

Qualidade e Comunicação nas Organizações de Saúde

Aplicação prática no Hospital CUF Infante Santo

Paula Cristina dos Santos Quintino

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de:

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

Orientadora:

Prof. Doutora Maria Margarida S. M. M. Saraiva

Qualidade e Comunicação nas Organizações de Saúde
Aplicação prática no Hospital CUF Infante Santo



Universidade de Évora

Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa

Universidade de Évora



Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa



**QUALIDADE E COMUNICAÇÃO NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE:
APLICAÇÃO PRÁTICA NO HOSPITAL CUF INFANTE SANTO**

Paula Cristina dos Santos Quintino

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de
Mestre em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde
Especialização em Políticas de Administração e Gestão dos Serviços de Saúde



Orientadora:

Prof. Doutora Maria Margarida S. M. M. Saraiva

170302

Évora
2009

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

Instituição: Universidade de Évora
Escola Superior de Tecnologias de Saúde de Lisboa

Título: Qualidade e Comunicação nas Organizações de Saúde
Aplicação Prática no Hospital CUF Infante Santo

Autor: Paula Cristina dos Santos Quintino

Orientador: Professora Doutora Maria Margarida S.M.M.M. Saraiva

Data: Maio 2009

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho só foi possível devido ao contributo de um conjunto de pessoas a quem quero expressar o meu agradecimento.

De uma forma especial agradeço à Prof. Doutora Margarida Saraiva pelo apoio, disponibilidade, orientação, sugestões que tanto me ensinaram e ainda pelo entusiasmo, incentivo e amizade manifestados.

Aos meus pais por me terem proporcionado as condições necessárias para a progressão da minha vida académica e por terem sempre acreditado em mim.

Ao marido e família pela compreensão demonstrada nos momentos de ausência, agradeço o carinho e paciência ao longo deste percurso, e que fizeram que esta dissertação existisse.

A uma amiga especial, a Carmen, pela disponibilidade, incentivo, sugestões e amizade em todos os momentos, por nunca me ter deixado parar nesta jornada.

Quero ainda expressar o meu agradecimento à minha directora e à minha chefe pelo apoio, e a todos os profissionais de saúde, cujo contributo foi imprescindível no preenchimento dos inquéritos por questionário, o meu muito obrigada.

Finalmente, as minhas últimas palavras vão para a minha filha, Raquel, que me acompanhou ao longo deste tempo e por quem todo este trabalho faz sentido e a quem dedico.

A todos os que contribuíram directa ou indirectamente, para a realização deste trabalho, o meu MUITO OBRIGADA.

RESUMO

Qualidade e Comunicação nas Organizações de Saúde

Aplicação Prática no Hospital CUF Infante Santo

A presente dissertação discute a cada vez maior exigência de qualidade nas organizações de saúde, que deve ser encarada como uma ferramenta de gestão e de mudança, e a necessidade intrínseca de uma melhor e mais abrangente rede de comunicação, que se impõe para a transmissão de informação e conhecimento, numa sociedade que a uma velocidade atroz se encontra em constante mutação e desenvolvimento.

Neste sentido, a temática em estudo assume particular importância no contexto actual, pois apenas a qualidade representa o garante da subsistência da organização abrindo caminho à eficiência e à eficácia organizacional e de interesse para a instituição, pois parte do conhecimento da percepção dos enfermeiros, que na organização de saúde estão directa e proporcionalmente relacionados com a satisfação do cliente. Os enfermeiros asseguram a manutenção dos padrões de qualidade, que a organização pretende alcançar e comunicar, sendo fundamentais na imagem global transmitida e, conseqüentemente, na criação de valor da própria organização.

Este estudo apresenta como objectivo principal averiguar o conhecimento, o envolvimento e quais as necessidades sentidas, na perspectiva dos enfermeiros, no âmbito da comunicação organizacional, de modo a melhorar a comunicação na organização de saúde, de forma a promover uma gestão de qualidade, garantindo uma subsequente imagem global de excelência.

A investigação empírica analisou de forma sistemática informação relevante na área da qualidade, da comunicação organizacional e da inovação. Assim, aplicou-se um inquérito por questionário, fundamentado nos princípios de autores como Deming (1986); Chiavenato (2004); Druker (2000); Biscaia (2000) e Jeffries, (1992), junto dos enfermeiros do Hospital CUF Infante Santo.

Com a realização de uma investigação exploratório-descritiva coloca-se a tónica na definição de conceitos e na descrição de factores, através de uma abordagem híbrida qualitativa e quantitativa, foi possível empreender-se o estudo e edificar-se os resultados, que permitem fazer uma caracterização de um conjunto de necessidades a colmatar no âmbito da comunicação interna e verificar a receptividade a inovações de forma a conseguir um maior envolvimento, formação e adesão dos enfermeiros nas políticas de qualidade.

As conclusões apuradas levaram à apresentação da indispensabilidade de um envolvimento dos enfermeiros na gestão organizacional ao nível das políticas de qualidade e dos processos de melhoria contínua, observando a emergência de necessidades comunicacionais, nomeadamente a intranet, numa atitude afirmativa de imposição deste canal como um importante facilitador, desde que adaptado à realidade da organização.

Palavras-chave: Comunicação; Inovação; Organizações de Saúde; Qualidade

ABSTRACT

Quality and Communication in the Health Organizations

Practical Application done at Infante Santo CUF Hospital

This dissertation discusses the increasing demand for quality in health organizations, which should be seen as a management and change tool, and the intrinsic need of a better and wider communication network, which is required for the transmission of information and knowledge, in a society that is at an atrocious speed constantly changing and developing.

In this sense, the theme in study assumes particular importance in the current context, thus only the quality represents the guarantee of the continuation and existence of the organization opening the way to organizational efficiency and effectiveness and of interest to the institution, as by part of the perception knowledge of the nurses, which in the health organization are directly and proportionately related to the client's satisfaction. The nurses ensure the maintenance of the quality standards, that the organization aims to reach and communicate, being fundamental in the global image transmitted, and consequently, in the creation of value for the organization itself.

The study presents as main objective the investigation of knowledge, the involvement and which necessities needed and felt, in the nurses' perspective, within the organizational communication, as to better the communication within the health organization, in such a way to promote the quality management, guaranteeing a subsequent global image of excellence.

The empirical research analyzed in systematic way information relevant in the area of quality, of the organizational communication and innovation. Thus, a survey questionnaire was applied, based on the principles of authors such as Deming (1986); Chiavenato (2004); Druker (2000); Biscaia (2000) e Jeffries, (1992), among nurses of the Infante Santo CUF Hospital.

With the completion of an exploratory-descriptive research, the emphasis was put on the concepts definition and the factors description, through a quality and quantity hybrid approach, it was possible to carry out the study and edify the results, which permit in the making of a characterization of a group or set of necessities to cover in the internal communication ambit and verify the acceptability to innovations so that a greater involvement be achieved, training and adherence of the nurses in the quality policies.

The conclusions reached led to the presentation of the indispensability of an involvement of the nurses in the organizational management at the level of the quality policies and the processes for continuous improvement, observing the emergency of communication needs, namely the intranet, in an affirmative attitude of imposition of this channel such as an important facilitator, as long as it's adapted to the reality of the organization.

