente os processos (2,8% ou 28 pontos). 5c) Como os processos são revistos e os objetivos são definidos para a sua melhoria contínua (2,8% ou 28 pontos). 5d) Como os processos são melhorados utilizando a inovação e a criatividade (2,8% ou 28 pontos). 5e) Como os processos são alterados e os resultados das alterações são avaliados. (2,8% ou 28 pontos).



RESULTADOS (50% ou 500 pontos)

Critério 6: Satisfação dos Clientes (20% ou 200 pontos)

No critério satisfação dos clientes analisam-se o que as organizações estão a atingir em termos de satisfação dos seus clientes externos (doentes, utentes)

Pretendem-se evidenciar: 6a) A percepção dos doentes e utentes dos serviços prestados pela unidade de gestão ou prestação de cuidados de Saúde e da relação entre estas e doentes/utentes (15% ou 150 pontos). 6b) Determinações adicionais da satisfação dos doentes e utentes em relação à unidade prestadora ou gestora de cuidados de Saúde (5% ou 50 pontos).

Critério 7: Satisfação dos Colaboradores (9% ou 90 pontos)

Analisa o que a organização está a alcançar em termos da satisfação dos seus colaboradores.

Pretendem-se identificar: 7a) A percepção que os colaboradores evidenciam da organização (6,75% ou 67,5 pontos). 7b) Determinações adicionais da satisfação dos colaboradores em relação à unidade prestadora ou gestora de cuidados de Saúde (2,25% ou 22,5 pontos).

Critério 8: Impacto na Sociedade (6% ou 60 pontos)

No critério impacto na sociedade, analisa-se o que a unidade prestadora ou gestora de cuidados de Saúde está a alcançar em termos de satisfazer as necessidades e expectativas como um todo, da comunidade local, regional, nacional e internacional em que se insere.

Pretendem-se evidenciar: 8a) a percepção que a sociedade tem da unidade prestadora ou gestora de cuidados de Saúde (1,5% ou 15 pontos). 8b) determinações adicionais do impacto da unidade prestadora ou gestora de cuidados de Saúde na sociedade (4,5% ou 45 pontos).

Critério 9: Resultados da Atividade (15% ou 150 pontos)

O critério resultados da atividade, analisa como a organizações/unidades prestadoras ou gestoras de cuidados de Saúde está a atingir os seus planos de atividade e o grau de satisfação das necessidades e expectativas de todas as entidades públicas, privadas, coletivas e individuais com interesses financeiros na organização. Pretendem-se evidenciar: 9a)

Indicadores de eficiência de utilização de recursos financeiros pela unidade prestadora ou gestora de cuidados de Saúde (1,5% ou 75 pontos). 9b) Determinações adicionais do desempenho da unidade prestadora ou gestora de cuidados de Saúde na sociedade (1,5% ou 75 pontos).

2.2.7. Modelo Caspe Healthcare Knowledge Systems

A CHKS (ex-HQS – King's Fund) é uma agência com forte expressão internacional, que tem como missão inicial de apoiar o financiamento dos cuidados de saúde aos mais desfavorecidos, a organização King's Fund (KF) surge em Inglaterra em 1897. Passa posteriormente a focalizar-se na inspeção de serviços hospitalares e cuidados de urgência, e em 1948, com a criação do Serviço Nacional de Saúde britânico, inicia um movimento de divulgação da qualidade de cuidados. Só depois de algum tempo, na década de 80, focalizando-se sobretudo no contexto hospitalar e desenvolvendo sistemas de auditoria para as organizações de saúde. Este projeto, visou a criação de um sistema de avaliação contínua da qualidade dos hospitais que, de forma sistemática, tinha como objetivo a monitorização do seu desempenho e funcionava como um instrumento de desenvolvimento e melhoria. O protocolo assinado entre o Instituto de Qualidade em Saúde (IQS) e o KF em Março de 1999, teve como finalidade promover o desenvolvimento de um programa autónomo de acreditação dos hospitais nacionais. O mesmo previa a criação de dois programas distintos, um programa de avaliação, revisão e melhoria organizacional dos hospitais e um programa de Benchmarking, do desempenho organizacional face aos parâmetros nacionais e internacionais. A finalidade dos mesmos foi a criação de um sistema de avaliação contínua da qualidade organizacional dos hospitais - Programa Nacional de Acreditação dos Hospitais (PNAH) - baseado na monitorização do desempenho e na melhoria contínua (Gomes, 2014).

Mais tarde, o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 identificou a existência de uma escassa cultura da qualidade aliada a um défice organizacional dos Serviços de Saúde, assim como a falta de indicadores de desempenho e de apoio à decisão. Este plano apontou como orientação estratégica a melhoria da qualidade organizacional dos serviços de saúde (DGS, 2009).



O programa de acreditação, que então se adotou, baseou-se na metodologia KF e teve na sua génese um acordo celebrado entre o Ministério da Saúde Português, vindo a dar origem ao primeiro Programa Nacional de Acreditação dos Hospitais. Entretanto, só em 2009, 13 dos 27 hospitais que tinham iniciado o processo de acreditação pelo KF/HQS, obtiveram a acreditação; e 15 hospitais em processo de acreditação. A acreditação centrou-se em termos organizativos, de infraestruturas ou de certificação individual de determinadas áreas, mas foi pouco focada na componente clínica do processo de prestação de cuidados e resultados (PNS, 2012 - 2016).

2.2.8. Modelo da Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia

O Modelo de Acreditação ACSA foi aprovado por Despacho da Ministra da Saúde (Despacho n.º 69/2009, de 31 de Agosto) como modelo oficial e nacional de acreditação em saúde, de opção voluntária. Para a concretização deste Despacho é celebrado um protocolo de colaboração e cooperação entre a Direcção-Geral da Saúde e a Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, para assegurar a implementação do modelo em Portugal, mediante o qual a Direcção-Geral da Saúde adquire o direito exclusivo de utilização do Modelo ACSA em todo o território nacional, e o seu futuro desenvolvimento e melhoria em conjunto, visto ser um modelo dinâmico de aperfeiçoamento periódico (DGS, 2009).

A mesma fonte (2009), diz que, o Modelo foi adotado e adaptado para Portugal como Modelo Nacional e Oficial de Acreditação em Saúde, destina-se a instituições de saúde, na sua totalidade ou a serviços de saúde e atinge outras áreas de acreditação, nomeadamente, de competências profissionais, de formação continua e de websites com conteúdos de informação sobre a saúde.

Segundo PNS (2012 - 2016), o modelo de acreditação ACSA, que foi aprovado como Modelo Oficial e Nacional de Acreditação em Saúde por despacho ministerial (Despacho 69/2009) baseia-se no modelo de qualidade, nos padrões do Manual de Standards e nas metodologias desenvolvidas pela Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, entidade com quem a Direcção-Geral da Saúde celebrou um protocolo de coadjuvação.

Focado fundamentalmente sobre a acreditação da gestão clínica e dos seus resultados, o que possibilita reconhecer o desempenho e a qualidade dos cuidados prestados, para além dos aspetos de suporte e estruturais, o programa de acreditação de unidades de saúde é um poderoso instrumento para promover e apoiar a implementação das normas e orientações clínicas editadas pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde. O mesmo se aplica aos processos assistenciais integrados que incorporam, eles próprios, normas e instruções de boa prática clínica.

Porém, o manual de standards do modelo de acreditação ACSA desenvolve-se em torno de cinco áreas chaves:

I - O cidadão, centro do sistema de Cuidados de Saúde

- 1a. Utente: satisfação, participação e direitos
- 1b. Acessibilidade e continuidade na prestação de cuidados de saúde
- 1c. Documentação clínica

II - A organização da atividade centrada no utente

- 2a. Gestão dos processos de prestação de cuidados de saúde
- 2b. Atividades de promoção e programas de saúde
- 2c. Direção da organização

III - O desenvolvimento profissional

- 3a. Profissionais, formação e evolução

IV - Os processos de suporte e os sistemas da qualidade e informação

- 4a. Estrutura, equipamento e fornecedores
- 4b. Sistemas e tecnologias de informação e comunicação
- 4c. Sistemas de qualidade

V - Os resultados dos processos-chave

- 5a. Resultados chaves da organização.

2.2.9. Modelo International Society for Quality in Health Care

ISQua é uma organização criada em 1997 em Chicago, muito diferente hoje, com uma estrutura, um secretariado e uma maturidade que não tinha apenas alguns anos atrás, e com um reconhecimento internacional e uma capacidade de crescimento para o futuro. Focada na criação de parcerias com governos e criar grupos de interesse especial e promotores de políticas em termos de qualidade nos cuidados de saúde e trabalhar no desenvolvimento e implementação de indicadores de qualidade a nível internacional. (ISQua, 2000).

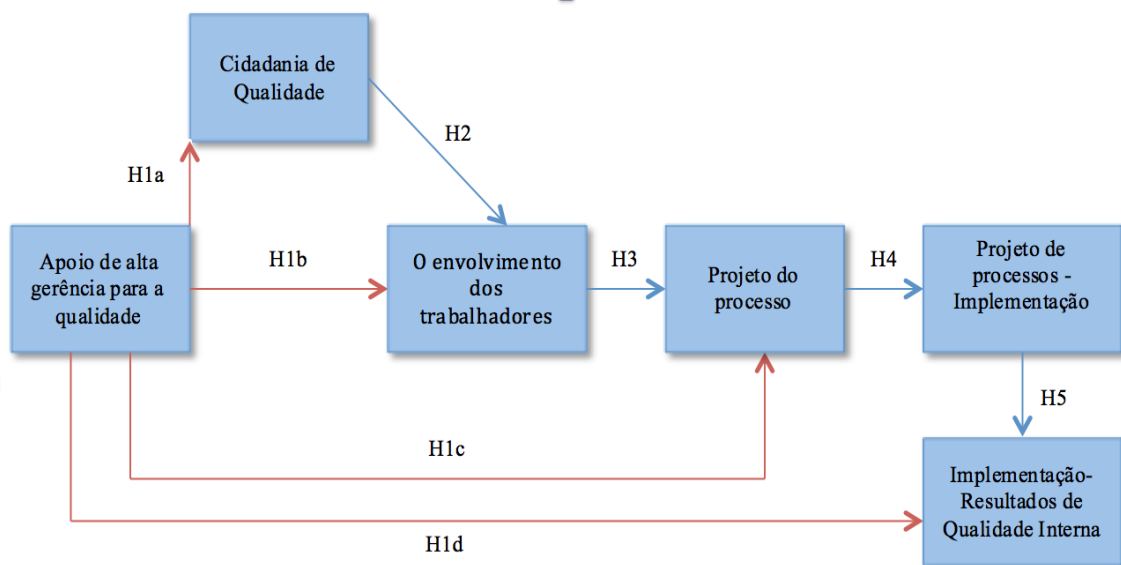
No entanto, monitorar e melhorar a qualidade dos cuidados é um dos pontos-chave da organização, juntamente com a garantia e apropriado acesso aos cuidados e controle de custos. Logo, muitos países começaram a introduzir reformas na área da monitorização da qualidade e melhoria com o objetivo de tornar os cuidados de saúde previsivelmente mais seguro e eficaz. Estas reformas ganham impulso devido a preocupações com o elevado custo da assistência médica para as sociedades e o impacto sobre as economias nacionais (Mattke, *et al.* 2006).

Em suma, o Programa Nacional de Acreditação em Saúde pretende, generalizar uma cultura de melhoria contínua da qualidade e da segurança no Serviço Nacional de Saúde e no Sistema de Saúde Português (DGS, 2009). Atualmente, prevalecem em Portugal estratégias de reconhecimento formal da qualidade nos hospitais e unidades de saúde em que a JCI esta presente em 11 hospitais que equivale a 12,2%, CHKS presente em 11 Hospitais que equivale também em 12,2%, ACSA presente em 14 hospitais que equivale 14% e a ISO em 54 hospitais que equivale os 60% de acreditação.

2.3. MODELO CONCEPTUAL

Para a realização deste estudo, optou-se por adotar o modelo de Mellat-Parast, (2014). De acordo com Sousa, *et al.* (2011), um modelo de análise conceptual é basicamente um esquema teórico representativo de um fenómeno ou conjunto de fenómenos. Um modelo de análises conceptual esclarece de uma forma gráfica ou narrativa, as dimensões essenciais a serem estudadas, fatores-chave, conceitos ou variações, e as presumíveis relações que se estabelecem entre elas.

Figura 1: Modelo Conceptual



Fonte: Adaptado de Mellat-Parast, 2014

2.4. DEFINIÇÃO DE VARIÁVEIS

Segundo Vilelas (2009), uma Variável tal como o nome aponta, é algo que está destinado a variar. A essência da investigação é compreender o porquê da variação dos valores numa variável e a maneira como a variação de uma variável pode influenciar uma outra. As variáveis são atributos, propriedades ou características de objetos ou pessoas ou de situações que são estudadas numa pesquisa.

As variáveis são as constituintes testáveis da pesquisa, a partir das quais esta se desenvolverá. Os acontecimentos e mudanças que nelas ocorrem serão a base de análises, que demonstrarão se a hipótese é adequável ou não. Assim, as variáveis têm de adquirir diversos valores mensuráveis (pelo menos dois), pois é a amplitude da diferença ou efeito provocado pela variável independente à variável dependente que vai permitir aceitar ou rejeitar a hipótese experimental ou a relação em estudo (Pocinho, 2012).

“Define-se cientificamente a variável como o aspecto discernível de um objeto de estudo. Trata-se de aspectos particulares que podem assumir valores distintos e serem medidos para testar a relação enunciada por uma proposição” (Pocinho, 2012, pág. 32).

Porem, as construções que medem vários aspectos da gestão da qualidade é usado a fim de examinar a validade das proposições e o modelo estrutural (figura 1):

2.4.1. Variável 1

Apoio da alta gerência para a qualidade (AGQ) - aborda o papel da gestão na condução de esforços de gestão da qualidade. Porém, as suas descobertas sugerem que é a principal máquina para a implementação da responsabilidade social corporativa. Além do mais, dentro de uma estrutura de gestão da qualidade, responsabilidade social corporativa tem um impacto significativo sobre o envolvimento do trabalhador. Estes resultados empíricos sugerem que a gestão da qualidade poderia fornecer um útil quadro teórico para determinar o impacto da responsabilidade social das empresas sobre as práticas de qualidade (Mellat-Parast, 2014).

O sucesso da gestão hospitalar reside no melhor aproveitamento racional dos recursos estruturais, humanos e de clientes, requerendo para tal intento, que cada estratégia operacional seja direcionada no sentido de consecução dos objetivos institucionais da organização. Porém, para que esta organização funcione bem, tudo depende da capacitação e dos conhecimentos dos seus executores (Colauto & Beuren, 2003).