Keywords: Communication, Health Organization, Innovation, Quality

ÍNDICE GERAL

| | |
|--|-----------|
| Introdução | 2 |
| Parte I - Qualidade e Comunicação nas Organizações de Saúde | |
| Capítulo 1 - Qualidade nas Organizações de Saúde..... | 9 |
| 1.1. A Organização como um Sistema..... | 10 |
| 1.2. A Qualidade..... | 13 |
| 1.2.1 Noção Geral de Qualidade | 13 |
| 1.2.2 A evolução do conceito de qualidade | 16 |
| 1.2.3 Os “Gurus” da Qualidade..... | 18 |
| 1.3 A Qualidade em Saúde..... | 22 |
| 1.3.1 Noção Geral de Qualidade em Saúde..... | 22 |
| 1.3.2 Qualidade em Saúde na perspectiva do cliente e do prestador de cuidados | 24 |
| 1.3.3 Qualidade em Saúde na perspectiva de política de saúde..... | 26 |
| 1.3.4 Qualidade em Saúde e uma visão do futuro..... | 28 |
| 1.3.5 Evolução das metodologias da Qualidade na Saúde | 29 |
| 1.4 A Qualidade em Enfermagem..... | 33 |
| 1.4.1 O conceito de Qualidade em Saúde para a Enfermagem | 33 |
| 1.4.2 Qualidade em Enfermagem e as directrizes da Ordem dos Enfermeiros..... | 36 |
| 1.5 Melhoria Contínua da Qualidade em Saúde | 40 |
| 1.5.1 Mensuração da Qualidade..... | 42 |
| 1.5.2. A melhoria contínua, formação e envolvimento dos colaboradores..... | 44 |
| Capítulo 2 - A Comunicação nas Organizações de Saúde | 49 |
| 2.1 A Comunicação no âmago da vida organizacional | 50 |
| 2.1.1 Elementos do Processo Comunicacional | 51 |
| 2.1.2 Barreiras e Características intrínsecas à Comunicação | 56 |
| 2.2 Inovação, Comunicação Externa e Criação de Valor numa Organização | 59 |
| 2.2.1 Noção Geral de Inovação | 59 |
| 2.2.2. Valor e Imagem Global | 64 |
| 2.3 Comunicação Tecnológica | 69 |
| 2.4 Redes de Comunicação | 72 |
| 2.5 A Importância do envolvimento dos colaboradores nos processos de comunicação nas organizações, à Intranet..... | 76 |
| 2.5.1 Envolvimento dos Colaboradores na Comunicação Organizacional | 76 |
| 2.5.2 Conhecimento, Comunicação e Intranet..... | 81 |
| Parte II - Aplicação Prática no Hospital CUF Infante Santo | |
| Capítulo 3 - Opções Metodológicas | 87 |
| 3.1 Objectivos do Estudo..... | 88 |
| 3.2 Métodos e Técnicas | 93 |
| 3.2.1 Fontes de dados secundários..... | 93 |
| 3.2.2 Metodologia de recolha de dados primários | 93 |
| 3.2.3 O questionário | 94 |
| 3.2.4 Pré Teste e Revisão do Questionário | 98 |
| 3.2.5 Colheita de dados do estudo | 99 |
| 3.2.6 Métodos de Tratamento de Dados | 99 |
| 3.3 Questionário e Operacionalização em Campo..... | 102 |
| 3.4 Caracterização do Hospital CUF Infante Santo | 110 |

| | |
|---|------------|
| Capítulos 4 - Resultados | 115 |
| 4.1 Caracterização Pessoal do Hospital CUF Infante Santo | 116 |
| 4.2 Qualidade em Saúde | 128 |
| 4.2.1 Conceitos | 128 |
| 4.2.2 Formação | 142 |
| 4.2.3 Qualidade em Saúde, relação com a Organização, Processo de Melhoria Contínua | 149 |
| 4.3 Comunicação na Organização de Saúde HCIS | 158 |
| 4.3.1 Comunicação Interna | 158 |
| 4.3.2 Inovação | 171 |
| 4.3.3 Imagem Global | 176 |
| 4.3.4 O Papel da Intranet | 181 |
| 4.3.5 Circulares Internas | 187 |
| 4.4 Análise Estatística Descritiva e Análise de Variância | 190 |
| 4.4.1 Formação de Classes para algumas variáveis | 190 |
| 4.4.2 Comparação de Parâmetros - Teste de Levene | 194 |
| 4.4.3 Comparação de Parâmetros - modelo ANOVA | 195 |
| 4.4.4 Análise de Variância | 204 |
| 4.5 Matriz dos Resultados Obtidos | 214 |
| 4.6 Considerações Finais | 230 |
| 4.6.1 Qualidade nas Organizações de Saúde | 230 |
| 4.6.2 Comunicação nas Organizações de Saúde | 233 |
| Conclusões, Propostas de Intervenção na Realidade Organizacional e | |
| Propostas de Investigação Futura | 237 |
| Conclusões..... | 238 |
| Propostas de Intervenção na Realidade Organizacional..... | 249 |
| Propostas de Investigação Futura | 251 |
| Referências Bibliográficas | 253 |
| Apêndices | 261 |
| Apêndice 1- Carta de pedido de autorização de aplicação do estudo à Direcção | 262 |
| Apêndice 2- Inquérito por Questionário | 263 |
| Apêndice 3- O Hospital CUF Infante Santo..... | 268 |
| Apêndice 4- Tabelas de resultados relativamente ao grau de concordância com as afirmações | 282 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|---|-----|
| FIGURA 1 - REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DA ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO | 7 |
| FIGURA 2 - ALGUMAS DEFINIÇÕES DE QUALIDADE..... | 15 |
| FIGURA 3 - CICLO DE DEMING OU CICLO DA MELHORIA CONTÍNUA (PDCA) | 20 |
| FIGURA 4 - USO CONTINUO DO CICLO DE DEMING (PDCA)..... | 20 |
| FIGURA 5 - REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DO PROCESSO DE COMUNICAÇÃO | 52 |
| FIGURA 6 - MODELO PERCEPTUAL DE COMUNICAÇÃO..... | 52 |
| FIGURA 7 - DEFINIÇÕES DE INOVAÇÃO | 63 |
| FIGURA 8 - NOVA PERSPECTIVA SOBRE O FACTOR HUMANO | 77 |
| FIGURA 9 - MODELO DE ANÁLISE | 91 |
| FIGURA 10 - MODELO DE ANÁLISE PREENCHIDO: DIAGNÓSTICO DO CONHECIMENTO E ENVOLVIMENTOS DOS ENFERMEIROS NO HCIS NAS POLÍTICAS DE QUALIDADE E COMUNICAÇÃO | 247 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|--|-----|
| GRÁFICO 1 - FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS E PERCENTAGEM POR SEXO..... | 117 |
| GRÁFICO 2 - FREQUÊNCIAS POR ESCALÃO DE IDADES..... | 119 |
| GRÁFICO 3 - FREQUÊNCIAS POR ESTADO CIVIL..... | 120 |
| GRÁFICO 4 - FREQUÊNCIAS POR HABILITAÇÕES LITERÁRIAS..... | 121 |
| GRÁFICO 5 - FREQUÊNCIA POR ESCALA DE TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL..... | 121 |
| GRÁFICO 6 - FREQUÊNCIA POR ESCALA DE TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL NA ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE HCIS..... | 122 |
| GRÁFICO 7 - FREQUÊNCIA POR CATEGORIA PROFISSIONAL..... | 123 |
| GRÁFICO 8 - FREQUÊNCIA POR TIPO DE VINCULO COM A INSTITUIÇÃO..... | 124 |
| GRÁFICO 9 - CONSIDERA CONHECER A MISSÃO DA ORGANIZAÇÃO?:..... | 129 |
| GRÁFICO 10 - CONSIDERA CONHECER A VISÃO DA ORGANIZAÇÃO?..... | 131 |
| GRÁFICO 11 - CONSIDERA CONHECER OS OBJECTIVOS DO SERVIÇO ONDE DESEMPENHA A SUA ACTIVIDADE PROFISSIONAL?..... | 135 |
| GRÁFICO 12 - TEM PRESENTE O CONCEITO DE QUALIDADE EM SAÚDE?..... | 138 |
| GRÁFICO 13 - CONSIDERA QUE POSSUI OS CONHECIMENTOS E AS COMPETÊNCIAS NECESSÁRIAS PARA ADERIR A UM PROJECTO DE MUDANÇA QUE VISE A QUALIDADE DO SERVIÇO PRESTADO?..... | 142 |
| GRÁFICO 14 - O QUE FALTA PARA ADERIR A UM PROJECTO DE MUDANÇA, QUE VISE A QUALIDADE DO SERVIÇO PRESTADO..... | 143 |
| GRÁFICO 15 - EXISTEM CANAIS DE COMUNICAÇÃO INTERNA, SUFICIENTES PARA A DISSEMINAÇÃO DA INFORMAÇÃO, DENTRO DA ORGANIZAÇÃO?..... | 159 |
| GRÁFICO 16 - SE RESPONDEU AFIRMATIVAMENTE, INDIQUE QUAIS OS CANAIS DE COMUNICAÇÃO UTILIZADOS:..... | 160 |
| GRÁFICO 17 - CONSIDERA QUE A ORGANIZAÇÃO TEM UMA CULTURA DE COMUNICAÇÃO E DIÁLOGO?..... | 162 |
| GRÁFICO 18 - SE SIM, INDIQUE QUAIS:..... | 163 |
| GRÁFICO 19 - COMPREENDE QUAL A IMAGEM QUE A ORGANIZAÇÃO PRETENDE PROJECTAR?..... | 176 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|--|-----|
| GRÁFICO 1 - FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS E PERCENTAGEM POR SEXO..... | 117 |
| GRÁFICO 2 - FREQUÊNCIAS POR ESCALÃO DE IDADES..... | 119 |
| GRÁFICO 3 - FREQUÊNCIAS POR ESTADO CIVIL..... | 120 |
| GRÁFICO 4 - FREQUÊNCIAS POR HABILITAÇÕES LITERÁRIAS..... | 121 |
| GRÁFICO 5 - FREQUÊNCIA POR ESCALA DE TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL..... | 121 |
| GRÁFICO 6 - FREQUÊNCIA POR ESCALA DE TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL NA ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE HCIS..... | 122 |
| GRÁFICO 7 - FREQUÊNCIA POR CATEGORIA PROFISSIONAL..... | 123 |
| GRÁFICO 8 - FREQUÊNCIA POR TIPO DE VINCULO COM A INSTITUIÇÃO..... | 124 |
| GRÁFICO 9 - CONSIDERA CONHECER A MISSÃO DA ORGANIZAÇÃO?..... | 129 |
| GRÁFICO 10 - CONSIDERA CONHECER A VISÃO DA ORGANIZAÇÃO?..... | 131 |
| GRÁFICO 11 - CONSIDERA CONHECER OS OBJECTIVOS DO SERVIÇO ONDE DESEMPENHA A SUA ACTIVIDADE PROFISSIONAL?..... | 135 |
| GRÁFICO 12 - TEM PRESENTE O CONCEITO DE QUALIDADE EM SAÚDE?..... | 138 |
| GRÁFICO 13 - CONSIDERA QUE POSSUI OS CONHECIMENTOS E AS COMPETÊNCIAS NECESSÁRIAS PARA ADERIR A UM PROJECTO DE MUDANÇA QUE VISE A QUALIDADE DO SERVIÇO PRESTADO?..... | 142 |
| GRÁFICO 14 - O QUE FALTA PARA ADERIR A UM PROJECTO DE MUDANÇA, QUE VISE A QUALIDADE DO SERVIÇO PRESTADO..... | 143 |
| GRÁFICO 15 - EXISTEM CANAIS DE COMUNICAÇÃO INTERNA, SUFICIENTES PARA A DISSEMINAÇÃO DA INFORMAÇÃO, DENTRO DA ORGANIZAÇÃO?..... | 159 |
| GRÁFICO 16 - SE RESPONDEU AFIRMATIVAMENTE, INDIQUE QUAIS OS CANAIS DE COMUNICAÇÃO UTILIZADOS:..... | 160 |
| GRÁFICO 17 - CONSIDERA QUE A ORGANIZAÇÃO TEM UMA CULTURA DE COMUNICAÇÃO E DIÁLOGO?..... | 162 |
| GRÁFICO 18 - SE SIM , INDIQUE QUAIS:..... | 163 |
| GRÁFICO 19 - COMPREENDE QUAL A IMAGEM QUE A ORGANIZAÇÃO PRETENDE PROJECTAR?..... | 176 |