De acordo com ISO (2012), a alta gerência identifica, compreende e gere processos inter-relacionados como um sistema que contribui para a eficácia e eficiência da organização na realização dos seus objetivos.

Porém, o desenvolvimento da habilidade de liderar passa a ser fundamentalmente para o exercício da profissão. O papel da gestão do topo requer uma visão ampla e sistémicas das situações, devendo os gestores se preparar, inovar e buscar novas formas para o exercício da liderança, já que o modo como tais gestores conduzem a equipa influencia diretamente em um sistema de cuidado comprometido, ou não, com as necessidades das pessoas (Moura, *et al.* 2013).

2.4.2. Variável 2

Cidadania de Qualidade (CQ) - salienta a prática da responsabilidade da empresa e seu papel na sociedade, tais como melhoria da educação, segurança, desenvolvimento e formação da responsabilidade social corporativa, examina também o impacto da responsabilidade social sobre o desempenho operacional e organizacional da saúde na comunidade (Mellat-Parast, 2014). Funciona também como melhoria contínua tanto no desempenho global da organização como nos objetivos permanentes da organização para com a sociedade (ISO, 2012).

Os projetos recentes da União Europeia (UE), como a dos Métodos de Avaliação de Respostas as Estratégias de Melhoria da Qualidade e a Rede Europeia de Investigação em Gestão da Qualidade em Saúde, tentaram medir os efeitos de uma variedade de estratégias de qualidade hospitalares e extra-hospitalares, a fim de fornecer informações que os contribuintes poderiam usar como contrato para o atendimento de utentes que atravessam as fronteiras. Logo, um dos resultados do estudo (Malcolm Baldrige National Quality Award), foi o desenvolvimento do conceito de "cidadania de qualidade", o que eles definiram como tomar a liderança e iniciativa para apoiar objetivos importantes ao público. Cidadania Qualidade está preocupada com a melhoria na educação, excelência ambiental, conservação de recursos e serviços comunitários (Secanell, *et al.* 2014).

Colaauto & Beuren (2003), afirmam que, as organizações hospitalares têm um papel preponderante a cumprir na construção de um mundo novo, devendo, para tanto, também assumir responsabilidade social para com a comunidade. Deste modo, as organizações modernas devem preocupar-se e responsabilizar-se pela qualidade de vida, atendendo aos valores básicos, crenças e objetivos fundamentais que norteiam a época e a sociedade na qual estão inseridos.

Na mesma linha de pensamento, Paim & Teixeira (2006), descrevem que, as políticas de saúde das organizações são responsabilizadas a dar respostas sociais diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação a produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente.



2.4.3. Variável 3

O envolvimento dos trabalhadores (ET) - refere-se ao envolvimento dos trabalhadores na resolução de problemas e tomada de decisões em todos os níveis da organização. Ele serve como um dos elementos essenciais para atingir os objetivos de desempenho operacional, o ambiente, bem como a sustentabilidade ecológica. A falta de recursos humanos adequados e infraestrutura (por exemplo, a motivação, cultura) tem sido considerada como uma barreira para o desenvolvimento de produtos compatíveis com o ambiente (Mellat-Parast, 2014).

Na mesma linha de pensamento, Peres & Ciampone (2006), destacam que o envolvimento dos trabalhadores no processo da educação permanente acontece com a aquisição contínua de habilidades e competências que estejam de acordo com o contexto epidemiológico e com as necessidades dos cenários de saúde, para que resultem em atitudes que gerem mudanças qualitativas no processo de trabalho na organização.

Segundo Colauto & Beuren (2003), a intensificação do valor do conhecimento humano e do aprendizado contínuo é premente para as organizações adquirirem e manterem um diferencial competitivo na era de informação. Investir em pessoas e utilizar a inteligência plena dos participantes da empresa melhora a qualidade, eficiência, eficácia e amplia a competitividade.

Se o objetivo principal da organização é a qualidade de serviços, a qualidade de serviços deve ser compensada. Porém, uma boa política de compensação deve ajudar a atrair, a reter e a motivar os colaboradores mais consonantes com a estratégia da empresa, assim estimulando as condutas que mais se unem com a sua sequência (Cunha, *et al.* 2012). Resultando no seu total de envolvimento, com resultados benéficos para a organização.

2.4.4. Variável 4

O projeto do produto / processo (PP) - refere-se a práticas como a fabricação do produto, a complexidade do produto, a confiabilidade do produto, os recursos do produto e facilidade de manutenção do produto. Essas características têm uma direta percepção do produto e impacto nos resultados de qualidade internos e afetar positivamente os clientes (Mellat-Parast, 2014).

Fornecem também, instrumentos e técnicas que podem ser facilmente usados em qualquer sistema de melhoria. Por exemplo, para controlar processos de emissão, os instrumentos de controlo estatístico da qualidade, gráficos de controlo, para proporcionar melhor desempenho e maior rendibilidade. Desta feita, Um resultado pretendido é alcançado de forma mais eficaz quando as atividades e recursos relacionados são realizados num processo contínuo e a melhoria da qualidade faz a diferença e aumenta as chances de sustentabilidade na UCI (Curtis, *et al.* 2006).

2.4.5. Variável 5

Projeto de processos-implementação(PPI) –A implementação de processos exige a criação de um sistema estrutural de toda a organização que permite que todos os membros da organização participem no planeamento e implementação contínua, implementação em todos os aspetos de suas operações. Como a gestão da qualidade tornou-se cada vez mais importante, a filosofia mudou a partir de uma visão estatística pura de controlo de processo no sentido de uma visão sistemática, com forte orientação para o cliente interno e externo. A gestão da qualidade foi ainda definida no conceito de saúde de qualidade total, que sugere diretrizes para a implementação de contínua melhoria de qualidade (Clousing, 1995).

O mesmo autor (1995), diz que, a Comissão Conjunta sobre a Acreditação de Organizações de Saúde (CCAOS), por exemplo, tem incorporado conceitos de Gestão de Qualidade (GQ) na sua "agenda para a mudança". A American Hospital Association, por meio de sua Research Hospital e Educational Trust, publicou um relatório para ajudar os hospitais a projetar e implementar a GQ. Eles estão a se concentrar em duas considerações principais no que diz respeito à qualidade dos cuidados de: (1) o cuidado que é diretamente administrado ao utente e (2) a gestão da organização. Desta, os executivos hospitalares são confrontados com o desafio de liderar mudança fundamental na cultura e no trabalho e nas perspetivas dos seus institutos.

Uma vez que a gestão do desempenho procura garantir o sucesso estratégico sustentado, exigir também o cultivo pela liderança sênior e que a melhoria seja da responsabilidade de todo o pessoal, e não apenas aqueles designados como pessoal de qualidade, prestadores de cuidados clínicos para o doente. Desde que a GQ é um processo que



evolui culturas e transforma o estilo de gestão, é fundamental a captura de perspectiva por parte dos executivos do hospital sobre o programa da GQ (Cunha, *et al.* 2012).

Cuidados de qualidade é uma questão de melhoria contínua, a busca constante para o ideal. No ambiente de cuidados de saúde, a GQ não é apenas um programa com começo e fim definidos, mas é um processo que evolui mudanças dinâmicas no hospital. A gestão de topo deve visualizar todas as atividades no hospital como um processo que pode ser melhorado. A implementação da GQ requer que a liderança inicia com ações que irão permitir que todo o pessoal adote a nova forma de pensar (Clousing, 1995).

2.4.6. Variável 6

Implementação-Resultados de Qualidade Interna (IRQI) - determina o quanto as práticas de gestão da qualidade têm melhorado a qualidade interna, tal como as taxas de defeitos, taxa de reprocessamento, tempo de espera de produção e produtividade (Mellat-Parast, 2014).

A etapa que se segue à seleção de um problema consiste em prescrever uma ou mais hipóteses. As hipóteses constituem um elemento útil para justificar o estudo e garantir-lhe uma orientação. Por esta razão, os estudos que explicitamente formulam uma ou mais hipóteses serão tidos muito mais em consideração do que aqueles que exigem que o leitor faça uma leitura entre linhas, para imaginar o que se pretende (Freixo, 2012).

2.5. HIPÓTESES EM ESTUDO

“As hipóteses são uma resposta prévia do problema proposto e, habitualmente, são desenvolvidas com base em estudos anteriormente realizados de acordo com o tema escolhido” (Sousa, *et al.* 2011, pág. 27).

Em consonância a definição formal, produzimos as seguintes hipóteses:

H1a: O Apoio da alta gerência para a qualidade está positivamente relacionada com a cidadania de qualidade.

A alta gerência para a qualidade contribuiu para que o envolvimento, satisfação e motivação profissional transformem as atividades da organização no sentido de expandir-se nas comunidades. Portanto, o comportamento da gestão do topo gera um reflexo no desempenho do grupo de trabalho, já que esta equipa se espelha no modelo que acredita ou percebe como necessário para a execução de suas práticas de atendimento à clientela (Santos & Castro, 2008).

Em relação a comunidade, é fundamental lembrar que é no hospital que se encontram disponíveis, para o uso de todos quantos o procuram, não só os conhecimentos profissionais de todas as categorias de integrantes da equipa de saúde como: Médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, assistentes sociais, entre outros; mas também os recursos instrumentais com que a moderna tecnologia enriqueceu o exercício da medicina (Gonçalves, 1998).

Um sistema de qualidade eficaz requer atenção para as práticas de gestão de recursos humanos. A alta administração, o apoio para a qualidade é considerada como um fator importante na luta contra as práticas de gestão de recursos humanos tais como envolvimento dos trabalhadores e da formação. O apoio da alta gerência e o próprio compromisso em si, são necessários para projetar, desenvolver e estabelecer programas de envolvimento dos trabalhadores. Vários estudos têm apontado para a relação entre o envolvimento dos trabalhadores e apoio à gestão sênior de qualidade (Mellat-Parast, 2014). Portanto, é colocada a hipótese de que:

H1b: O Apoio da alta gerência para a qualidade está significativamente relacionada com o envolvimento dos trabalhadores.

A educação permanente exercida pela alta gerência é a modalidade de educação no trabalho. Caracteriza-se por: Possuir um público-alvo multiprofissional; ser voltada para uma prática institucionalizada; focar os problemas de saúde e ter como objetivo a transformação das práticas, técnicas e sociais; ser de periodicidade contínua; utilizar metodologias centradas na resolução de problemas e buscar como resultado a mudança. A educação permanente em saúde trabalha tanto pelos governos quanto pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), é utilizada como política de formação e qualificação de recursos humanos, onde o processo educativo deve ser dinâmico, contínuo e trazer avanços sociais. A educação permanente dos recursos humanos deve visar auxiliá-los na adequação aos contínuos avanços tecnológicos e às mudanças socioeconômicas (Peres & Ciampone, 2006).

Com o crescente desenvolvimento das estruturas organizacionais, os níveis intermediários de gestão vão sendo reduzidos e os gestores passam a depender de uma equipe de extrema confiança para a operacionalização das suas decisões. Como agente que interage com líderes de diferentes níveis, o assessor desempenha um papel estratégico na organização. Os gestores necessitam confiar em colaboradores, compartilhando sobretudo a execução e o controle das medidas gerenciais necessárias às diversas circunstâncias que se apresentam. Logo, trata-se de uma relação de parceria que requer respeito, confiança e estreita identidade de valores e propósitos entre a gestão do topo e o próprio envolvimento dos trabalhadores (Steinmann & Caldeira, 2003).

Vários autores têm enfatizado o papel da gestão no desenvolvimento e concepção de produtos que atendem os clientes nas necessidades e expectativas. Tal enfoque garante projeto para manufatura de desenvolvimento de produtos que são manufaturais. Desta, discute-se que as organizações com um alto nível de comprometimento da alta direção com a qualidade, produzem produtos de qualidade superior, evidenciando desenvolvimento e concepção de produtos que atendam a necessidade dos clientes, logo requer atenção ao projeto de processo. Os estudos empíricos também sugerem uma relação positiva entre a liderança e

produto / gestão de processos, bem como a concepção do próprio processos em si (Mellat-Parast, 2014). Portanto, é colocada a hipótese de que:

H1c: O Apoio da alta gerência para a qualidade está positivamente relacionada com o projeto do processo.

A gestão do topo desenvolve um processo de liderar e construir habilidades necessárias; dentre elas, salientamos a comunicação, o relacionamento interpessoal, tomada de decisão e competências clínicas, bem como aplica-las na sua prática profissional. Entendemos que a missão de investir nos órgãos formadores, instituições de saúde e na formação dos profissionais, são cruciais para tornar um agente de mudança com o propósito de fornecer estratégias que possibilitem a melhoria da organização e principalmente da assistência prestada ao utente/cliente (Wehbe & Galvão, 2001).

De acordo com a teoria dos stakeholders da empresa, a responsabilidade social das empresas está preocupada com a melhoria da organização de desempenho, por meio de atender às necessidades e prioridades de uma ampla gama de partes interessadas. No entanto, as empresas seriam capazes de gerar alguns trajetos para melhorar o seu desempenho através da implementação de responsabilidade social corporativa. Argumenta-se que a responsabilidade social das empresas poderia ter um impacto positivo sobre as necessidades dos funcionários (Mellat-Parast, 2014). A formação e a geração de "capital moral" está diretamente relacionada à implementação da responsabilidade social das empresas que serve como uma estratégia de proteção quando acontecimentos desagradáveis e negativos acontecem. Como tal, poderia enviar um sinal para as partes interessadas (incluindo empregados) que a empresa está considerar à sociais impactos de suas decisões e, não visa apenas a maximização da rentabilidade (Mellat-Parast, 2014).

Tal disposição pela empresa leva ao desenvolvimento do capital moral, que se espera que tenha um efeito significativo no envolvimento dos trabalhadores. Com base no acima exposto, propõe-se que:

H1d: O Apoio da alta gerência para a qualidade está positivamente relacionada com a Implementação-Resultados de Qualidade Interna.

Em tempos de mudança e de oportunidades, os grupos de trabalho devem estar alinhados, firmes em propósito comum e direções, para alcançar objetivos estratégicos, sendo que, para isso, o apoio da alta gerência é necessária. Face ao exposto, entendemos que, na profissão, torna-se cada vez mais urgente a necessidade de enfrentar a mudança, de serem criadas novas perspectivas de trabalho, com aquisição de novos conhecimentos e habilidades, a fim de que o profissional apresente um melhor desempenho das suas funções na organização, sejam elas assistenciais ou administrativas (Simões & Fávero, 2003).

A técnica de qualidade produtiva requer atenção para as práticas de gestão de recursos humanos, logo, a liderança constitui-se como uma relação de poder, e influência que na qual os colaboradores aceitam e reconhecem o líder e este assume-se como tal. A própria Inovação é a capacidade de criar e/ ou aplicar nas organizações, novos conhecimentos ou de recombina conhecimento existente numa perspectiva sistemática, contribuindo para uma gestão mais eficaz, um desenvolvimento sustentado, a criação de valor e a obtenção de vantagens competitivas, e assim criar um impacto positivo na cidadania em geral (Moraes, 2012). Com isto, propõe-se que:

H2: A Cidadania da Qualidade está positivamente relacionada com o envolvimento dos trabalhadores.

As naturais demandas sociais geradas na intimidade da sociedade moderna incluem o hospital no rol das instituições fundamentais da comunidade, como são as escolas, as organizações políticas e as instituições religiosas. Sua importância pode bem ser avaliada pelo grau de relações que o hospital mantém com os indivíduos em particular e com a coletividade em geral, resultante do papel essencial da instituição em momentos fundamentais da vida das pessoas, no nascimento, na doença e na morte (Gonçalves, 1998).

Porém o processo é definido como uma coleção logicamente relacionada de ações ou operações que trabalham em conjunto para produzir um determinado resultado, ele transforma input em output de produtos. É uma sequência de atividades que tem a intenção de conseguir

algum resultado, tipicamente para criar valor acrescentado para os clientes (Mellat-Parast, 2014). Para atingir os objetivos de qualidade, as organizações necessitam projetar e implementar com sucesso seus processos. Este objetivo é atingido por meio da melhoria processo contínuo, em que o processo é monitorizado, e avaliados a fim de melhorar a sua eficácia e eficiência. Um eficaz projeto produto / processo requer muita atenção para duas características importantes. Primeiro, exige colaboração, sincronização e coordenação de pessoal e recursos dentro de uma organização que trabalhar em conjunto, a fim de alcançar os resultados desejados. Em segundo lugar, trata-se de algum nível de risco devido à incerteza inerente em tais processos, especialmente no aspeto tecnológico. Em ambos os casos, o envolvimento ativo dos trabalhadores e dos colaboradores tem um impacto significativo na eficácia do processo-projeto. Processos organizacionais são realizadas e implementadas por um número de indivíduos que são responsáveis pelo resultado de desempenho do processo. A Concepção de novos produtos / processos requer inovação e pensamento criativo dos empregados. Logo, estudos empíricos sugerem uma positiva ligação entre o envolvimento dos trabalhadores e a qualidade dos produtos. Envolvimento dos colaboradores que são responsáveis por um processo, tem impacto significativo na concepção do processo, uma vez que a perspetiva de gestão no processo de requisitos não podem alinhar com os funcionários que realmente executam o processo. Resolver tais disparidades é importante, uma vez que está diretamente ligada à forma como uma organização pode desenvolver, projetar e implementar processos eficazes (Mellat-Parast, 2014). Portanto, é colocada a hipótese de que:

H3: O envolvimento dos trabalhadores é significativamente relacionados com o processo do projeto.

Um dos desafios atuais encontrados pelos trabalhadores é conseguir oferecer um atendimento de melhor qualidade ao cliente, conciliando uma diminuição dos custos destes serviços. Para enfrentar esse desafio, recomenda-se que novos caminhos sejam pesquisados e que os líderes definam a essência da arte e a ciência da profissão de maneira mais holística (Simões & Fávero, 2003).

A ligação entre o produto de projeto e melhoria / processo em resultados de qualidade foi estabelecido na literatura (Mellat-Parast, 2014). Relataram que 70% do custo de fabrico de um produto está diretamente relacionada com o produto / decisões de projeto/processo.

O mesmo autor (2014), argumenta que, o processo de projeto do produto tem um impacto positivo nos resultados de qualidade e que o projeto do processo está diretamente ligada à forma como um produto é projetados e produzido, que por sua vez tem um efeito direto sobre a qualidade, custo, prazo de entrega e de outras medidas de qualidade interna. Portanto, é colocada a hipótese de que:

H4: O Projeto de Processos está significativamente relacionado com resultados de qualidade interna.

Segundo Novikova (2012), o projeto na organização é estruturado de forma a avaliar os níveis de parâmetros de melhoria, os resultados da análise e para formar as soluções e recomendações para a prossecução de melhoria. Permite também descrever as tendências básicas no desenvolvimento, formular ideias sobre as perspetivas das atividades na organização, criar alternativas e o seu posterior desenvolvimento.

O sistema de projeção e concepção do produto são utilizados para melhorar a qualidade do produto, satisfação do cliente e sucesso das organizações (Smith, *et al.* 2013). Logo, as práticas como a fabricação, a complexidade, a confiabilidade do produto, os recursos e facilidade de manutenção do produto, essas características têm uma direta percepção e impacto nos resultados de qualidade interna e afetar positivamente os clientes (Mellat-Parast, 2014).

H5: O processo do projeto – implementação está significativamente relacionado com a Implementação - resultados de qualidade interna.

Métodos de processo de projeto são métodos de planeamento estratégico e métodos de tomada de decisão. Métodos de planeamento estratégico são usados para identificar as necessidades de negócios, seleciona conceitos de negócio, e criar processos de negócio. Métodos de Tomada de decisão são utilizados para identificar restrições de negócios, seleciona conceitos de negócios e criar processos de negócios. Métodos de planeamento estratégico e métodos de tomada de decisão são usados para melhorar e implementar os resultados de qualidade interna da organização, sucesso do negócio e satisfação do cliente (Smith, *et al.* 2013).

CAPÍTULO III

3.1. METODOLOGIA

3.1.1. Pesquisa documental

Segundo Vilelas (2009), a palavra metodologia utiliza-se muito frequentemente com distintos sentidos, quer na expressão do dia-a-dia, quer no mundo académico. Fala-se assim, de metodologia de investigação para fazer referência às fases e aos procedimentos que se seguem numa determinada investigação para assinalar modelos concretos de trabalho que se apliquem numa disciplina ou especialidade, e também para fazer referência ao conjunto de processos e recomendações que se transmitem ao estudante como parte curricular nos estudos superiores.

Assim podemos defender que, metodologia é o caminho que edifica o pensamento científico, vai-se construindo na realidade, junto com esse mesmo pensamento indissolivelmente único. É falsa a imagem que nos mostra o método como um todo concluído e encerrado, como algo externo a prática quotidiana dos investigadores, logo ele está intimamente ligado às contribuições teóricas e práticas que se vão realizando. A ciência não avança por meio de um seguimento mecânico, como se bastasse formular uma questão de investigação, aplicar o método exato e obter resultados pretendidos. Para realçar que, a investigação é um processo construtivo, repleto de dificuldades imprevistas e barreiras de todo o tipo. Por isso, a única maneira de abordar o método científico no sentido geral, é procurar os critérios comuns, as orientações epistemológicas de fundo que norteiam o trabalho de investigação (Vilelas, 2009).

Freixo (2012), definiu o método como caminho pelo qual se alcança um determinado resultado, ainda que esse percurso não tenha sido fixado de antemão de modo refletido e deliberado.

Já Sousa, *et al.* (2011), diz que é um conjunto focado de operações que são realizadas para atingir um ou mais objetivos, um corpo de princípios que presidem a toda a investigação organizada, um conjunto de princípios que permitem escolher e coordenar técnicas.

Para este estudo usamos as bases de dados: b-on: Biblioteca do Conhecimento on-line IPL, em: 23 e 24 janeiro de 2015 as 07:06, EBSCO HOST nos períodos de 25 de janeiro à 23 de fevereiro de 2015. Usamos também nos períodos de 15 de Junho ao 1 de setembro, a SciELO (Scientific Electronic Library Online), com as seguintes palavras-chaves: Gestão qualidade, qualidade em gestão, Gestão da qualidade em UCI, gestão da qualidade, qualidade na UCI, qualidade de serviços, Hospital-management ISQua, Normas e métodos de Acreditação em saúde, European Foundation for Quality Management, Agencia de calidad Sanitaria de Andalucia, Caspe Healthcare Knowledge Systems, Joint Commission International e a International Organization for Standardization.

3.2.1. ESTUDO EMPÍRICO

Um estudo empírico é uma pesquisa em que é efetuada observações para compreender melhor o fenómeno a estudar. Todas as ciências naturais, bem como todas as ciências sociais, têm como base pesquisa empíricas porque as análises deste tipo de pesquisa podem ser utilizadas para construir esclarecimentos ou teorias mais adequadas (Hill & Hill, 2012).

De acordo com Freixo (2012), nesta fase, o desenho de investigação elaborado na fase precedente é posto em execução. Esta fase inclui colheita de dados no terreno com a utilização do meio de recolha de dados previamente elaborado, seguida da organização do tratamento de dados. Para o efeito, utilizam-se técnicas estatísticas descritivas e inferenciais ou, segundo os casos, análises de conteúdo. Posteriormente, passa-se à apresentação, interpretação e depois a comunicação dos resultados, podendo se propor novas vias de investigação e formular recomendações.

Assim podemos entender que a pesquisa empírica é recolha de dados a partir de fontes diretas que conhecem, vivenciaram ou tem conhecimento sobre o tema, fato ou situação e que, podem causar desigualdade na abordagem e compreensão dos mesmos, conduzindo a uma mudança, acréscimo ou alteração profunda, significativa que não distorça, agrida ou altere o conteúdo principal mas sim que o enriqueça e modifique em conhecimento de fácil compreensão e também sentindo-se atraído. Para tal foi concretizada a pesquisa empírica aos

funcionários da UCI na Clínica Multiperfil, que pertence ao 3º nível de assistência, conforme a classificação do Sistema Nacional da Saúde (SNS) em Angola.

Porém, realizamos um estudo descritivo, correlacionais e dedutivo, de abordagem quantitativa.

Os estudos descritivos procuram descrever fenómenos ou conceitos relativos a uma determinada população, de forma a estabelecer suas características e descreve-las. Servem para acrescer os conhecimentos das características e dimensão de um problema, obtendo-se desta maneira uma visão mais completa (Vilelas, 2009).

Assim, os estudos correlacionais “permitem estabelecer a relação complexas entre as variáveis, são muito eficientes e eficazes para recolher uma grande quantidade de dados a respeito de um problema” (Vilelas, 2009, pág. 122).

Segundo Sousa, *et al.* (2011), o paradigma dedutivo começa com uma afirmação teórica acerca de como um determinado fenómeno é descrito e se comporta. Para se poder construir tal preposição teórica, deves existir antecipadamente um conjunto sistematizado de conceitos e de relações entre conceitos acerca de um fenómeno e que é objeto da investigação. Isto é, deves existir um constructo de conhecimento, que de alguma forma, passa a suportar a seleção de alguns conceitos, das suas dimensões e análises possíveis, para suportar de apreensão de fenómenos, da teoria que será objeto de investigação para subsequente aprovação ou refutação.

Para Freixo (2012), o método dedutivo é a parte da lei geral, da teoria a que se chega, mediante a razão e a partir dela se concluir consequências lógicas utilizáveis à realidade.

“A investigação quantitativa integra-se no paradigma positivista, apresentando como objetivo a identificação e a apresentação de dados, indicadores e tendências observáveis. Este tipo de investigação mostra-se geralmente apropriado quando existe a possibilidade de recolha de medidas quantificáveis de variáveis e inferências a partir de amostras de uma população” (Sousa, *et al.* 2011 pág. 53).

O método quantitativo é apoiado na filosofia positivista, quando a qual emerge de uma tradição baseada nas ciências físicas. As investigações são orientadas para alcançar resultados que devem conter o menor enviesamento possível, estando o investigador preocupado com a generalização dos resultados.

Optámos por um estudo integrado no paradigma quantitativo, caracterizado como um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador. Logo, esta abordagem reflete um processo complexo que conduz a resultados que devem conter o menos enviesamento possível (Freixo, 2012). A pesquisa quantitativa envolve um conjunto de métodos que apela para procederes matemáticos, mesmo no estudo dos fenómenos sociais e humanos, cujo objetivo primordial é a medição de tais fenómenos (Pocinho, 2012).

3.2.1. Instrumento de recolha de dados

Podemos estabelecer a diferença entre método e instrumento de colheita de dados: o método de colheita de dados é o processo pelo qual se seleciona o instrumento de colheita de dados. O instrumento propriamente dito, é o suporte fabricado especificamente, de modo a proceder à colheita da informação necessária, válida e pertinente à realização do estudo.

Face ao exposto, podemos desde já antecipar uma definição mais operacional da concepção de recolha de informação enquanto “processo organizado posto em prática para obter informações junto de múltiplas fontes com o fim de passar de um nível de conhecimento, para outro nível de conhecimento ou de representação de uma dada situação, no quadro de uma ação deliberada cujos objetivos foram claramente definidos e que dão garantias de validade suficientes” (Freixo, 2012, pág. 220).

Para Vilelas (2009), um instrumento de recolha de dados é, na base, qualquer meio que o investigador pode recorrer para conhecer os fenómenos e extrair deles a informação. Dentro de cada instrumento concreto podem distinguir-se duas facetas de extrema importância: a forma e o conteúdo. A forma refere-se ao tipo de acesso que estabelecemos com a atividade empírica e as técnicas que nela utilizamos. Por outro lado, o conteúdo

expressa a especificidade dos dados de que precisamos; são propriamente uma série de itens que não são outra coisa que os mesmos indicadores que permitem mensurar as variáveis, mas que assumem agora a forma de perguntas, pontos a observar, elementos a observar. Todavia, o instrumento revela também tudo o que se tem de especificamente empírico o nosso objeto de estudo, pois sintetiza, através das técnicas de recolha de dados que emprega o estudo concreto escolhido para a investigação.

Quanto ao instrumento de colheita de dados, utilizamos um questionário, com os seguintes dados demográficos: sexo, idade, formação profissional, tempo na instituição, cargo que ocupa, tempo no cargo que ocupa; porém, permite colocar um agrupado de inquiridos, geralmente representativo de uma população, uma série de questões relativamente às suas situações na sociedade, na profissão ou familiar, às suas sugestões ou a questões humanas e sociais, às suas expectativas, o seu nível de percepção ou de consciência de um acontecimento ou de um problema, ou ainda sobre qualquer outro ponto que interesse ao investigador (Pocinho, 2012). Todavia, o questionário foi do tipo fechado numa escala de Likert. Fechado por facilitar o tratamento e análise da informação, exigindo menos tempo. Por outro lado, facilita a resposta a um sujeito que não saberia ou que poderia ter dificuldade acrescida em responder uma determinada questão (Sousa, *et al.* 2011). Para Vilelas (2009), As escalas de Likert consistem na exibição de uma sequência de proposições, devendo o investigado, em relação a cada uma delas assinalar uma de cinco orientações: *concorda totalmente*, *concorda*, *sem opinião*, *discorda*, *discorda totalmente*. De seguida às respostas são adicionadas *score* individual na escala. Atribui-se o *score* mais elevado +2 às respostas *concorda totalmente*, e o *score* -2 será atribuído à resposta *discorda totalmente*. Entretanto, se a proposição é negativa, a cotação tem de ser invertida. De modo a reduzir o enviesamento, metade das proposições são expressas de forma positiva, e a outra metade de forma negativa.