ÍNDICE DE TABELAS

| | |
|---|-----|
| TABELA 1 - ALGUMAS DEFINIÇÕES DE QUALIDADE | 18 |
| TABELA 2 - OS QUATRO ELEMENTOS BÁSICOS DA COMUNICAÇÃO - ALGUMAS POSSÍVEIS CARACTERÍSTICAS | 54 |
| TABELA 3 - TIPOS DE COMUNICAÇÃO NA ORGANIZAÇÃO | 58 |
| TABELA 4 - AS TRÊS FASES DE MUDANÇA NAS ORGANIZAÇÕES DETERMINADAS PELAS TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO (TI) | 85 |
| TABELA 5 - MATRIZ DO QUESTIONÁRIO | 102 |
| TABELA 6 - FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS E RELATIVAS REFERENTES AOS QUESTIONÁRIOS DISTRIBUÍDOS E RECOLHIDOS NO HCIS | 109 |
| TABELA 7 - ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS PARA CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA: FACTOR IDADE | 118 |
| TABELA 8 - FREQUÊNCIAS E % POR ESTADO CIVIL | 119 |
| TABELA 9 - FREQUÊNCIA E PERCENTAGEM POR CATEGORIA PROFISSIONAL | 123 |
| TABELA 10 - CLASSE DE IDADES E HABILITAÇÕES LITERÁRIAS | 125 |
| TABELA 11 - CLASSE DE IDADES E TIPO DE VÍNCULO LABORAL | 125 |
| TABELA 12 - CLASSE DE IDADES E CATEGORIA PROFISSIONAL | 126 |
| TABELA 13 - INDIQUE RESUMIDAMENTE O QUE CONSIDERA SER A MISSÃO: | 130 |
| TABELA 14 - CONSIDERA CONHECER A VISÃO DA ORGANIZAÇÃO? | 131 |
| TABELA 15 - INDIQUE RESUMIDAMENTE O QUE CONSIDERA SER A VISÃO: | 131 |
| TABELA 16 - CONSIDERA CONHECER OS VALORES DA ORGANIZAÇÃO? | 132 |
| TABELA 17 - INDIQUE RESUMIDAMENTE O QUE CONSIDERA SER OS VALORES: | 132 |
| TABELA 18 - CONSIDERA QUE CONTRIBUI PARA A CONSTRUÇÃO E MANUTENÇÃO DA MISSÃO E VISÃO DA ORGANIZAÇÃO? | 134 |
| TABELA 19 - INDIQUE RESUMIDAMENTE DE QUE FORMA CONTRIBUI PARA A MANUTENÇÃO DA MISSÃO E DA VISÃO: | 134 |
| TABELA 20 - CONSIDERA CONHECER OS OBJECTIVOS DO SERVIÇO ONDE DESEMPENHA A SUA ACTIVIDADE PROFISSIONAL? | 135 |
| TABELA 21 - CONHECIMENTO DOS OBJECTIVOS DO SERVIÇO | 135 |
| TABELA 22 - GRAU DE CONCORDÂNCIA GRUPO II, PERGUNTA RELACIONADA COM O CONCEITO DOS OBJECTIVOS: .. | 136 |
| TABELA 23 - TEM PRESENTE O CONCEITO DE QUALIDADE EM SAÚDE? | 138 |
| TABELA 24 - DEFINIÇÃO DO CONCEITO DE QUALIDADE EM SAÚDE DA ORGANIZAÇÃO PELOS INQUIRIDOS | 139 |
| TABELA 25 - CONSIDERA QUE POSSUI OS CONHECIMENTOS E AS COMPETÊNCIAS NECESSÁRIAS PARA ADERIR A UM PROJECTO DE MUDANÇA QUE VISE A QUALIDADE DO SERVIÇO PRESTADO? | 142 |
| TABELA 26 - SE RESPONDEU NÃO INDIQUE O QUE FALTA? | 143 |
| TABELA 27 - GRAU DE CONCORDÂNCIA GRUPO II, PERGUNTAS RELACIONADAS COM A FORMAÇÃO: | 144 |
| TABELA 28 - GRAU DE CONCORDÂNCIA GRUPO III, PERGUNTAS RELACIONADAS COM A FORMAÇÃO: | 147 |
| TABELA 29 - DEFINIÇÃO DO CONCEITO DE QUALIDADE EM SAÚDE DA ORGANIZAÇÃO PELOS INQUIRIDOS | 150 |
| TABELA 30 - GRAU DE CONCORDÂNCIA GRUPO II, PERGUNTAS RELACIONADAS COM QUALIDADE EM SAÚDE, RELAÇÃO COM A ORGANIZAÇÃO E PROCESSO DE MELHORIA CONTÍNUA: | 150 |
| TABELA 31 - EXISTEM CANAIS DE COMUNICAÇÃO INTERNA, SUFICIENTES PARA A DISSEMINAÇÃO DA INFORMAÇÃO, DENTRO DA ORGANIZAÇÃO? | 159 |
| TABELA 32 - OS QUATRO ELEMENTOS BÁSICOS DA COMUNICAÇÃO - ALGUMAS POSSÍVEIS CARACTERÍSTICAS | 160 |
| TABELA 33 - SE RESPONDEU AFIRMATIVAMENTE, INDIQUE QUAIS OS CANAIS DE COMUNICAÇÃO UTILIZADOS: | 160 |
| TABELA 34 - CONSIDERA QUE A ORGANIZAÇÃO TEM UMA CULTURA DE COMUNICAÇÃO E DIÁLOGO? | 162 |
| TABELA 35 - SE SIM, INDIQUE QUAIS: | 163 |
| TABELA 36 - CONSIDERA QUE TEM À SUA DISPOSIÇÃO INFORMAÇÃO NECESSÁRIA PARA O EXCELENTE DESEMPENHO DAS SUAS FUNÇÕES? | 164 |
| TABELA 37 - TRANSMISSÃO DE INFORMAÇÃO EFECTUADA A PARTIR DE: | 164 |
| TABELA 38 - SÃO-LHES TRANSMITIDAS INFORMAÇÕES SOBRE OS OBJECTIVOS DO SERVIÇO, ONDE DESENVOLVE A SUA ACTIVIDADE PROFISSIONAL? | 164 |
| TABELA 39 - INFORMAÇÃO RELACIONADA COM OBJECTIVOS DO SERVIÇO (TRANSMISSÃO DE INFORMAÇÃO EFECTUADA A PARTIR DE): | 165 |
| TABELA 40 - SÃO-LHES TRANSMITIDAS INFORMAÇÕES SOBRE OS PLANOS A CURTO E LONGO PRAZO DO SERVIÇO, ONDE DESENVOLVE A SUA ACTIVIDADE PROFISSIONAL? | 165 |
| TABELA 41 - DE QUE FORMA É TRANSMITIDA A INFORMAÇÃO RELACIONADA COM OS PLANOS A CURTO E LONGO PRAZO PARA O SERVIÇO | 165 |
| TABELA 42 - CONSIDERA QUE TEM À SUA DISPOSIÇÃO OS MEIOS TECNOLÓGICOS NECESSÁRIOS PARA UM BOM DESENVOLVIDO DO SEU TRABALHO? | 167 |
| TABELA 43 - SE NÃO INDIQUE O QUE FALTA | 167 |

| | |
|--|-----|
| TABELA 44 - SÃO-LHES TRANSMITIDOS INFORMAÇÕES SOBRE O RESULTADO DO SEU DESEMPENHO EM RELAÇÃO AO SEU SERVIÇO? | 168 |
| TABELA 45 - SE SIM, INDIQUE RESUMIDAMENTE DE QUE FORMA? | 169 |
| TABELA 46 - SE SIM, COM QUE FREQUÊNCIA? | 169 |
| TABELA 47 - CONSIDERAVA ÚTIL A IMPLEMENTAÇÃO DA <i>INTRANET</i> NA INSTITUIÇÃO? | 171 |
| TABELA 48 - SE SIM, QUAIS OS CONTEÚDOS QUE CONSIDERA PERTINENTES ESTAREM DISPONÍVEIS? | 172 |
| TABELA 49 - GRAU DE CONCORDÂNCIA GRUPO II, PERGUNTAS RELACIONADAS COM A INOVAÇÃO: | 173 |
| TABELA 50 - COMPREENDE QUAL A IMAGEM QUE A ORGANIZAÇÃO PRETENDE PROJECTAR? | 176 |
| TABELA 51 - COMPREENSÃO DA IMAGEM PROJECTADA PELA ORGANIZAÇÃO | 177 |
| TABELA 52 - GRAU DE CONCORDÂNCIA GRUPO II, PERGUNTAS RELACIONADAS COM A IMAGEM GLOBAL: | 178 |
| TABELA 53 - CONSIDERAVA ÚTIL A IMPLEMENTAÇÃO DA <i>INTRANET</i> NA INSTITUIÇÃO? | 182 |
| TABELA 54 - SE SIM, QUAIS OS CONTEÚDOS QUE CONSIDERA PERTINENTES ESTAREM DISPONÍVEIS? | 183 |
| TABELA 55 - GRAU DE CONCORDÂNCIA GRUPO III, PERGUNTAS RELACIONADAS COM O PAPEL DA <i>INTRANET</i> : | 184 |
| TABELA 56 - GRAU DE CONCORDÂNCIA GRUPO III, PERGUNTAS RELACIONADAS COM AS CIRCULARES INTERNAS: | 187 |
| TABELA 57 - IDADE: CODIFICAÇÃO IDADE1 | 191 |
| TABELA 58 - IDADE: CODIFICAÇÃO IDADE2 | 191 |
| TABELA 59 - TEMPO DE EXERCÍCIO NA PROFISSÃO | 192 |
| TABELA 60 - TEMPO DE SERVIÇO NA PROFISSIONAL NA ORGANIZAÇÃO | 192 |
| TABELA 61 - HABILITAÇÕES LITERÁRIAS | 192 |
| TABELA 62 - CATEGORIA PROFISSIONAL | 193 |
| TABELA 63 - VINCULO LABORAL | 193 |
| TABELA 64 - CODIFICAÇÃO POR CLASSES DO VINCULO LABORAL | 193 |
| TABELA 65 - RECODIFICAÇÃO DAS VARIÁVEIS PELA ESCALA DE 4 PONTOS | 194 |
| TABELA 66 - ESTATÍSTICA DESCRITIVA E FREQUÊNCIAS DAS CLASSES FORMADAS: | 197 |
| TABELA 67 - ESTATÍSTICA DESCRITIVA (MÍNIMO, MÁXIMO, MÉDIA E DESVIO PADRÃO) POR CATEGORIAS DA MATRIZ E PERGUNTAS CORRESPONDENTES | 203 |
| TABELA 68 - TABELAS RESUMO DAS ANÁLISES DE VARIÂNCIA PARA O FACTOR IDADE COM P-VALUE < 0.05 | 204 |
| TABELA 69 - MÉDIAS DAS QUESTÕES COM P-VALUE <0.05 NA ANOVA. | 205 |
| TABELA 70 - TABELAS RESUMO DAS ANÁLISES DE VARIÂNCIA PARA O FACTOR HABILITAÇÕES LITERÁRIAS COM P-VALUE < 0.05 | 206 |
| TABELA 71 - MÉDIAS DAS QUESTÕES COM P-VALUE <0.05 NA ANOVA. | 206 |
| TABELA 72 - TABELAS RESUMO DAS ANÁLISES DE VARIÂNCIA PARA O FACTOR TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL COM P-VALUE < 0.05 | 208 |
| TABELA 73 - MÉDIAS DAS QUESTÕES COM P-VALUE <0.05 NA ANOVA. | 208 |
| TABELA 74 - TABELAS RESUMO DAS ANÁLISES DE VARIÂNCIA PARA O FACTOR TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL NA INSTITUIÇÃO COM P-VALUE < 0.05 | 210 |
| TABELA 75 - MÉDIAS DAS QUESTÕES COM P-VALUE <0.05 NA ANOVA. | 210 |
| TABELA 76 - TABELA RESUMO DAS ANÁLISES DE VARIÂNCIA PARA O FACTOR CATEGORIA PROFISSIONAL COM P-VALUE < 0.05 | 211 |
| TABELA 77 - MÉDIAS DAS QUESTÕES COM P-VALUE <0.05 NA ANOVA. | 211 |
| TABELA 78 - TABELAS RESUMO DAS ANÁLISES DE VARIÂNCIA PARA O VÍNCULO LABORAL COM A INSTITUIÇÃO COM P-VALUE <0.05 | 212 |
| TABELA 79 - MÉDIAS DAS QUESTÕES COM P-VALUE <0.05 NA ANOVA. | 213 |
| TABELA 80 - MATRIZ PREENCHIDA COM RESULTADOS, CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES | 214 |

LISTA DE ABREVIATURAS E DE SIGLAS

| | |
|-------|--|
| AFNOR | <i>Association Française de Normalisation</i> |
| APQ | Associação Portuguesa para a Qualidade |
| ASQC | <i>American Society for Quality Control</i> |
| CE | Comissão Europeia |
| EFQM | <i>European Foundation for Quality Management</i> |
| JCAH | <i>Joint Commission on Accreditation of Hospitals</i> |
| JCAHO | <i>Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations</i> |
| HCIS | Hospital CUF Infante Santo |
| IMS | <i>Indicador Measurement System</i> |
| ISO | <i>International Organization for Standardization</i> |
| NIST | <i>National Institute of Standards and Technology</i> |
| OE | Ordem dos Enfermeiros |
| PDCA | Plan – Do – Check - Act |
| SCP | <i>Statistical Process Control</i> |
| SWOT | <i>Strengths, Weakness, Opportunities, Threats</i> |
| TI | Tecnologias de Informação |

INTRODUÇÃO

“Toda a organização é o produto da forma como os seus membros pensam e agem. Mude a forma como as pessoas pensam e interagem e poderá mudar o mundo”

Senge et al. (1990)

O comportamento organizacional, enquanto objecto disciplinar, resulta da convergência de saberes desenvolvidos em áreas científicas distintas, mas complementares, na medida em que estudam a organização.