3.2.2. Caracterização do público-alvo e amostra

Uma pergunta de investigação pressupõe uma População ou Universo e uma amostra alvo. População é um conjunto de casos ou de sujeitos que têm características em comum num determinado número de critério, nos quais se pretende retirar conclusões (Hill & Hill, 2012). Na mesma linha de pensamento, Freixo (2012), define população como sendo um grupo de sujeitos que serão incluídos num estudo e que precisam de critérios de seleção.

Porem, cada elemento da população denomina-se unidade estatística. O mesmo autor (2012), diz que, é uma coleção de elementos que compartilham características comuns e é delimitada por critérios de seleção destes elementos.

População é também um conjunto de todos os indivíduos nos quais se deseja investigar alguma propriedade com características comuns encontrando-se num espaço ou território conhecido (Vilelas, 2009).

Acontece todavia que, na maior parte das vezes, o investigador não tem tempo nem recursos suficientes para recolher e analisar dados para cada um dos casos da população ou (Universo), pelo que, nesta situação só é possível considerar uma parte dos casos que constituem o Universo. Esta parte designa-se por amostra do Universo ou População (Hill & Hill, 2012).

Segundo Pocinho (2012), uma Amostra em investigação científica, é um conjunto de tamanho diminuído que é retirado de uma população, seguindo certas normas chamadas técnicas de amostragem. No entanto, o tamanho ótimo de uma amostra não depende tanto do tamanho da população, mas sim de dois parâmetros estatísticos: a margem de erro e o nível de confiança.

Amostragem é o “procedimento pelo qual um grupo de pessoas ou um subconjunto de uma população é escolhido de tal forma que a população inteira esteja representada” (Freixo, 2012, pág. 214).

Este estudo foi realizado na Unidade de Cuidados Intensivos da Clínica Multiperfil de Luanda, que pertence ao 3º nível de assistência, conforme a classificação do Sistema Nacional da Saúde (SNS) em Angola.

Uma vez que, as UCI são locais hospitalares destinados à prestação de cuidados especializados a utentes em estado grave através de recurso de pessoal tecnicamente competente e com equipamentos de elevada complexidade, eis a grande necessidade de melhorar a qualidade de serviços nesta área; neste caso realizou-se um estudo, à todos os funcionários das UCI pediátrica e adulto na Clínica Multiperfil. Porém, a população nestas áreas é de 100 (N=100), e a amostra representativa foi de 64 pessoas.

3.2.3. Realização do pré-teste

Segundo Vilelas (2009), o pré-teste é a aplicação de um questionário, na sua versão preliminar, a uma amostra de indivíduos, com o objetivo de demonstrar possíveis falhas na redação das perguntas, tais como: complexidade das questões, imprecisão na redação, inutilidade nas questões, exaustão e constrangimento ao inquirido. O pré-teste é realizado mediante a aplicação de alguns questionários a uma pequena amostra de indivíduos pertencentes à população ou a uma população semelhante. O mesmo autor (2009), ainda refere que uma amostra de 10 a 20 indivíduos de uma população é suficiente para a aplicação do pré-teste. Ao contrário de (Hill & Hill, 2012), que refere que o pré teste deve ser numa amostra representativa de pelo menos 50 indivíduos. Destacamos que este pré-teste de colheita de dados, se não possuírem qualquer dificuldade de compreensão ou qualquer erro na sua construção, poderão ser incluídos na totalidade da amostra do estudo.

Contudo, para a aplicação do pré-questionário ou pré-teste utilizamos 10 funcionários tendo em conta ao número reduzido da nossa amostra. Porém, aplicou-se o questionário pessoalmente, explicando a razão do estudo. No fim do preenchimento do questionário convidamos os respondentes a falarem sobre qualquer problema encontrado no preenchimento do questionário. Depois da conversa em grupo, recolhemos os questionários para analisar as respostas e posteriormente fazer a análise simples dos dados do questionário para a amostra total.

3.2.4. Processo de recolha de dados

Para Sousa & Baptista (2011), antes de se realizar a recolha de dados, as ferramentas de observação serão testados de modo a assegurar a sua fiabilidade, grau de adequação e de precisão. Após este passo inicial proceder-se-á à recolha das informações.

De acordo com Freixo (2012), a colheita de informação efetua-se segundo um traçado preestabelecido. É a colheita sistemática de informações junto dos participantes com o apoio dos instrumentos de medida selecionados. Nesta fase, deve-se necessitar a forma como se desenrolou a colheita de dados assim como as etapas preliminares que conduziram à obtenção das autorizações requeridas para efetuar o estudo na instituição previamente selecionada, se for o caso.



Desta feita, utilizamos as passagens de turno da manhã para a tarde, com a finalidade de abranger um maior número de funcionários, e posteriormente colocamos uma caixa bem identificada no serviço para depositarem o consentimento e o questionário devidamente preenchido.

3.2.4.1. Pedido de autorização

Antes da aplicação dos instrumentos elaboramos uma carta à instituição pedindo que autorizem a realização do estudo onde constou a identificação dos investigadores, o tema da investigação, os objetivos (gerais e específicos), a amostra, o tipo de estudo bem como o instrumento de colheita de dados (ICD), previsão da aplicação dos mesmos (de que forma? e em que data?), solicitaremos simultaneamente para aplicar o pré-teste uma vez que ocorreu na mesma instituição; junto do consentimento informado enviamos ainda uma carta de apresentação e um exemplar do ICD.

Juntamente com o pedido autorização (anexo I), enviamos o consentimento livre e esclarecido (anexo III). Solicitamos que os funcionários participem, explicando a natureza do estudo, sua importância e a necessidade de obter a sua opinião, tentando despertar o interesse do participante, no sentido de que ele preencha e devolva o questionário (anexo II) dentro de um prazo razoável.

3.2.4.2. Contacto com o público-alvo

Antes da aplicação do questionário definitivo, fizemos uma reunião no serviço para expor os objetivos do estudo e sensibilizar os funcionários para a sua participação. Explicamos também, que devem ler e assinar o consentimento informado, logo, só os que aceitaram participar no estudo é que preencheram o questionário.

Cada questionário contempla na folha de rosto uma breve explicação do estudo, bem como os fins a que se destina e mais, foi expressamente solicitado que não se identificasse em nenhuma parte do questionário e que os dados se destinavam a fins estatísticos e são confidências e sigilosos.



Salientamos ainda que não há respostas certas ou erradas; não importa se a resposta está ou não teoricamente correta, e finalmente informamos que o mesmo é anónimo e os dados destinar-se-ão apenas à realização desta investigação.

3.2.4.3. A Recolha de dados e taxa de respostas

O estudo foi realizado à todos os funcionários das UCI,s pediátrica e adulto na Clínica Multiperfil como já referimos mais acima, que traz uma população de 100 funcionários nestas áreas (N=100), e a amostra representativa foi de 64 funcionários que equivale a 64%.

O tratamento estatístico é o principal no sucesso de um trabalho de investigação, pois só através dele se pode responder às questões previamente definidas. Neste sentido, para analisar e sistematizar os dados do estudo, recorreremos a técnicas de estatística descritiva e analítica.

Os dados foram tratados informaticamente recorrendo ao programa de tratamento estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Science), na versão 21.0 para o Windows.

O que fizemos em primeiro lugar com o conjunto de dados alcançados, é dividi-los de acordo com um critério bem elementar, separando, de um lado a informação que é do tipo numérico, da informação que se expressa oralmente. Os dados numéricos, qualquer que seja, a sua natureza serão logo processados e expostos de maneira clara, sendo facilmente assimiláveis. O objetivo final será construir quadros estatísticos e gráficos ilustrativos, de tal modo que resumam os seus valores e se possam construir a partir da sua análise, enunciados teóricos de alcance mais geral (Vilelas, 2009).

Para a fidelização do instrumento de recolha de dados, usamos a estimação de fiabilidade interna Alfa de Cronbach (designada por alfa no SPSS).

Ele mede a correlação entre as respostas em um questionário através da análise das respostas dadas pelos respondentes, apresentando uma correlação média entre as perguntas. O coeficiente α é calculado a partir da variância dos itens individuais e da variância da soma dos itens de cada avaliador de todos os itens de um questionário que utilizem a mesma escala de



medição. Na prática, é possível calcular o valor α por meio das opções do SPSS seguintes: Analyse; Scale; Reliability Analysis; Model = Alpha; Items = (Todos os itens do questionário), Scale; Continue, e no final Ok (Hill & Hill, 2012).

O mesmo autor (2012), pág. 147, diz que “ para utilizar esta opção, é preciso que os itens sejam codificados como variáveis e, portanto, façam parte do conjunto de dados do SPSS. Para cada item fazem-se entrar os valores numéricos das respostas aos itens para todas as pessoas a quem o questionário foi aplicado”.

No entanto Hill & Hill (2012), dizem que, a escala dá uma indicação aproximada para avaliar o valor de uma medida de fiabilidade em que:

- 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 – Inadmissível

Em seguida, a avaliação da correlação entre variáveis foi através do teste aos coeficientes de correlação de Spearman (r_s), isto é, aplica-se quando se pretende testar se a relação entre duas variáveis existe. Em Spearman quando as duas variáveis são, pelo menos, ordinais e mede a associação entre as ordenações das duas variáveis (Laureano, 2013). E a regressão linear, traduz a associação entre variáveis, através da representação de uma linha reta que expressa essa associação (Silva, 2006).

Segundo Vilelas (2009), o valor do coeficiente de correlação de Spearman varia de -1 a $+1$. O sinal do coeficiente aponta o sentido da associação que pode ser direto ou inverso. A associação é direta ou positiva quando a elevação de uma variável conduz à diminuição de outra variável. A associação é inversa ou negativa quando postos altos numa variável conduzem a postos baixos na outra variável. O valor absoluto ou o módulo do coeficiente r_s indica a força da associação das variáveis. Um valor absoluto próximo de zero indica fraca ou nenhuma associação linear. Enquanto um valor absoluto próximo de 1 indica uma forte associação.

CAPÍTULO IV

4.1. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Segundo Freixo (2012), esta fase constitui, de facto, a parte mais importante do estudo. A este propósito, sublinha-se justamente a importância de assegurar que é aqui que são transcritos os resultados, agora sob forma de evidências para a confirmação ou a refutação das hipóteses.

No presente capítulo apresentamos os resultados obtidos no estudo empírico, acompanhados da respetiva análise. Iniciamos a apresentação dos mesmos pela caracterização sociodemográfica dos inquiridos, em seguida apresentam-se e comentam-se os dados sobre a fiabilidade dos itens do questionário. Na sequência desta apresentação apresentam-se os dados referentes às correlações relacionadas com as hipóteses do modelo proposto, e terminamos a apresentação com os dados e comentários referentes às regressões lineares efetuadas.

4.1.1. Caracterização sociodemográfica dos inquiridos

Nas Tabelas (4 a 9) e nos Gráficos (1 a 6) apresentam-se as principais características dos inquiridos. Nas Tabelas (10 a 13) e nos Gráficos (7 a 10), apresentam-se os cruzamentos de algumas das características, como é o caso da Tabela que cruza a faixa etária com o sexo do inquirido.

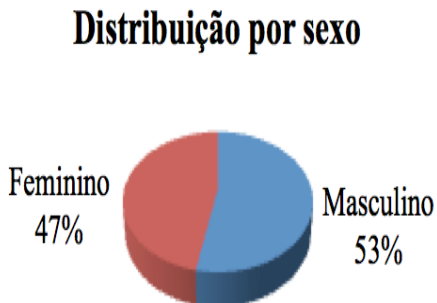
A Tabela (4) e o Gráfico (1) nos indicam que participaram do estudo 64 pessoas, das quais 53,1% são do sexo masculino e 46,9% do sexo feminino.

Tabela 4 – Distribuição por sexo

Sexo	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Acumulada
Masculino	34	53,1	53,1
Feminino	30	46,9	100,0
Total	64	100,0	

Fonte: elaboração própria

Gráfico 1 – Distribuição por sexo



Fonte: elaboração própria

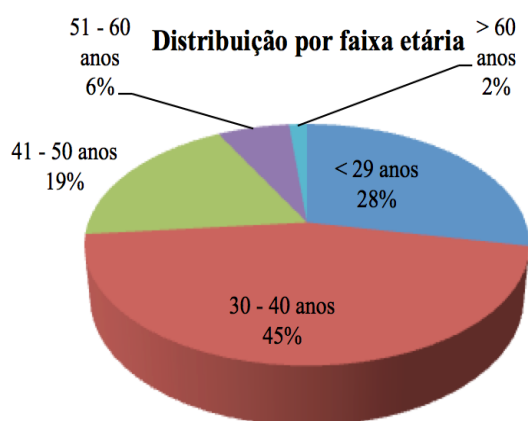
Na Tabela (5) e no Gráfico (2) verificam-se que 64,1% dos inquiridos têm idades compreendidas entre os 30 e os 50 anos de idade e que 92,2% dos inquiridos têm idades iguais ou inferiores a 50 anos. A análise das diversas faixas etárias permite ainda constatar que estamos perante profissionais jovens, com bastante peso na faixa etária dos 30 a 40 anos, que representa 45,3% dos inquiridos. Os inquiridos com idade superior a 40 anos representam apenas 26,6% da nossa amostra.

Tabela 5 – Distribuição por faixa etária

Faixa Etária	Frequência	Percentagem	Percentagem Acumulada
< 29 anos	18	28,1	28,1
30 - 40 anos	29	45,3	73,4
41 - 50 anos	12	18,8	92,2
51 - 60 anos	4	6,3	98,4
> 60 anos	1	1,6	100,0
Total	64	100,0	

Fonte: elaboração própria

Gráfico 2 – Distribuição por faixa etária



Fonte: elaboração própria

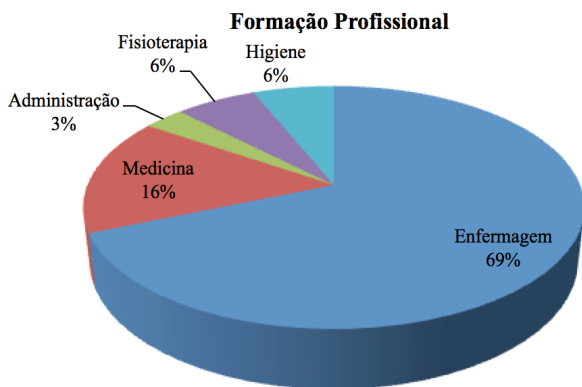
A Tabela (6) e o Gráfico (3) indicam que quase 70% dos inquiridos têm formação profissional em Enfermagem e 96,9% têm formação na área da saúde.