Assim as ciências da psicologia, sociologia, antropologia, gestão e economia são exemplos de disciplinas de interesse nesta temática.

Muitas vezes a atenção para o desenvolvimento de estudos versa organizações de produção, relegando para segundo plano as organizações público-privadas dedicadas nomeadamente à educação, ou à saúde.

Neste estudo pretende-se abranger o conhecimento e envolvimento dos enfermeiros, no âmbito da qualidade e dos processos de comunicação internos e externos de uma organização privada prestadora de cuidados de saúde.

Ao longo dos quatro capítulos, organizados em duas partes distintas deseja-se explicar estas temáticas no campo das organizações de saúde.

Introdução

Verificaram-se grandes mudanças na relevância que as organizações e a sociedade em geral atribuem à qualidade dos cuidados de saúde. Acrescenta-se, ainda, que as instituições têm passado por posições muito diferentes relativamente à adequação dos cuidados às exigências do “hospital do futuro”.

Simultaneamente a comunicação organizacional ultrapassou a era da simples troca de informações. Contemporaneamente vive-se na Sociedade do Conhecimento. É neste contexto que se cumpre o trabalho de investigação seguinte.

Motivações para o tema

A título de nota prévia gostaria de tecer algumas considerações de natureza motivacional para justificar a escolha da problemática apresentada.

Inerentes às transformações verificadas relativamente à importância atribuída à qualidade dos cuidados, surgem conceitos como sistemas de gestão de qualidade, acreditações e certificações, que “acordaram” a organização hospitalar. No âmbito da saúde verificou-se uma evolução do conceito de qualidade em saúde sendo o seu estudo uma preocupação actual e pertinente. Os objectivos da qualidade surgem como agentes de mudança das organizações de saúde.

Quando se passa do universo das organizações na generalidade, como as industriais e de produção para o sector dos serviços, o cenário altera-se de forma significativa. É de facto um universo mais rico e complexo, para quem quer apreender a dinâmica das organizações.

Empresas, aparentemente com uma menor componente tecnológica, assente em processos dominados e executados por pessoas, são empresas mais voláteis, menos sistematizadas onde os gestores, por vezes, não conseguem controlar os indicadores de desempenho, ou não os conseguem mesmo identificar.

Não seria honesto dizer que quando se aborda uma organização, seja de que tipo for, não se transporta algumas ideias pré-concebidas sobre o seu funcionamento. O mesmo acontece com as organizações de saúde, que não deixam de assentar o seu funcionamento, como qualquer outra organização em estruturas, pessoas, processos e métodos de trabalho.

Outro factor que também contribui para suscitar interesse por esta matéria, prende-se com o jogo de actores em contexto organizacional e de trabalho fundeando-se formalmente na sociologia. A saúde em geral, e os hospitais em particular, são sem dúvida um fonte de informação e estudo de grande riqueza.

É nesta sequência que assenta a pertinência de tomar o desafio de investigar e aprofundar uma das questões que mais discussão tem suscitado no seio das organizações de saúde, a qualidade.

Analogamente a gestão dos sistemas comunicacionais nas organizações hospitalares é encarada como uma “arma” profícua a dinamizar, utilizar e rentabilizar. O mundo da saúde tornou-se um mercado cada vez mais competitivo e encontra-se em mutação exigindo uma adaptação constante ao meio e por conseguinte, meios mais capazes de transmitir informação, numa sociedade contemporânea denominada Sociedade do Conhecimento e Sociedade da Inovação.

A comunicação organizacional superou o formato da troca simples de informações, enquadrando, actualmente, a partilha de ideias, conhecimentos e de experiências, simplificando e promovendo o trabalho em equipa, o qual deve ultrapassar em muito as simples relações hierárquicas definidas pela estrutura orgânica e reflectidas no organigrama da organização. Os sistemas de informação vêm evoluindo da definição inicial de suporte aos processos de produção, para suporte às competências da organização.

Consciente destes aspectos, e alertada para eles pela experiência profissional e pela experiência académica, durante o primeiro ano curricular do mestrado, estes temas indissociáveis, qualidade, comunicação e inovação foram integrados no presente estudo pela investigadora.

Este trabalho de investigação resulta essencialmente de um profundo trabalho de pesquisa e da consequente análise documental, de forma sistemática na tentativa de aflorar questões organizacionais tão prementes e actuais como a qualidade, a inovação e a comunicação.

Pertinência e impacto do tema

Mais do que nunca a eficácia das instituições inseridas no âmbito da saúde constituem uma preocupação generalizada nas discussões sobre o futuro da saúde em Portugal. Como tornar proficiente a organização hospitalar de modo a satisfazer as necessidades da população, dos colaboradores destas organizações, das organizações que gravitam à sua volta e dos próprios responsáveis de forma a garantir uma gestão sustentável?

A qualidade tornou-se, igualmente, um tema cada vez mais debatido, actual e com o qual, qualquer organização tem que se preocupar. A conseqüente preocupação com a qualidade e normalização dos serviços de saúde aumenta. Verifica-se uma mudança veloz da civilização, que exige uma constante actualização e adequação às novas necessidades da população, por parte dos profissionais de saúde. Para responder às progressivas exigências dos utentes, aparecem entidades que criam normas universais, que pretendem a garantia da qualidade nos serviços de saúde. Como refere Silva e Nóbrega (2004:31):

“o desafio das novas realidades trazidas pelo processo de aceleração histórica que bate à porta dos hospitais exige uma nova estratégia e uma nova forma de gestão. É neste contexto que os princípios e as ferramentas de melhoria contínua da qualidade se inscrevem”.

Existem, actualmente, várias ferramentas, que, de uma forma fiável, pretendem contribuir para a melhoria contínua da qualidade, exigida aos hospitais de agora e do futuro. As políticas de qualidade, as inovações comunicacionais e as políticas sociais impõem o ritmo às organizações de saúde.

Sabendo que a qualidade é uma das premissas que urge implementar ou em implementação nas organizações, as alterações pretendidas, passarão pelo conhecimento psicossocial das organizações, na medida em que é com e para as pessoas, que as mudanças ocorrem.

A comunicação a par da qualidade constituem, nesta óptica, desafios para as organizações que pretendem desenvolver uma cultura que incentive a participação, formação e o envolvimento dos seus actores. Estas são pedras angulares vitais no dia-a-dia da actividade organizacional.

Neste sentido, crê-se que a temática em estudo “Qualidade e Comunicação nas Organizações de Saúde: Aplicação prática no Hospital CUF Infante Santo” assume particular importância no contexto actual e interesse para a instituição, na medida em que, parte do conhecimento e percepção dos enfermeiros, os actores que na organização de saúde estão directa e proporcionalmente relacionados com a satisfação do cliente. Estes são o garante da manutenção dos padrões de qualidade que a organização pretende alcançar e comunicar, sendo fundamentais na imagem global transmitida e por conseguinte na criação de valor da própria organização.

Assim sendo, a relevância do estudo advém igualmente do interesse manifestado pela organização de saúde na manutenção da imagem criada a par das mudanças que urgem acontecer, já que se encontra a desenvolver projectos no âmbito da qualidade organizacional e da melhoria contínua. Há uma necessidade intrínseca e evidente de difusão da imagem de tradição e inovação que se conjugam numa dinâmica complementar.

Por meio da verificação “no terreno” das evidentes mudanças no Mundo da Organização de Saúde, foi estimulada a vontade de estudar neste âmbito de modo a aprofundar o conhecimento no domínio da qualidade e da comunicação de uma forma mais objectiva.

A investigação justifica-se e tem especial interesse para a gestão da organização de saúde, no sentido em que, através dela, poder-se-á melhorar a qualidade da organização, melhorando as cadeias de comunicação interna existentes pois passar-se-á a conhecer exactamente a perspectiva dos enfermeiros que nela trabalham e, por conseguinte, quais as necessidades sentidas neste domínio e quais as respostas que esperam.

Deste modo, pretende-se obter uma crescente compreensão das redes de comunicação existentes e contribuir para a sua melhoria, permitindo, uma gestão organizacional com mais qualidade, o que é especialmente importante para as organizações que procuram implementar sistemas e políticas de qualidade.

Esta investigação visa particularmente conhecer o universo perceptual do indivíduo e não verificar teorias já conhecidas, pois considera que estes relatos são uma mais valia para a organização de saúde, imbuídos de um conhecimento concreto do aqui e do agora.

O problema

Considera-se que a qualidade e a comunicação estão intrinsecamente associadas na gestão de uma organização que pretenda implementar toda a filosofia associada à qualidade.

A comunicação é um tema de extrema importância na saúde, que influencia inequivocamente as relações grupais e o comportamento humano nas organizações, com especial relevância na disponibilização e uso de informação, quer internamente na organização de saúde, ao nível da comunicação interna, como ao nível da comunicação externa na sociedade em geral.

A comunicação externa relacionando-se com a imagem global e com a criação de valor acrescentado para as organizações de saúde, as relações inter-profissionais nas organizações de saúde circunscrevem a comunicação interna que se pode efectuar através de inúmeros canais e de diferentes formas.

É ao nível da comunicação interna e externa nas organizações de saúde e das relações inter-profissionais estabelecidas que se pode atingir uma gestão de e com qualidade, meta que uma vez alcançada comunica uma imagem global de excelência da organização.

Este trabalho de investigação apresenta como objectivo principal averiguar o conhecimento, o envolvimento e quais as necessidades sentidas, na perspectiva dos enfermeiros, no âmbito da

comunicação organizacional, de modo a melhorar a comunicação na organização de saúde, de forma a promover o alcance de uma gestão de qualidade, garantindo uma subsequente imagem global de excelência.

Para se cumprir esta premissa há a necessidade de investigar o conhecimento e envolvimento dos enfermeiros quanto aos conceitos e políticas de qualidade em desenvolvimento na organização, através do conhecimento que detêm da missão, visão, valores, objectivos e do conceito de qualidade em saúde da organização. Torna-se, igualmente pertinente compreender se o trabalho que desenvolvem incorpora o conceito de qualidade, se consideram que o seu trabalho se integra num processo contínuo e se estão empenhados na sua formação permanente e se esta é imbuída de estímulos organizacionais.

Relativamente à vertente da comunicação impõe-se a indispensabilidade de identificar a necessidade de melhorar a comunicação interna dentro da organização de saúde, verificar quais os meios existentes para tentar compreender as mudanças necessárias para potencializá-los, ou se estes, por outro lado, são considerados suficientes.

Ainda a nível de comunicação interna, pretende-se conhecer qual a receptividade quanto à emergência de inovações tecnológicas e de novos meios de comunicação, nomeadamente a *intranet* para a gestão do conhecimento organizacional. Identificar, deste modo, a necessidade da implementação da *intranet versus* os meios existentes, como as circulares internas. O objectivo deste estudo passa, também, por identificar a existência de uma cultura de comunicação e diálogo, verificando-se paralelamente a percepção quanto à imagem global da organização.

Propôs-se efectuar na presente investigação, no sentido de explorar a realidade vivenciada no hospital, um inquérito por questionário a todos os profissionais que integram o corpo de enfermagem da organização, através da complementaridade entre técnicas do estudo qualitativo e quantitativo que servem ao método exploratório - descritivo. Estas técnicas afiguraram-se num único questionário.

A sua aplicação cumpre-se no Hospital CUF Infante Santo. A escolha desta instituição advém do facto de ser o local onde se desenvolve a actividade profissional da investigadora, bem como pelo facto de se encontrar actualmente, num processo de melhoria contínua após a acreditação hospitalar.

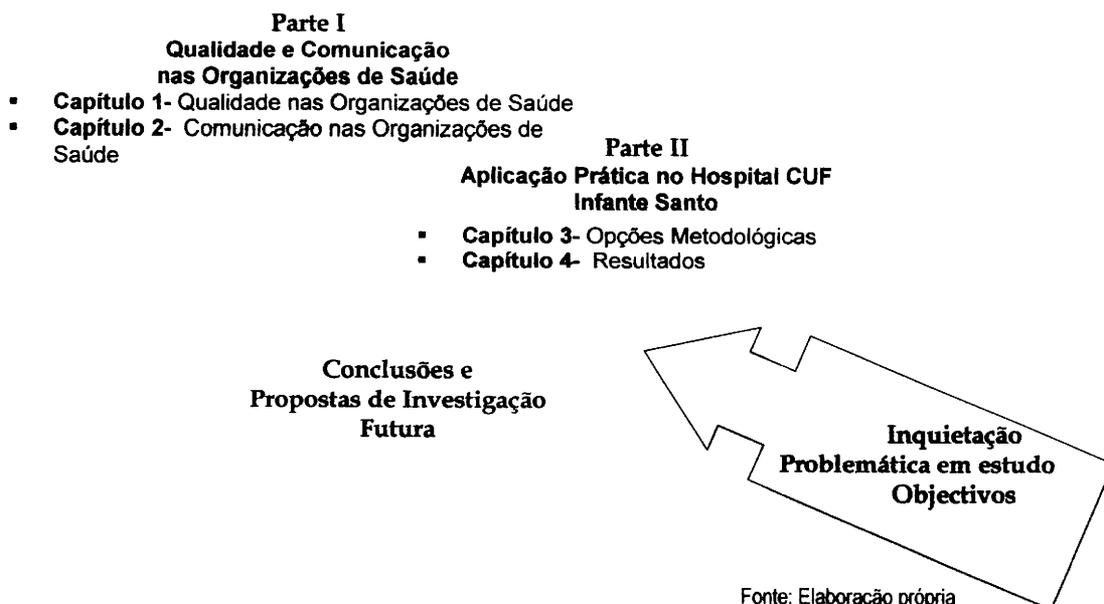
A finalidade foi encontrar apoio empírico que sustentasse o ajustamento de estratégias adequadas às políticas de qualidade para prosseguir no caminho das inovações comunicacionais de forma a promover tanto a comunicação interna como externa de uma imagem global de excelência da organização de saúde.

A vontade de estudar a área da Qualidade em Saúde desenvolve-se, por conseguinte, da inquietação resultante da análise da literatura e da experiência profissional, relacionando-se contextualmente com a enfermagem, estando a desenvolver a actividade profissional numa organização de saúde hospitalar privada, ao nível dos cuidados secundários, há 6 anos. Esta instituição na sua história recente (2003) conheceu a abertura do Gabinete da Qualidade e com ele muitas mudanças ocorreram na realidade da organização, sendo por isso importante compreender qual percepção dos enfermeiros quanto à sua implementação e qual foi o trabalho desenvolvido.

Organização do Estudo

Relativamente à estrutura deste trabalho, este organiza-se em duas “Partes” fundamentais: um enquadramento teórico e uma aplicação prática. Cada uma delas divide-se em “Capítulos”, que se apresentam de uma forma esquemática na figura 1.

Figura 1 - Representação esquemática da estrutura da dissertação



Em suma, de uma forma sinóptica, este trabalho tem por base e como motor das engrenagens os objectivos a que se propôs, decorridos das inquietações que conduzirem à problematização e, consequente, estudo. Este motor corresponde à alavanca, ou seja, à energia que analogamente, faz mover “as rodas dentadas” que proporcionaram o desenvolvimento das duas partes em que este estudo se combina para chegar às conclusões e propostas de investigação futuras.

A primeira parte compõe-se por dois capítulos e designa-se por: Parte I - Qualidade e Comunicação nas Organizações de Saúde. O primeiro capítulo "Qualidade nas Organizações de Saúde" inicia-se com uma breve referência da organização como um sistema, sendo que, seguidamente, se caracterizam os conceitos de qualidade, a sua evolução e apresenta-se de forma breve os designados "Gurus" da qualidade, Deming, Juran e Crosby.