Tabela 6 – Distribuição por formação profissional

Formação Profissional	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Enfermagem	44	68,8	68,8
Medicina	10	15,6	84,4
Administração	2	3,1	87,5
Fisioterapia	4	6,3	93,8
Higiene	4	6,3	100,0
Total	64	100,0	

Fonte: elaboração própria

Gráfico 3 – Distribuição por formação profissional



Fonte: elaboração própria

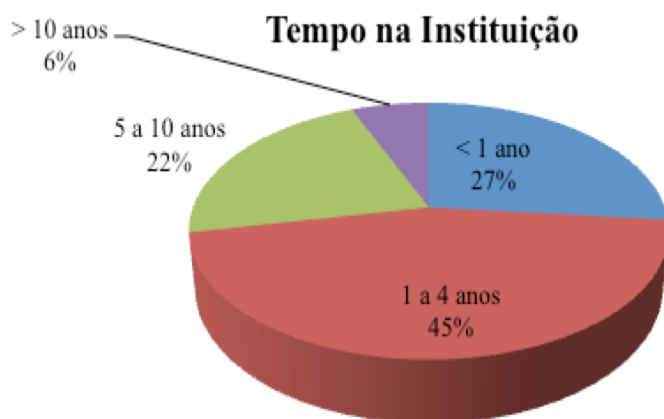
Na Tabela (7) e no Gráfico (4) verifica-se que 71,9% dos inquiridos trabalham há menos de 5 anos na instituição. Estes dados indicam-nos que a instituição é constituída por pessoas jovens, com experiência profissional, mas com pouco tempo de contacto entra elas.

Tabela 7 – Distribuição por tempo de trabalho na instituição

Tempo na Instituição	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
< 1 ano	17	26,6	26,6
1 a 4 anos	29	45,3	71,9
5 a 10 anos	14	21,9	93,8
> 10 anos	4	6,3	100,0
Total	64	100,0	

Fonte: elaboração própria

Gráfico 4 - Distribuição por tempo de trabalho na instituição



Fonte: elaboração própria

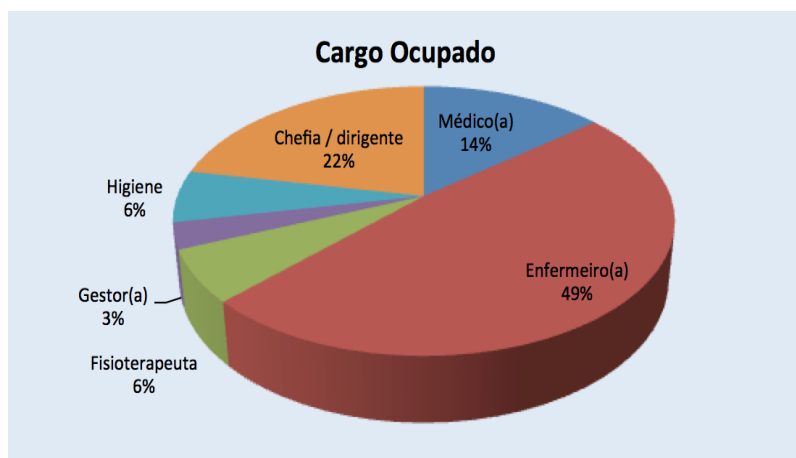
Na Tabela (8) e no Gráfico (5) a distribuição por cargo ocupado, indica-nos que 48,4% dos inquiridos são Enfermeiros, seguido da Chefia / dirigente com 21,9%.

Tabela 8 – Distribuição por cargo ocupado

Cargo que ocupa	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Médico(a)	9	14,1	14,1
Enfermeiro(a)	31	48,4	62,5
Fisioterapeuta	4	6,3	68,8
Gestor(a)	2	3,1	71,9
Higiene	4	6,3	78,1
Chefia / dirigente	14	21,9	100,0
Total	64	100,0	

Fonte: elaboração própria

Gráfico 5 – Distribuição por cargo ocupado



Fonte: elaboração própria

Por outro lado, na Tabela (9) e no Gráfico (6) a distribuição por tempo no cargo indica que 51,6% dos inquiridos têm menos de cinco anos de ocupação temporal no mesmo. Estes dados indicam-nos que a instituição é constituída por pessoas jovens, com experiência profissional, mas com pouco tempo de contacto entre elas.

Tabela 9 – Distribuição por tempo no cargo

Tempo no cargo	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
< 1 ano	11	17,2	17,2
1 a 4 anos	22	34,4	51,6
5 a 10 anos	14	21,9	73,4
> 10 anos	17	26,6	100,0
Total	64	100,0	

Fonte: elaboração própria

Gráfico 6 - Distribuição por tempo no cargo



Fonte: elaboração própria

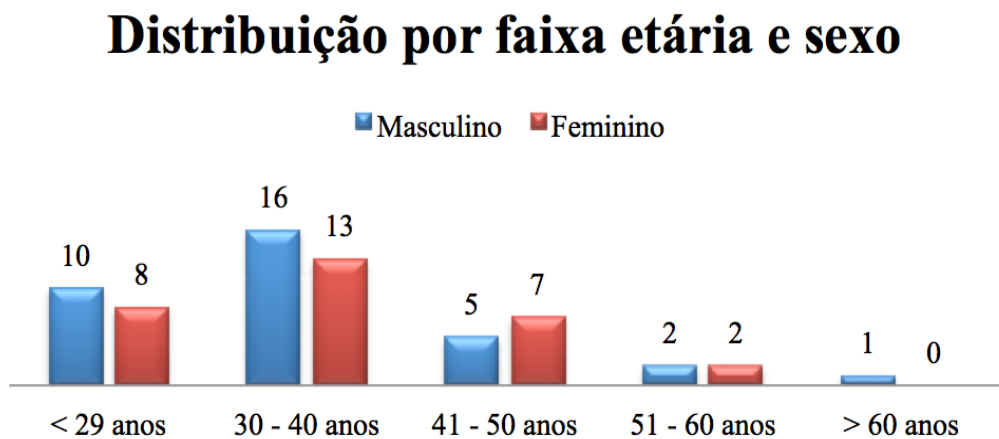
Em relação à análise da distribuição por faixa etária e sexo (Tabela 10 e Gráfico 7), revela-se uma situação equilibrada, de quase igualdade da frequência por sexos em cada uma das faixas etárias.

Tabela 10 – Distribuição por faixa etária e sexo

Faixa Etária	Sexo		
	Masculino	Feminino	Total
< 29 anos	10	8	18
30 - 40 anos	16	13	29
41 - 50 anos	5	7	12
51 - 60 anos	2	2	4
> 60 anos	1	0	1
Total	34	30	64

Fonte: elaboração própria

Gráfico 7 – Distribuição por faixa etária e sexo



Fonte: elaboração própria

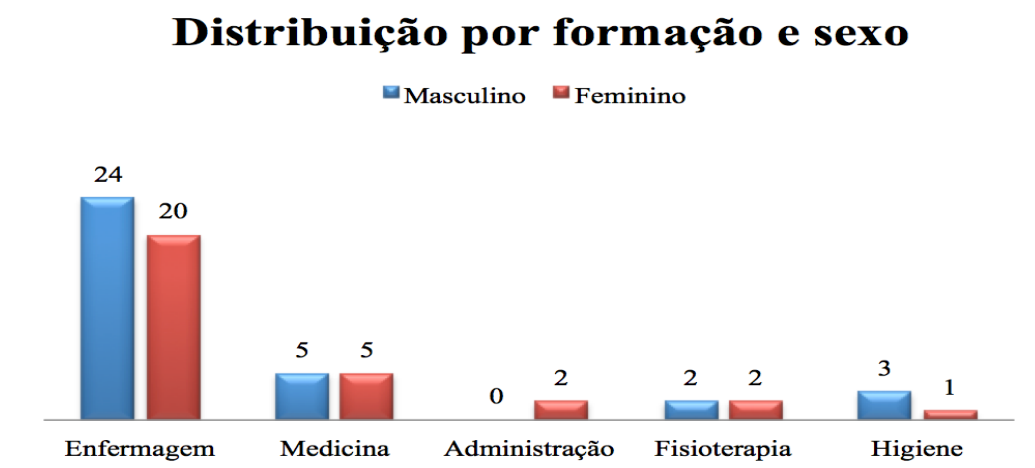
Já a análise da formação profissional por sexo (Tabela 11 e Gráfico 8), revela uma pequena preferência de contratação de profissionais do sexo masculino, principalmente nos profissionais de enfermagem e a inexistência de pessoas do sexo masculino com formação em administração.

Tabela 11 – Distribuição por formação profissional e sexo

Formação Profissional	Sexo		
	Masculino	Feminino	Total
Enfermagem	24	20	44
Medicina	5	5	10
Administração	0	2	2
Fisioterapia	2	2	4
Higiene	3	1	4
Total	34	30	64

Fonte: elaboração própria

Gráfico 8 – Distribuição por formação e sexo



Fonte: elaboração própria

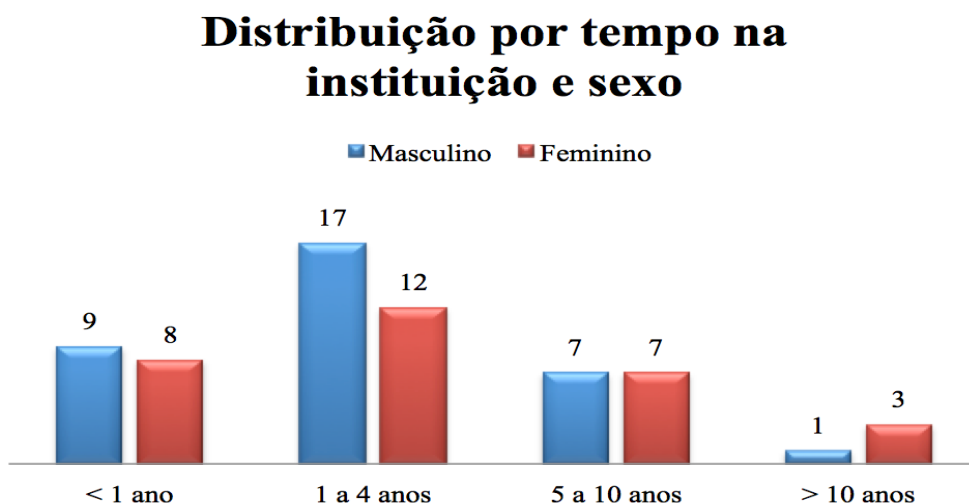
Quanto ao tempo de trabalho na instituição (Tabela 12 e Gráfico 9), não se registam diferenças significativas entre ambos os sexos, exceto nas faixas de trabalho de 1 a 4 anos e de mais de 10 anos de trabalho. Enquanto no primeiro caso é maior o número de profissionais do sexo masculino, no segundo caso de exceção, predominam os profissionais do sexo feminino.

Tabela 12 – Distribuição por tempo na instituição e sexo

Tempo na Instituição	Sexo		
	Masculino	Feminino	Total
< 1 ano	9	8	17
1 a 4 anos	17	12	29
5 a 10 anos	7	7	14
> 10 anos	1	3	4
Total	34	30	64

Fonte: elaboração própria

Gráfico 9 – Distribuição por tempo na instituição e sexo



Fonte: elaboração própria

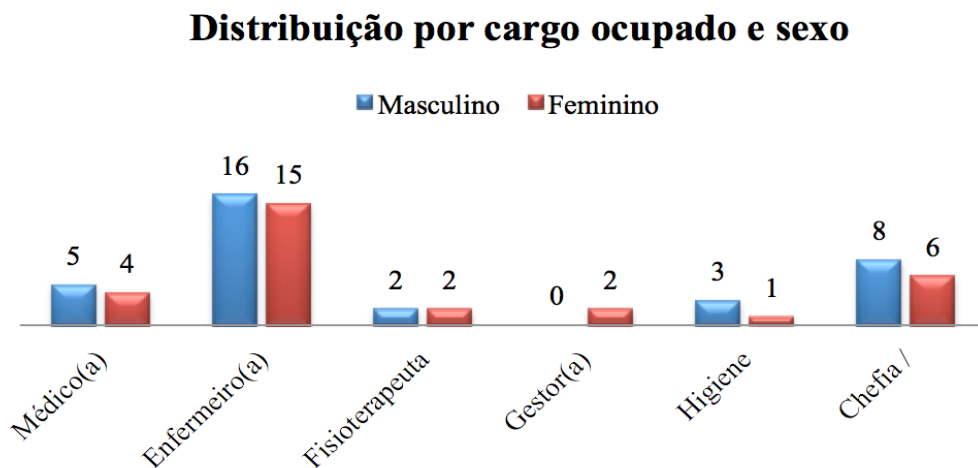
Na distribuição por cargo ocupado e sexo (tabela 13 e gráfico 10), a situação parece bastante equilibrada, sendo de notar que não existe grande diferença nos cargos de chefia quanto ao sexo do profissional, mas dos profissionais do sexo feminino apenas 20% atingem cargos de chefia quando nos profissionais do sexo masculino 24% dos mesmos encontram-se em cargos de chefia, o que revela um ligeira preferência por chefias do sexo masculino.

Tabela 13 – Distribuição por cargo ocupado e sexo

Cargo que ocupa	Sexo		
	Masculino	Feminino	Total
Médico(a)	5	4	9
Enfermeiro(a)	16	15	31
Fisioterapeuta	2	2	4
Gestor(a)	0	2	2
Higiene	3	1	4
Chefia / dirigente	8	6	14
Total	34	30	64

Fonte: elaboração própria

Gráfico 10 – Distribuição por cargo ocupado e sexo



Fonte: elaboração própria

4.1.2. Fiabilidade dos itens do questionário

No geral o questionário apresenta uma fiabilidade de 0,931 segundo os resultados do alfa de Cronbach, o que é considerado uma fiabilidade elevada. De referir que Maroco & Garcia-Marques (2013), sugerem que 0,6 é uma fiabilidade aceitável nos estudos em ciências sociais caso os resultados obtidos sejam analisados com precaução. Atendendo a que o questionário é constituído por escalas que são distintas, prossegue-se à apresentação e análise para cada escala.