O segundo capítulo desenvolve a temática da "Comunicação nas Organizações", abordando-se o processo comunicacional nas organizações num âmbito geral, o conceito de inovação nas organizações, ligado à criação de valor através da imagem global, referindo, deste modo a comunicação externa. Posteriormente, referem-se aspectos ligados à comunicação interna como as redes de comunicação e o envolvimento dos colaboradores na comunicação organizacional, findando com a temática da *intranet*.

A segunda parte é nomeada como: Parte II- Aplicação Prática no Hospital CUF Infante Santo (HCIS) e desdobra-se em dois capítulos. O terceiro capítulo, relaciona-se com as "Opções Metodológicas" onde se apresentam os objectivos e a metodologia aplicada no estudo, desenha-se o modelo de análise elaborado e a matriz que esteve na base da consecução do questionário, apresentando o modo de operacionalização em campo e por fim caracteriza-se a organização de saúde em estudo, o HCIS.

O quarto capítulo relaciona-se com os "Resultados" efectuando-se a análise dos mesmos, tendo por base a matriz, sendo no final preenchida já com resultados sistematizados e tecem-se as considerações finais para cada item.

Uma última Parte, centra-se nas Conclusões e Propostas de Investigação Futura, ramificando-se em Conclusões, onde se efectua uma sistematização dos resultados obtidos e em Propostas de Investigação Futura onde se extraem propostas para investigações no futuro.

Este trabalho é acrescido ainda de 4 Apêndices e 6 Anexos, referenciados ao longo do texto, estando estes últimos disponibilizados em suporte de CD-ROM.

Parte I

Qualidade e Comunicação
nas Organizações de Saúde

CAPÍTULO 1 - QUALIDADE NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

Qualidade corresponde ao agregado de propriedades de um serviço ou produto, que o tornam adequado à missão de uma organização, concebida de forma a dar resposta às necessidades e justificadas expectativas de seus clientes.

Mezomo (2001)

Embora este estudo tenha como principal intento a análise das práticas comunicacionais de uma organização, de forma a promover uma gestão de qualidade, antes de alcançar o capítulo dedicado a essa temática, torna-se fundamental estudar e compreender a organização, tendo como ponto de partida que se trata de um sistema aberto e compreender a qualidade como ferramenta e arma para uma gestão sustentável.

Assim, é pois adequado, neste capítulo, mencionar os conceitos da qualidade, a sua evolução histórica e a apresentação dos “Gurus” da qualidade. Como a organização, onde se desenvolve o estudo científico, enquadra-se na área da saúde, Hospital CUF Infante Santo (HCIS) torna-se, decisivo particularizar e conhecer o conceito de qualidade em saúde.

O estudo debruça-se sobre a categoria profissional de enfermagem, analogamente, é importante, também, conhecer o conceito de qualidade em saúde na vertente de enfermagem. Por outro lado, a qualidade pressupõe a melhoria contínua sendo então, igualmente, fundamental focar este aspecto no enquadramento, e também a imprescindibilidade do envolvimento dos colaboradores nas políticas de qualidade da organização.

1.1. A Organização como um Sistema

Actualmente, a sociedade está cada vez mais competitiva, logo a necessidade de melhorar, mudar, inovar e comunicar, está patente em qualquer organização que se queira manter viva e activa.

Para Morin (1998), a sociedade consiste num conjunto de interacções económicas, psíquicas, culturais, etc., formando um sistema, o qual comporta aparelhos de comando/controlado, a começar pelo estado, que retroagem sobre as interacções de que depende a sua existência. Assim, a existência do estado depende dos cidadãos, cuja existência depende da do estado. Tudo isto constitui um sistema. Ainda para o mesmo autor (Morin, 1998:73), o conceito de sociedade implica uma “observação das suas mil facetas, que desse conta da sua heterogeneidade, sendo um conceito que se deve afinar, desenvolver e complexificar.”

É difícil ter uma noção objectiva pois esta passa pela noção subjectiva de quem a pensa, uma vez que, está-se inserido numa sociedade, sendo impossível alhear-se.

A sociedade é um sistema global uno e ao mesmo tempo complexo, dispondo de qualidades originais, que não se pode reduzir à soma dos indivíduos que a constituem, mas sim à sinergia resultante da interacção destes. Tem que se observar através de uma visão holística, em que se entende o funcionamento da sociedade como um todo, constitui um fenómeno único e irreduzível nas suas partes.

Dentro da sociedade, cada um de nós, nasce, cresce e morre, envolvido em inúmeras organizações de um modo constante. Assim, pode-se afirmar, que nasce-se e morre-se em organizações.

Partindo do pressuposto que um hospital se considera como uma organização dentro da sociedade, que desenvolve o seu trabalho num determinado objectivo e finalidade, tem-se que, a natureza dos seus instrumentos passam por melhorar a saúde e fazer pontes para a continuidade dos cuidados na vida quotidiana. “As organizações não vivem num vácuo; pelo contrário, integram-se na sociedade de que fazem parte e dela recebem influência cultural maior ou menor” (Teixeira, 1998:174).

Numa organização hospitalar existem vários organogramas decorrentes das relações hierárquicas dos vários sectores, deste modo, uma reflexão acerca de uma organização ultrapassa uma avaliação linear, uma vez que existem forças de maior ou menor flexibilidade. As organizações correspondem a um campo de jogo social entre as pessoas e a sua estrutura. Qualquer organização é, portanto, uma unidade social.

Como menciona Silva, C. (2004:7) “Sabemos hoje que as organizações surgem e formam-se para dar resposta a uma necessidade social. (...) A organização é uma entidade social conscientemente coordenada, gozando de fronteiras relativamente bem delimitadas, que funciona numa base relativamente contínua”.

Uma organização pode definir-se como um conjunto humano onde se opõem e confrontam uma multiplicidade de racionalidades, cuja convergência não tem nada de espontâneo, mas resulta da construção de uma ordem, deriva da regulação social. Posto isto, considero a organização um sistema aberto inserido no meio envolvente, em contínua mutação e em constantes ajustamentos e equilíbrios, em que o actor é de carácter social condicionado por múltiplos factores (culturais, profissionais, pessoais, etc.). A cultura de uma organização, tendo por base Teixeira (1998: 173) corresponde a um “conjunto único de características que permite distingui-la de qualquer outra. (...) conjunto de valores, crenças e hábitos partilhados pelos membros de uma organização que interagem com a sua estrutura formal produzindo normas de comportamento”.

Outra perspectiva a considerar, é que uma organização é como um sistema que condiciona os actores, mas que também é condicionado por estes, uma vez que, estes actuam sobre o seu meio. São livres e autónomos de criar e de atingir os seus próprios objectivos que poderão ir ou não de encontro com os do sistema organizacional. Assim, organização resulta de uma permanente negociação, dos actores com o sistema, das regras que se estabelecem e poderes que possuem.

As influências internas e externas à organização actuam sobre ao comportamento organizacional. As experiências sociais que os membros têm dentro das organizações passam por uma acção retroactiva na sua vida exterior, nos seus grupos de pertença, na sua família e nas suas relações, em geral, dentro da comunidade. O inverso também acontece mesmo nas organizações mais estruturadas, essas mesmas estruturas nunca funcionam sem levar em conta o que os seus membros trazem para as organizações. Por tudo isto, como diz Worsley (1977: 330) “Nenhuma organização é uma ilha.” Cada vez mais, cada indivíduo, passa mais tempo na organização que no seio da família.

É importante ter em consideração que uma organização passa por ajustes contínuos que decorrem não só da implicação mútua entre tecnologia e o relacionamento social dos indivíduos, mas também, com o interface com o meio envolvente, conduzindo a novos desafios que lhe são colocados. Este ajustamento corresponde a um sistema de regulação entre estes intervenientes. A imagem da organização depende de factores políticos e estruturais, do seu funcionamento, do marketing e do imaginário de cada um. As organizações não são estáticas estando sempre em comutação, evolução e constante comunicação.

A qualidade é um tema, igualmente, actual e que sofre uma grande mutabilidade, variando, paralelamente com a evolução temporo-espacial, sendo, por isso, um tema que exige uma ininterrupta adaptação ao meio e uma inquestionável capacidade de melhoria por parte da organização, uma vez que, o que tem qualidade hoje, amanhã pode ser insuficiente. Deste modo, o seu estudo é vital, para se estudar uma organização.