Tabela 14 – Fiabilidade geral do questionário

Estatísticas de Fiabilidade

Alfa de Cronbach	N.º de Itens
,931	19

Fonte: Elaboração própria

4.1.2.1. Apoio da alta gerência

No caso dos itens referentes ao apoio da Alta Gerência verifica-se que os três itens obtêm uma fiabilidade de 0,682, considerada aceitável. Verificou-se que a eliminação do item Alta Gerência 3 aumentaria o grau de fiabilidade para 0,774. Considerando que não se atinge um grau de fiabilidade boa (acima dos 0,8) resolveu-se manter o item para não perder informação com a eliminação do mesmo, uma vez que a sugestão de Maroco & Garcia-Marques (2013), nos garante essa possibilidade.

Tabela 15 – Fiabilidade Apoio da Alta Gerência
Estatísticas de Fiabilidade

Alfa de Cronbach	N.º de Itens
0,682	3

Estatísticas Item-Total	Média da Escala com item retirado	Variância da Escala com item retirado	Correlação Item-Total corrigida	Alfa de Cronbach com o item retirado
Alta Gerência 1	8,281	2,999	0,595	0,466
Alta Gerência 2	8,391	3,162	0,553	0,522
Alta Gerência 3	8,672	3,113	0,370	0,774

Fonte: Elaboração própria

4.1.2.2. Cidadania da Qualidade

A fiabilidade dos itens referentes à Cidadania da Qualidade é de 0,808 e verifica-se que a eliminação do primeiro item da escala permite obter uma fiabilidade de 0,844. Ainda que haja um aumento da fiabilidade que pode ser considerado significativo, optou-se por manter o item, tendo por finalidade manter a informação que a sua eliminação implicaria.

Tabela 16 – Fiabilidade Cidadania da Qualidade

Estatísticas de Fiabilidade

Alfa de Cronbach	N.º de Itens
,808	3

Estatísticas Item-Total	Média da Escala com item retirado	Variância da Escala com item retirado	Correlação Item-Total corrigida	Alfa de Cronbach com o item retirado
Cidadania Qualidade 1	6,891	5,401	,551	,844
Cidadania Qualidade 2	7,234	5,262	,659	,735
Cidadania Qualidade 3	7,406	4,499	,770	,610

Fonte: Elaboração própria

4.1.2.3. Envolvimento do Trabalhador

A fiabilidade dos itens referentes ao envolvimento do trabalhador é de 0,784 e verifica-se que a eliminação de qualquer dos itens não se traduzirá em qualquer aumento da fiabilidade. Por outro lado, esta fiabilidade é considerável aceitável e acima do limiar de 0,7, situação em que a literatura considera existir uma fiabilidade boa.

Tabela 17 – Fiabilidade do Envolvimento do trabalhador

Estatísticas de Fiabilidade

Alfa de Cronbach	N.º de Itens
,784	3

Estatísticas Item-Total	Média da Escala com item retirado	Variância da Escala com item retirado	Correlação Item-Total corrigida	Alfa de Cronbach com o item retirado
Envolvimento trabalhador 1	6,781	5,951	,594	,741
Envolvimento trabalhador 2	7,641	5,123	,617	,715
Envolvimento trabalhador 3	7,266	4,928	,666	,659

Fonte: Elaboração própria

4.1.2.4. Projeto de Processo

Quanto aos itens do projeto de processo, a fiabilidade situa-se em 0,798 sem que a eliminação de qualquer dos itens contribua para um aumento da fiabilidade desta escala. De notar que o valor obtido está muito próximo do valor em que a fiabilidade é considerada elevada.

Tabela 18 – Fiabilidade Projeto de processo

Estatísticas de Fiabilidade

Alfa de Cronbach	N.º de Itens
,798	3

Estatísticas Item-Total	Média da Escala com item retirado	Variância da Escala com item retirado	Correlação Item-Total corrigida	Alfa de Cronbach com o item retirado
Projeto de processo 1	8,484	3,460	,602	,766
Projeto de processo 2	8,563	3,107	,633	,737
Projeto de processo 3	8,391	3,194	,696	,669

Fonte: Elaboração própria

4.1.2.5. Projeto de processos – Implementação

No caso dos itens referentes ao projeto de processos – implementação, regista-se uma fiabilidade de 0,842 sem que haja aumento da fiabilidade por eliminação de qualquer dos itens. Esta fiabilidade é elevada e evidência uma boa consistência interna da escala.

Tabela 19 – Fiabilidade de projeto de processos - implementação

Estatísticas de Fiabilidade

Alfa de Cronbach	N.º de Itens
,842	3

Estatísticas Item-Total	Média da Escala com item retirado	Variância da Escala com item retirado	Correlação Item-Total corrigida	Alfa de Cronbach com o item retirado
Projeto de processos - implementação 1	8,125	3,508	,695	,792
Projeto de processos - implementação 2	8,438	3,234	,757	,730
Projeto de processos - implementação 3	8,406	3,578	,671	,815

Fonte: Elaboração própria

4.1.2.6. Implementação – Resultados

No que diz respeito a esta escala, a fiabilidade é de 0,801 e a eliminação de qualquer dos itens não faz a mesma aumentar. De acordo com a literatura temos nesta escala uma fiabilidade elevada.

Tabela 20 – Fiabilidade de implementação - resultados

Estatísticas de Fiabilidade

Alfa de Cronbach	N.º de Itens
,801	4

Estatísticas Item-Total	Média da Escala com item retirado	Variância da Escala com item retirado	Correlação Item-Total corrigida	Alfa de Cronbach com o item retirado
Implementação - resultados 1	12,141	7,234	,578	,770
Implementação - resultados 2	12,094	6,753	,627	,747
Implementação – resultados3	11,813	7,679	,597	,761
Implementação - resultados 4	11,719	7,221	,667	,728

Fonte: Elaboração própria

4.2.3. Teste das Hipóteses

Para efetuar o teste das hipóteses foram correlacionadas as variáveis do nosso estudo utilizando o rho de Spearman. Na Tabela (21), pode verificar-se que existem correlações significativas entre todas as variáveis ao nível de significância 0,01. Os valores das correlações variam entre o mínimo de 0,413 e o máximo de 0,784. Isso permite afirmar que existem correlações positivas fracas e moderadas entre as diversas variáveis em análise.

Tabela 21– Correlações de Spearman

Correlações rho de Spearman		Alta_Ger	Cida_qual	env_trab	proj_process	proj_imp	impl_resul
Alta_Ger	rho	1,000	,436**	,499**	,584**	,556**	,606**
	Sig. (2-caudas)	.	,000	,000	,000	,000	,000
	N	64	64	64	64	64	64
Cida_qual	rho	,436**	1,000	,511**	,413**	,456**	,479**
	Sig. (2-caudas)	,000	.	,000	,001	,000	,000
	N	64	64	64	64	64	64
env_trab	rho	,499**	,511**	1,000	,641**	,473**	,674**
	Sig. (2-caudas)	,000	,000	.	,000	,000	,000
	N	64	64	64	64	64	64
proj_process	rho	,584**	,413**	,641**	1,000	,689**	,784**
	Sig. (2-caudas)	,000	,001	,000	.	,000	,000
	N	64	64	64	64	64	64
proj_imp	rho	,556**	,456**	,473**	,689**	1,000	,713**
	Sig. (2-caudas)	,000	,000	,000	,000	.	,000
	N	64	64	64	64	64	64
impl_resul	rho	,606**	,479**	,674**	,784**	,713**	1,000
	Sig. (2-caudas)	,000	,000	,000	,000	,000	.
	N	64	64	64	64	64	64

** . A correlação é significativa ao nível 0,01 (2-caudas).

Fonte: Elaboração Própria

H1a: O Apoio da alta gerência para a qualidade está positivamente relacionada com a cidadania de qualidade.

Regista-se um $\rho = 0,436$ ao nível de significância de 0,01 o que corresponde a uma correlação fraca positiva entre as duas variáveis, o que permite aceitar a hipótese.

H1b: O Apoio da alta gerência para a qualidade está significativamente relacionada com o envolvimento dos trabalhadores.

Regista-se um $\rho = 0,499$ ao nível de significância de 0,01 o que corresponde a uma correlação fraca positiva entre as duas variáveis, o que permite aceitar a hipótese.

H1c: O Apoio da alta gerência para a qualidade está positivamente relacionada com o projeto do processo.

Regista-se um $\rho = 0,584$ ao nível de significância de 0,01 o que corresponde a uma correlação moderada positiva entre as duas variáveis, o que permite aceitar a hipótese.

H1d: O Apoio da alta gerência para a qualidade está positivamente relacionada com a Implementação-Resultados de Qualidade Interna.

Regista-se um $\rho = 0,606$ ao nível de significância de 0,01 o que corresponde a uma correlação moderada positiva entre as duas variáveis, o que permite aceitar a hipótese.

H2: A Cidadania da Qualidade está positivamente relacionada com o envolvimento dos trabalhadores.

Regista-se um $\rho = 0,511$ ao nível de significância de 0,01 o que corresponde a uma correlação moderada positiva entre as duas variáveis, o que permite aceitar a hipótese.

H3: O envolvimento dos trabalhadores é significativamente relacionados com o processo do projeto.

Regista-se um $\rho = 0,641$ ao nível de significância de 0,01 o que corresponde a uma correlação moderada positiva, próxima de forte, entre as duas variáveis, o que permite aceitar a hipótese.

H4: O Projeto de Processos está significativamente relacionado com resultados de qualidade interna.

Regista-se um $\rho = 0,784$ ao nível de significância de 0,01 o que corresponde a uma correlação moderada positiva, próxima de forte, entre as duas variáveis, o que permite aceitar a hipótese.

H5: O processo do projeto – implementação está significativamente relacionado com a Implementação - resultados de qualidade interna.

Regista-se um $\rho = 0,713$ ao nível de significância de 0,01 o que corresponde a uma correlação moderada positiva, próxima de forte, entre as duas variáveis, o que permite aceitar a hipótese.

4.2.4. Regressão linear

Para efetuar a regressão linear é necessário confirmar que a variável Implementação de resultados – Qualidade Interna segue uma distribuição normal, efetuando o teste de normalidade. Na Tabela (22), pode verificar-se que o teste de Kolmogorov apresenta uma significância de 0,004 (inferior a 0,05), o que indica que a variável não segue uma distribuição normal. O mesmo acontece com o teste de Shapiro-Wilk, considerado por diversos autores como o teste a utilizar no caso de amostras pequenas como a do nosso estudo. Verificou-se também que o inquérito n.º 49 apresentava um valor isolado (*outlier*), tendo-se decidido retirar o inquérito da análise da regressão linear e proceder à normalização dos dados.

Tabela 22 – Teste de normalidade

Testes de normalidade	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	Graus de liberdade	Sig.	Estatística	Graus de liberdade	Sig.
impl_resul	,138	64	,004	,918	64	,000

a. Correção da significância de Lilliefors

Fonte: Elaboração própria



Após a normalização trabalhou-se com a variável normalizada *Zimpl_resul* e continuou-se a verificar que os testes de normalidade impedem efetuar a regressão linear.

Tabela 23 – Testes de normalidade para a variável normalizada

Testes de normalidade	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	Graus de liberdade	Sig.	Estatística	Graus de liberdade	Sig.
Zscore(impl resul)	,135	63	,006	,926	63	,001

a. Correção da significância de Lilliefors

Fonte: Elaboração própria

Uma possível explicação para esta situação estará na existência de muitos valores extremos em uma amostra de pequena dimensão como esta e conforme se pode verificar na Tabela (24).

Tabela 24 – Lista parcial dos valores extremos existentes na amostra

Valores extremos	Caso Número	Valor
1	54	1,21780
2	55	1,21780
Elevados 3	56	1,21780
4	57	1,21780
Zscore(impl_resul) 5	58	1,21780 ^a
1	2	-2,52470
2	1	-2,52470
Baixos 3	4	-1,90095
4	3	-1,90095
5	6	-1,58908 ^b

a. Only a partial list of cases with the value 1,21780 are shown in the table of upper extremes.

b. Only a partial list of cases with the value -1,58908 are shown in the table of lower extremes.

Fonte: Elaboração própria

Tabela 25 – Síntese do resultado das hipóteses

Hipótese:	Aceitação Rejeição
H1a: O Apoio da alta gerência para a qualidade está positivamente relacionada com a cidadania de qualidade.	Aceite
H1b: O Apoio da alta gerência para a qualidade está significativamente relacionada com o envolvimento dos trabalhadores.	Aceite
H1c: O Apoio da alta gerência para a qualidade está positivamente relacionada com o projeto do processo.	Aceite
H1d: O Apoio da alta gerência para a qualidade está positivamente relacionada com a Implementação-Resultados de Qualidade Interna.	Aceite
H2: A Cidadania da Qualidade está positivamente relacionada com o envolvimento dos trabalhadores.	Aceite
H3: O envolvimento dos trabalhadores é significativamente relacionados com o processo do projeto.	Aceite
H4: O Projeto de Processos está significativamente relacionado com resultados de qualidade interna.	Aceite
H5: O processo do projeto – implementação está significativamente relacionado com a Implementação - resultados de qualidade interna.	Aceite

Fonte: Elaboração própria

CAPÍTULO V

5.1. CONCLUSÃO

O presente trabalho teve por objetivo geral avaliar o grau de satisfação profissional dos funcionários no apoio de alta gerência para a qualidade na UCI. Os dados observados nas respostas dadas pelos respondentes permitem afirmar que o grau de satisfação profissional dos funcionários é elevado e que os mesmos estão envolvidos nos processos de melhoria da qualidade. Refira-se a esse respeito que, de acordo com os dados prestados pelos inquiridos, o processo de Gestão da Qualidade Total tem afetado positivamente a moral dos funcionários da UCI.

Em termos dos objetivos específicos, estes também foram alcançados e permitem concluir o seguinte:

- Existe um elevado grau de participação da gestão de topo no processo de melhoria da qualidade dos serviços na UCI;
- Os altos dirigentes assumem a responsabilidade pelo desempenho de qualidade na UCI quer através de ações de planeamento e controlo das atividades, quer através de incentivos aos funcionários, os quais incluem questões como a do envolvimento dos mesmos nas decisões ou o trabalho em equipa;
- Verificou-se que a organização estende o seu compromisso de qualidade para a comunidade externa ao liderar projetos de que apoiam a educação, a segurança, a conservação de recursos naturais ou a prestação de serviços comunitários na comunidade;
- Desde que o sistema da qualidade foi implementado que há uma notável redução de erros e um menor tempo de espera na UCI, ou seja, a concepção do processo minimiza as chances de erros dos funcionários na UCI;
- Os funcionários estão sensibilizados para as questões de qualidade e inclusive medem as necessidades da qualidade de serviços prestados aos Utentes e a satisfação dos mesmos;

- Os níveis de trabalho foram reduzidos devido à existência da gestão da qualidade, onde todos os funcionários da UCI percebem o que têm de fazer em prol de um serviço de qualidade.

5.1.1. Implicação para a gestão empresarial e para a ciência

A análise dos dados empíricos do corrente trabalho permitem concluir que a Gestão da Qualidade Total assume hoje um papel determinante numa área de atuação distinta daquela para a qual foi inicialmente pensada. Verifica-se no caso desta UCI que a Alta Gerência e os funcionários estão comprometidos com a Qualidade Total e que o papel da Alta Gerência é fundamental para que seja criada uma consciência da qualidade em todos os processos organizacionais. O estudo permite confirmar a importância do trabalho em equipa e que para a obtenção de bons resultados é necessário o envolvimento dos funcionários nas decisões que se destinam ao aumento ou à melhoria do desempenho da UCI.

Ao nível científico verifica-se com o presente estudo que o planeamento, a existência de uma noção sobre os processos organizacionais por parte dos funcionários, o controlo por parte da Alta Gerência e o tipo de liderança utilizado por esta, contribuem para uma maior sensibilização e envolvimento dos funcionários, o que por sua vez contribui para uma melhor implementação dos processos e melhores resultados nas atividades desenvolvidas. Conforme se verifica na tabela 25, todas as hipóteses foram aceites e representam um contributo para a ciência, ainda que pequeno, considerando a dimensão da nossa amostra, mas que não deixa de ser importante, uma vez que confirmam o nosso modelo e as relações entre as variáveis.

Com base nos resultados, também é possível concluir sobre a importância do tema para a gestão prática:

- A cidadania da qualidade depende do apoio da alta gerência e quanto maior for esse apoio maior será o grau de cidadania alcançado;
- O apoio da alta gerência em um tema como a qualidade total tem impacto no envolvimento dos funcionários, ou seja quanto mais a alta gerência se empenhar e demonstrar esse empenho, maior será o envolvimento dos funcionários;

- O projeto do processo obterá melhores resultados quanto maior for o envolvimento da alta gerência, o mesmo ocorrendo com a implementação e os resultados da implementação do projeto;
- Para melhorar a cidadania da qualidade haverá que envolver os trabalhadores no processo de qualidade.

Na implementação da qualidade total é necessário, mas não suficiente, assegurar a liderança, o compromisso e participação da alta gerência, e a coordenação entre as diversas áreas envolvidas. Os resultados do nosso estudo sugerem a importância de uma boa comunicação entre a alta gerência e os funcionários, assegurando que há uma efetiva participação dos funcionários nas decisões, bem como de existir trabalho em equipa. Tratando-se de uma UCI, parece quase uma evidência a necessidade de uma boa comunicação e de existência de trabalho em equipa, no entanto o que aqui se sublinha é a existência dessa boa comunicação e trabalho em equipa em atividades de gestão da qualidade total e não em atividades de saúde, onde normalmente já existe, pois as atividades de implementação e manutenção de um projeto de qualidade total podem ser vistos pelo profissional de saúde como atividades secundárias, de natureza burocrática, sem impacto direto nos cuidados de saúde a prestar aos doentes. Daí uma maior necessidade de sensibilizar, envolver e implicar os profissionais nas atividades de gestão da qualidade total.

5.1.2. Limitações ao estudo e propostas de estudos futuros

No presente estudo verificaram-se algumas limitações, das quais são de referir como principais as seguintes:

- Dificuldade de acesso a alguma documentação, nomeadamente artigos científicos que implicavam pagamento para consulta dos mesmos;
- Necessidade de sensibilizar as pessoas para responderem ao nosso questionário;
- Limitações temporais de acesso aos questionados;
- Número de questionários completos e validados;
- Os resultados obtidos nos questionários implicaram trabalhar com o rho de Spearman em lugar do r de Pearson como originalmente tinha sido planeado;
- Não foi possível efetuar o estudo de regressão linear por violação dos pressupostos para a sua aplicação.



Para o futuro consideramos interessante e oportuno dar continuidade ao presente estudo, começando desde logo por resolver algumas das limitações anteriormente apresentadas. Nesse sentido será importante ampliar o estudo a outras UCI e obter uma amostra mais ampla no caso angolano. Consideramos também importante efetuar uma revisão aprofundada dos estudos existentes, com recolha dos resultados obtidos, de modo a efetuar uma meta-análise dos estudos referentes a instituições de saúde no que diz respeito à implementação da gestão da qualidade total. Outro estudo que poderá dar grandes contributos para a ciência, será um estudo comparativo em UCI's dos países de expressão oficial portuguesa, e verificar se há diferenças significativas entre os distintos países. Por último consideramos importante verificar se os distintos tipos de culturas afetam a elaboração e implementação dos projetos de gestão da qualidade total, bem como efetuar um estudo referente aos erros e problemas na implementação da gestão da qualidade total.



CAPÍTULO VI

6.1. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Biscaia, A. *et al.* (2003). Política de gestão de recursos humanos na saúde em Portugal – controvérsias. *Revista Portuguesa da Clínica Geral*; 19: 281-9.

Campos, L. *et al.* (2010). Plano Nacional de Saúde (2011 - 2016) – A qualidade dos cuidados e dos serviços. Universidade de Lisboa.

Colauto, R. D., & Beuren, I. M. (2003). Propostas para Avaliação da Gestão do Conhecimento em Entidade Filantrópica: o Caso de uma Organização Hospitalar. *RAC*, 7(4), 163-185.

Cunha, M. P. *et al.* (2012). Manual de Gestão de Pessoas e do Capital Humano. (2ª edição). Edições Sílabos: Lisboa. ISBN: 978-972-618-568-0.

Curtis, J. R. *et al.* (2006). Intensive care unit quality improvement: A “how-to” guide for the interdisciplinary team. *Crit Care Med* 2006 34(1). DOI: 10.1097/01.CCM.0000190617.76104.AC

Crosby, P. B. *et al.* (1992). Department of the Navy Office of the Under Secretary of the Navy Total Quality Leadership Office. TQLO Publication N°. 92-02. DSN: 332-8990. Recuperado em 16 de Setembro em: <http://dtic.mil/dtic/tr/fulltext/u2/a256399.pdf>

DGS, (2009). Programa Nacional de Creditação em Saúde. Ministério da Saúde. Recuperado em: 1 de Agosto de 2015 em: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/programanacionaldeacreditacaoensaude.pdf>

Domingues, I. (2003). Gestão da Qualidade nas Organizações Industriais: Procedimentos, Práticas e Paradoxos. Celta Editora: Portugal. ISBN: 972-774-183-5.



Fernandes, A. (2000). *Qualidade de serviço: Pela gestão Estratégica*. Editora Pergaminho, Lda. Cascais: Portugal. ISBN: 972-711-391-5.

Freitas, A. L. P. (2005). *A qualidade em serviços no contexto da competitividade*. Revistas Produções. ISSN 1676 – 1901. 5(1) Março de 2005. Brasil.

Freixo, M. (2012). *Metodologia Científica: Fundamentos Métodos e Técnicas* (4ª edição). Instituto Piaget: Lisboa. ISBN: 978-989-659-114-4.

Gomes, F. G. D. R. (2014). *Desenvolvimento de metodologias de implementação de sistemas de gestão da qualidade para USF*. Portugal. Recuperado em: 3 de agosto em: <http://repositorio.ipvc.pt/handle/123456789/1214>

Gonçalves, E.L. (1998). *Estrutura Organizacional do Hospital Moderno*. RAE - Revista de Administração de Empresas, Jan./Mar. 1998, São Paulo, Brasil, 38(1), p. 80-90.

Groene, O. *et al.* (2008). An international review of projects on hospital performance assessment. *International Journal for Quality in Health Care* 2008; 20(3), p. 162–171.

Gupta, V. *et al.* (2014). Depiction of Total Quality Management during a Spanof 2003-2013. *Journal of Engineering and Technology*, Jul-Dec. 4(2). DOI: 10.4103/0976-8580.141170

Harer, J. B. (2012). The Prevalence of Quality Management System Options in United States Academic Libraries. *New Review of Academic Librarianship*, 18:72-87. DOI: 10.1080/13614533.2012.662927

Hartman, S. J. *et al.* (2002). Relationships among quality management, IS use and organizational performance in the health care and non-health care setting. *Total quality management*, 13(7), 927 – 943.



Heiby, J. (2013). The use of modern Quality improvement approaches to strengthen African health systems: a 5-year agenda. *International Journal for Quality in Health Care* 2014; 26(2), 117 -123.

Hill, M., & Hill, A. (2012). *Investigação por questionário*. (2ª edição). Edições Sílabo: Lisboa. ISBN: 978-972-618-273-3.

Holt, D. *et al.* (2014). Framing and enhancing distributed leadership in the quality management of online learning environments in higher education. 35(3), 382 – 399. <http://dx.doi.org/10.1080/01587919.2015.955261>

ISO, (2012). *Quality management principles*. ISBN: 978-92-67-10573-4. Recuperado em 28 de Julho, de: www.iso.org/iso/qmp_2012.pdf

ISQua, (2000). The International Society for Quality in Health Care, Inc. President's Annual Report to Members. *International Journal for Quality in Health Care*; 12(1), 79-80.

Juran, J. M. & Godfrey, A. B. (1998). *Juran's quality handbook. The Quality Control Process*. Fifth Edition. McGraw – Hill. ISBN: 0-07-034003-X. Recuperado em 16 de Setembro em: <http://www.pqm-online.com/assets/files/lib/books/juran.pdf>

JCI, (2010). *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals Standards Lists Version. 4th Edition. Effective January 2011*. ISBN: 9781599404349. Recuperado em 27 de Julho, em: http://www.jointcommissioninternational.org/assets/1/14/IAS400_Sample_Pages.pdf

Laureano, S. (2013). *Testes de Hipóteses com SPSS: O meu manual de consultas rápidas*. (2ª edição). Edições Sílabo: Lisboa. ISBN: 978-972-618-735-6.

Leemans, K. *et al.* (2014). Quality indicators for palliative care services: Mixed-method study testing for face validity, feasibility, discriminative power and usefulness. *Palliative Medicine* 2015, 29(1), 71-82. DOI: 10.1177/0269216314546712



Lima, M. B. B. P. B. (2007). Gestão da Qualidade e o redesenho de processo como modelo de desenvolvimento Organizacional em Hospital Públicos e Universitários: O Caso do Hospital das Clinicas UNICAMP, Campinas. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Engenharia Mecânica, Universidade Estadual de Campinas. Brasil: Recuperado em 23 de Outubro de 2014, de <http://www.hc.unicamp.br/qualidade/TeseMariaBernadete.pdf>

Lin, B., & Clousing, J. (1995). Total quality management in health care: a survey of current practices. Total quality management. 6(1), 0954-4127/95/010069-10. Journals Oxford Ltd.

Lourenço, L. (2010). Mourinho: A descoberta Guiada. (3ª edição) Prime Books: Lisboa. ISBN 978-989-655-060-8.

Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2013). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas. Laboratório de Psicologia, 4(1), 65-90.

Martin, V., & Henderson, E. (2004). Gestão de Unidades de Saúde e de Serviços Sociais. Monitor – Projetos e Edições, Lda. Lisboa – Portugal. ISBN: 972-9413-60-6.

Martins, A. E., & Lopes, A. (2012). Capital Intelectual e Gestão Estratégica de Recursos Humanos - Fundamentos e estrutura da gestão do conhecimento nas organizações. (2ª edição). Editora RH, Lda: Lisboa. ISBN: 978-972-8871-38-3.

Mattke, S. *et al.* (2006). The OECD Health Care Quality Indicators Project: history and background. International Journal for Quality in Health Care; p. 1–4.

Maxwell, J. C. (2010). O líder 360º: desenvolvendo a sua influência a partir de qualquer ponto da organização. Smartbooks: Lisboa. ISBN: 978-989-8297-57-0.

Mellat-Parast, M. (2014). Linking quality citizenship to process design: a quality management perspective, International Journal of Production Research, 52(18), 5484 5501. DOI: 10.1080/00207543.2014.916043



Morais, L. (2012). *Liderança e Estratégia: Casos de Inovação nas Organizações de Saúde*. Escolar Editora: Lisboa. ISBN 978-972-592-337-5.

Moura, G. M. S. S. *et al.* (2013). Expectativa da equipa de enfermagem em relação a liderança. *Acta Paul Enferm.* 2013; 26(2), 198-204.

Nelson, B., & Economy, P. (2013). *A Bíblia da gestão: Os melhores e mais atuais recursos de gestão*. (3ª edição). Gestão plus Edições: Portugal. ISBN: 978-989-8115-82-9.

Norma Portuguesa, (2008). *Sistemas de gestão da qualidade Requisitos*. (3ª edição). Portugal. 406/2008, de 2008-11-14.

Novikova, N. V. (2012). Quality Management System in MSUN: Achievements and Ways of Development. *Asia-Pacific Journal of Marine Science & Education*, 2(2), 131-143.

Paim, J. S., & Teixeira, C. F. (2006). Política, planeamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Rev Saúde Pública* 2006; 40 (N Esp): 73-8.

Parente, S., & Loureiro, R. (1998). *Gestão da Qualidade em Saúde. O Modelo da European Foundation for Quality Management*. *Acta Médica Portuguesa* 1998; 11 979-988. Hospital de São Francisco Xavier. Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa.

Pereira, A., & Poupa, C. (2012). *Como escrever uma tese monografia ou livro científico usando o word*. (5ª edição). Edições Sílabo: Lisboa. ISBN: 978-972-618-691-5.

Pereira, R. C. (2013). *Qualidade e Certificação em Saúde: Representações e posições sociais num terreno hospitalar*. Tese de Mestrado Apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto em Sociologia e Saúde. Recuperado em 24 de Julho, de: sigarra.up.pt/fmup/pt/publs_pesquisa.show_publ_file?pct_gdoc_id...

Peres, A. M., & Ciampone, M. H. T. (2006). Gerência e Competências Gerais do Enfermeiro. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2006 Jul-Set; 15(3): 492-9.



Pinto, J. M. (2002). Gestão da Qualidade - Formação on – line. Manual do Formando. Recuperado em 3 de Novembro de 14, de http://elearning.iefp.pt/pluginfile.php/48029/mod_resource/content/0/2__Manual_do_formando_qualidade.pdf

PNS, (2012 - 2016). Eixo Estratégico - Qualidade em Saúde. Portugal. The New NHS: UK, 1997.

PNUD, (2013). Relatório do Desenvolvimento Humano. A Ascensão do sul: Progresso Humano num Mundo Diversificado. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento 1 UN Plaza, New York, NY 10017, USA. ISBN: 978-92-1-12630-4.

Pocinho, M. (2012). Metodologia de Investigação e Comunicação do Conhecimento Científico. Lidel – Edições Técnicas, Lda: Lisboa. ISBN: 978-972-757-916-7.

Ribeiro, A. M. O. (2006b). Certificação da qualidade e desempenho empresarial : evidência empírica para Portugal. Universidade de Minho. Recuperado em 1 de Julho de 15, de <http://hdl.handle.net/1822/6252>

Ribeiro, D. M. O. (2006a). Gestão para a Qualidade em Serviços de Saúde Pública: Um estudo de caso sobre a Liderança Situacional. (Tese de Doutoramento). Florianópolis: Brasil. Recuperado em 17 de Outubro de 2014, de <http://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/88686/226139.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Santos, I., & Castro, C. B. (2008). Estilos e Dimensões da Liderança: Iniciativa e investigação no quotidiano do trabalho de enfermagem hospitalar. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4), 734-42.

Secanell, M. *et al.* (2014). Deepening our understanding of quality improvement in Europe (DUQuE): overview of a study of hospital quality management in seven countries. *International Journal for Quality in Health Care* 2014; 26(1), 5–15.



Serapioni, M. (2009). Avaliação da Qualidade em Saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 85, Junho 2009: 65-82.

Serapioni, M., & Silva, M. G. C. (2010). Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família em municípios do Ceará. Uma abordagem multidimensional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(11), 4315-4326.

Silva, B. (2006). *Estatística para Ciências Humanas*. Lito - Tipo, Lda: Luanda – República de Angola. Depósito Legal n.º 2089/2003.

Silva, R. P. C. (2012). *Indicadores de Gestão em Cuidados Intensivos*. (Tese de Mestrado). Instituto Superior de Engenharia do Porto: Portugal. Recuperado em 27 de Outubro de 2014 de http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/2836/1/DM_RuiSilva_2012_MEI.pdf

Simões, A. L. A., & Fávero, N. (2003). O Desafio da liderança para o enfermeiro. *Rev Latino-am Enfermagem* 2003 setembro-outubro; 11(5), 567-73.

Smith, S. S. *et al.* (2013). The Green Quality Function Deployment Method for Business Management. *Transactions of the SDPS: Journal of Integrated Design and process Science* 17(2), 37-58. DOI: 10.3233/jid-2013-0010

Sofia, D., & Riço, P. (2013). *A gestão da qualidade na associação industrial do distrito de Aveiro*. Universidade de Aveiro Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial: Portugal. Recuperado em 17 de Outubro de 2014, de <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/12392/1/tese.pdf>

Sousa, M. J., & Baptista C. S. (2011). *Como fazer Investigação, Dissertação, Teses e Relatórios Segundo Bolonha (4ª edição)*. Pactor-Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação: Lisboa. ISBN: 978-989-693-001-1.



Steinmann, G., & Caldeira, A. (2003). Tipos de liderança na relação dos gestores com seus assessores: Caderno de Pós-Graduação em Administração de Empresas. São Paulo-Brasil, 3(1), 59-72.

Tabrizi, J. S. *et al.* (2011). Advantages and Disadvantages of Health Care Accreditation Models. *Health Promotion Perspectives*, 1(1), 1-31.

Vanichchinchai, A., & Igel, B. (2011). The impact of total quality management on supply chain management and firm's supply performance, *International Journal of Production Research*. 49(11), 3405-3424. DOI: 10.1080/00207543.2010.492805

Vilelas, J. (2009). *Investigação: O processo de construção de conhecimento*. Edições Sílabo Lda: Lisboa. ISBN: 978-972-618-557-4.

Wehbe, G., & Galvão, C. M. (2001). O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações. *Rev Latino-am Enfermagem* 2001 março; 9(2), 86-90.

WHO, (1989). *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps - A manual of classification relating to the consequences of disease*. Geneva. ISBN: 924 154 1261. Recuperado em 31 de Julho em: 9241541261_eng.pdf

Wiele, T. V. (1995). Quality management in a teaching organization. *Total quality management*, 6(5&6), 0954-4127/95/050497-12. Journal Oxford Ltd.



ANEXO I

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO



À

Direção da Clínica Multiperfil (Luanda).

=LISBOA / PORTUGAL=

Assunto: Pedido de autorização para inquérito e observação da Gestão da Qualidade na Unidade de Cuidados Intensivos.

No âmbito do curso de Mestrado em Gestão de Empresas, na especialidade de Planeamento e Estratégia Empresarial e de Gestão e Economia da Saúde, **Henriques de Ossó Nunda**, pretende desenvolver o Trabalho de Projeto para Dissertação, com o tema: “Gestão da Qualidade na Unidade de Cuidados Intensivos”, cuja orientação está a cargo da Professora Doutora Denise Capela dos Santos, da Universidade Autónoma de Lisboa - Luís de Camões.

Com este trabalho pretendemos estudar o programa de gestão da qualidade com melhoria de processos nas organizações hospitalares na área da UCI, pela própria natureza e diversidade dos serviços prestados, e principalmente pela necessidade social dessas instituições. Assim, contribuir ativamente para a prestação de serviço com qualidade redução/eliminação de desperdícios de recursos, quer sejam humanos, materiais, temporais e financeiros na Unidade de Cuidados Intensivos a nível do hospital como um todo, uma vez sendo um dos principais centros de custo da organização, preservando sempre a qualidade de serviço prestado aos utentes.

Para que esta avaliação seja feita é necessário aplicar-se um inquérito através de um questionário aos profissionais que trabalham na Unidade de Cuidados Intensivos.

O questionário é anónimo. Os dados da Clínica serão confidenciais e serão tratados em bloco para o trabalho de mestrado a publicar. Caso seja do interesse de V. Exas. estamos inteiramente disponíveis para fazer o tratamento de dados exclusivamente da Clínica e de os divulgar apenas à respetiva administração.

Encontramo-nos disponíveis para qualquer esclarecimento.



Respeitosos Cumprimentos

Henriques de Ossó Nunda

(Mestrando na Universidade Autónoma de Lisboa)

Prof. Doutora Denise Capela dos Santos

(Orientadora de Mestrado da Universidade Autónoma de Lisboa)

LISBOA, MARÇO DE 2015



ANEXO II

QUESTIONÁRIO A PROFISSIONAIS DA UCI



No âmbito do mestrado em gestão de empresas, especialidade em planeamento estratégico empresarial, estando presentemente a desenvolver uma pesquisa referente a um estudo sobre o tema: Gestão da Qualidade na Unidade de Cuidados Intensivos da Clínica Multiperfil em Luanda – Angola. Solicito a V. Exa. a colaboração no estudo que estou a desenvolver sobre a Qualidade na UCI e o seu impacto na população Angolana.

Logo, solicitamos SINCERIDADE no preenchimento do questionário.

O questionário é ANÓNIMO e as respostas são confidenciais, sendo os dados tratados com toda a privacidade.

Desde já, agradecemos sua colaboração, assumindo o compromisso de comunicar-lhe os resultados deste estudo quando concluído, caso o solicite.

Por favor leia atentamente todas as questões e assinale com um X na resposta que achar como correta.

No final do preenchimento verifique se respondeu a todas as questões por favor.

ANTECIPADAMENTE GRATO.



Por favor coloque um X no quadrado adequado

a. Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino

b. Idade: Até 29anos ☐ De 30-40 anos ☐ 41-50 anos ☐
De 51-60 anos ☐ Maior de 60 anos ☐

c. Formação Profissional:

Enfermagem ☐ Medicina ☐ Administração ☐
Fisioterapia ☐ Higiene ☐

d. Tempo na instituição: Menos de 1 ano ☐ 1-4 anos ☐ 5-10 anos ☐
Mais 10 anos ☐

Cargo que ocupa _____

Tempo no cargo: Menos de 1 ano ☐ De 1-4 anos ☐
De 5-10 anos ☐ Mais de 10 anos ☐

Classifique as afirmações que se seguem e coloque um X no quadro que melhor se adequa à sua realidade. Considere:

1 - discorda totalmente; 2 – discorda parcialmente; 3 – não concorda nem discorda; 4 – concorda parcialmente; 5 - concorda plenamente.

1	Apoio da alta gerência (Lin, B., & Clousing, J. 1995).	1	2	3	4	5
1.1	A alta gestão estabelece medidas para encorajar os funcionários a participar na melhoria da qualidade de serviços na UCI.					
1.2	A alta gestão está diretamente relacionada com a melhoria de processos e assume a responsabilidade de desempenho de qualidade na UCI.					
1.3	Os funcionários estão conscientes da missão da alta gestão na UCI e na sociedade.					
2	Cidadania da qualidade (O próprio)	1	2	3	4	5
2.1	A alta gestão estabelece programas que têm como objetivos prevenir doenças e promover saúde na sociedade.					
2.2	A alta gestão lidera projetos de que apoiem a educação, a segurança, a conservação de recursos naturais ou a prestação de serviços comunitários na comunidade.					
2.3	A alta gestão toma iniciativa para apoiar a comunidade.					
3	Envolvimento dos trabalhadores (O próprio)	1	2	3	4	5
3.1	Todos os colaboradores da UCI são envolvidos na resolução de problemas do serviço.					
3.2	É prática comum o envolvimento dos funcionários da UCI na tomada de decisão. Antes de haver uma decisão por parte do diretor do serviço, é ouvida a opinião dos colaboradores.					
3.3	A alta gestão tem envolvido os funcionários nas decisões para a melhoria de desempenho na UCI.					

4	Projeto do Processo (O próprio)	1	2	3	4	5
4.1	Todos os funcionários da UCI percebem o que têm de fazer em prol de um serviço de qualidade.					
4.2	A alta gestão tem programas planeados para o alto desempenho da qualidade na UCI.					
4.4	Há uma forte obrigação, imposta pela alta gestão, em termos do cumprimento de regras de comunicação, formação e reconhecimento de procedimentos de qualidade na UCI.					
5	Projeto de processos – Implementação (Lin, B., & Clousing, J. 1995).	1	2	3	4	5
5.1	A alta gestão incentiva os funcionários a trabalhar em equipa para o programa da Gestão de Qualidade Total.					
5.2	A atitude para implementação do programa da Gestão da Qualidade Total por parte da equipa é muito positiva.					
5.3	São notórios os esforços da alta gestão no planeamento e implementação contínua do programa da Gestão de Qualidade Total na UCI.					
6	Implementação – Resultados de Qualidade Interna (Lin, B., & Clousing, J. 1995).	1	2	3	4	5
6.1	O processo de Gestão da Qualidade Total tem afetado positivamente a moral dos funcionários da UCI.					
6.2	Os Funcionários medem as necessidades da qualidade de serviços prestados aos Utentes e a satisfação dos mesmos.					
6.3	Desde a implementação do sistema de qualidade no serviço que os funcionários distinguem melhor quem são os seus utentes, melhoraram a produtividade, e fazem um acompanhamento da melhoria contínua do serviço da unidade.					
6.4	Desde que o sistema da qualidade foi implementado que há uma notável redução de erros e um menor tempo de espera na UCI.					



ANEXO III
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Universidade Autónoma Luís de Camões
Departamento de Ciências económicas Empresariais
15 de Março de 2015

Termo de Consentimento livre e esclarecido

O meu nome é **Henriques de Ossó Nunda**, funcionário da Clínica Multiperfil em Luanda – Angola, encontro – me a frequentar o Mestrado em Gestão de Empresas, na Especialidade de Planeamento Estratégico Empresarial e de Gestão e Economia da Saúde na **Universidade Autónoma de Lisboa Luís de Camões**, e na Escola Superior de Gestão e Negócios, estando presentemente a desenvolver uma tese sobre o tema: Gestão da Qualidade na Unidade de Cuidados Intensivos da Clínica Multiperfil em Luanda – Angola.

Gostaria de solicitar a sua colaboração, respondendo a este inquérito. O mesmo é anónimo e as respostas são confidenciais, sendo os dados tratados com toda a privacidade e apenas informação estatística.

Asseguro ter sido esclarecido sobre a minha autonomia em decidir participar do estudo, garantindo que serão utilizados nomes imaginários e, caso haja desistência ou recusa da minha parte a qualquer momento do estudo até a sua publicação retirando do estudo sem qualquer prejuízo.

Declaro estar ciente das informações contidas neste termo de consentimento livre e esclarecido e concordo em fazer parte deste estudo.

No final do preenchimento verifique se respondeu a todas as questões.

Portugal – Lisboa:

O inquerido.....



Obrigado pela sua atenção

Henriques de Ossó Nunda

Maria das Neves I.P. Paudim
 e a cidade mais longe Rdguez
 Aldineir V. de Lencastre



Joaquim Gonçalo Romão
 Linda Salazar

Domingos João
 Basílio Sabido Helo
 Siassir Erius

Nelson Sebastião David

Maria Fernanda B. Mendes de Oliveira

Leopoldo Alves Ribeiro

Klaus José L. D. António

Calumbengui Rogério

Pedro

Olara

Nuno M.

Cândida da Silva

Violante Terramoto Bravo da Rosa

Henrique Jesus Afonso

Arin Saliz. Bito

BERNARDO CAETANO

Aldino Martins Tchivole

Joaquina Rosa Machado G. Monte

José Manuel Costa

Maria da Graça A. Agostinho

Domingos GUA R. P. Brito

Jesus Alfredo Ganga

Seth V. Lohon
 Francisco Gaspar Mello
 Maria Gabriela Jacinto
 Helena U.F. Luciano Chimuani
 Martins Felismino Correia Viana
 Silvio D. Baptista



* Alfredo Ventura Demos
 x Aray Hernániz Mont'ny.
 * Carlos Veloso Chicape Barros
 * Dayde Wilma Cavares Jordão
 x Verchuel León Rodríguez.
 Victória
 x Anáji Pelicano
 Leonardo M. Figueira
 x Marie Luze Afonso
 x Alberto António
 * Dr. Nivaldo Ferraz Ferraz  928 637 656
 * Olga Catarina L. Samuel - 998 555 382
 x Lúcia Louisa Silva de Azevedo
 x Suzana Vicente Allino
 X - Adão Domingos Quilanda
 x - Angelo Zala Cabasa

- Juscilina Sandra Pedro Tanana



- Jovana Pereira
- Angélica Gerente Xamposoniza
- Jacintha Gomes

- Santiago Isaac Pérez Tanana

- ARMANDO A. G. Araújo

- *Morais e Alves*

- RARPA DEONÍ CORREA

- André Colares

- Rosângela A. Rommingues (RO.albina64@HOTMAIL.COM)

- Isabel M. Z. Piedade

- Isabel Juana Martins

- Eonília Domingos A. Araújo

- Daniel Alberto



ANEXO IV

CLÍNICA MULTIPERFIL

Figura 2: Clínica Multiperfil



Fonte: www.portalangop.co.ao