1.2. A Qualidade

Num estudo relacionado com a qualidade, torna-se forçoso definir o que se entende por qualidade e os conceitos que a envolvem, sob diferentes perspectivas. Conhecer a evolução do conceito auxilia à compreensão da sua própria definição e a alusão a mentores intemporais e de referência torna-se, efectivamente, prescritivo para abarcar a dimensão de tão complexa definição.

1.2.1 Noção Geral de Qualidade

A inovação, o conhecimento e a comunicação concorrem para alcançar e garantir níveis de qualidade superiores. Mas, afinal o que é a qualidade?

A palavra “qualidade” é definida pelo dicionário de língua portuguesa (1991) como “característica de uma pessoa ou coisa”; “garantir como”; “afiançar”; “responsabilizar-se por”. Advém do étimo latino que refere-se a *qualis* e na forma substantiva a *qualitas*, que é o mesmo que tipo, natureza ou excelência de algo.

Este termo é naturalmente utilizado no nosso quotidiano. Muitos se referem a qualidade como algo com categoria ou de determinada gama. Uma diferença de característica de um produto ou serviço. Como menciona Saraiva (2003:11) “a categoria ou gama reflecte a diferença de características de um produto ou serviço.” Todavia, dever-se-á ter em conta que um produto ou serviço de elevada categoria pode ser de baixa qualidade relativamente à sua capacidade de satisfação de necessidades. Este conceito aplica-se, como observado, às trivialidades do quotidiano, e utiliza-se indiferenciadamente no vocabulário, sendo uma noção que se associa à satisfação das necessidades. Assim, constata-se que falar de qualidade não é uma tarefa simples. A qualidade é um conceito imbuído de alguma subjectividade, decorrente da concepção própria do seu significado. É por isso, torna-se, fundamental consultar autores que definiram qualidade.

A qualidade pode definir-se como “um conjunto de propriedades e características de uma entidade que lhe conferem aptidão para satisfazer necessidades explícitas ou implícitas”, como mencionado na ISO (1994:8402). A APQ (1995) tem uma definição semelhante “Qualidade é a totalidade das características de um produto ou serviço que determinam a sua aptidão para satisfazer uma necessidade”.

Juran, um denominado “guru” da qualidade em 1988 define-a como devendo ser apropriada para uso ou propósito e, na sua perspectiva, esta abrangente definição do conceito de qualidade teve a sua origem numa mudança profunda que a qualidade sofreu. Segundo este autor, o conceito de qualidade inclui todos os requisitos que respondem às necessidades dos clientes, desde a cortesia no atendimento, até à durabilidade. Deste modo, a qualidade passa a ter interesse para os órgãos de gestão da organização, deixando de ser considerada um “problema tecnológico” ou operacional.

Mesmo, após uma primeira análise, verifica-se que a definição de qualidade tem diferentes abordagens variando por isso mesmo os significados associados a este conceito. Porém, constata-se que em vez de concorrerem entre si, essas definições complementam-se.

No contexto organizacional, qualidade é uma condição a colocar na balança na “vida” da organização. Para Lopes e Capricho (2007), corresponde a uma ferramenta estratégica intemporal que possibilita uma evolução com alicerce em elementos basilares, tais como: fazer bem, saber exigir e continuamente melhorar.

Na conjuntura da sociedade actual, com clientes cada vez mais diferenciados caracterizados por uma crescente exigência a todos os níveis, em que, paralelamente, os recursos são cada vez mais escassos, predomina a necessidade de orientação do caminho a seguir, numa perspectiva da obtenção e implementação da qualidade.

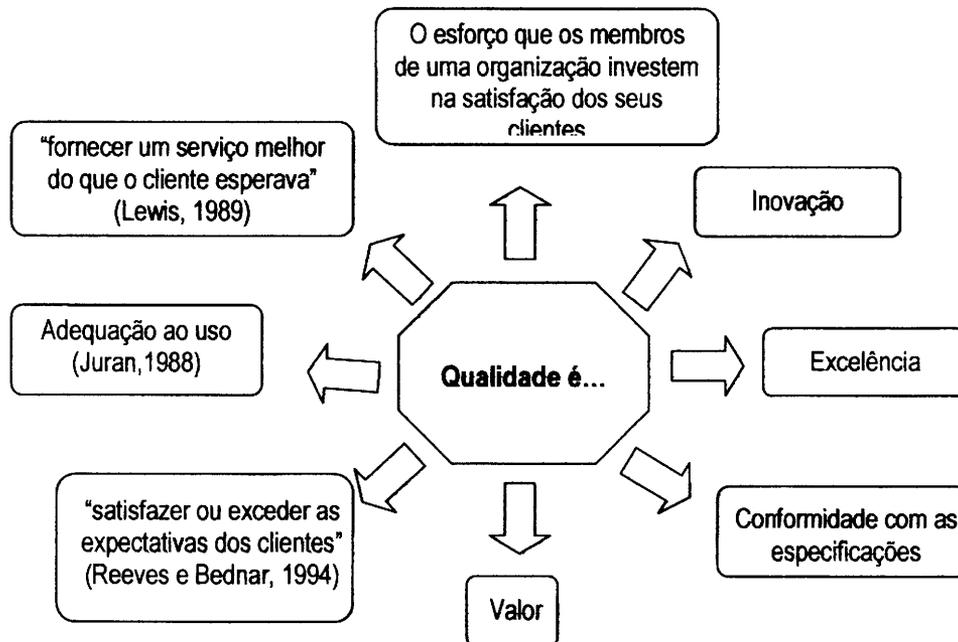
Assim, esta temática da qualidade, que não é de hoje, assume, actualmente, fulcral importância para que aplicada a vários níveis organizacionais promova, o conhecimento, potencie a aprendizagem, tendo como fim último a melhoria contínua e o sucesso sustentado da organização.

O conceito da qualidade além de se demonstrar de difícil definição, em tempos passados esteve associado ao controlo e na acção posterior à ocorrência. Os problemas eram analisados e resolvidos pontualmente sendo os custos inerentes à qualidade considerados elevados, morosos, penosos e contraproducentes.

Actualmente, qualidade deverá ser sinónimo de estratégia de gestão, centrando-se na excelência do produto ou serviço e na satisfação das necessidades dos clientes, sempre na perspectiva de excelência. O envolvimento dos colaboradores é preponderante, numa atitude proactiva a fomentar, devendo este conceito integrar a cultura organizacional.

Todas estas perspectivas podem esquematizar-se, como se apresenta na figura 2, de forma a simplificar várias ópticas que a qualidade pode assumir, todas verdadeiras, correctas e que integradas alcançam a essência da qualidade.

Figura 2 - Algumas definições de Qualidade



Fonte: Adaptado de Alves, A. 2005

Estas perspectivas focam o cliente, a satisfação das suas necessidades e das suas expectativas, referem os membros da organização como importantes nessa mesma satisfação, sendo por isso um recurso a utilizar e a investir, no sentido, também, de a organização reconhecer e enaltecer o seu esforço, englobam a necessidade de produzir produtos ou serviços "conformes", sob risco de incorrerem em situações catastróficas para a organização e por isso, é fundamental que as preocupações de criação de valor, inovação e de excelência encontrem-se de "mãos dadas" com a qualidade, que não é portanto um factor negociável, mas sim, insubstituível para qualquer organização.

Entenda-se cliente, na perspectiva de pessoas externas à organização que recebem o produto ou o serviço que a organização tem para lhes oferecer, sendo que a qualidade corresponde à satisfação das exigências presentes e futuras do cliente.

Assumidos que estão estes aspectos, para compreender a sua definição, é importante perceber a evolução deste conceito.

1.2.2 A evolução do conceito de qualidade

Apesar de mencionar, anteriormente, que as preocupações com a qualidade são recentes, muitos autores se debruçam quanto à temática da qualidade, desde há muito, sendo o seu início, uma incerteza, variando os argumentos, consoante o conceito de qualidade empregado.

António e Teixeira (2007) consideram que, numa perspectiva do desenvolvimento da qualidade, entre 1200-1799, Guilds da Europa Medieval tinha como palavra-chave para a qualidade a inspecção do produto. Porém, mencionam que o nascimento do controlo da qualidade moderno, numa abordagem sistemática, figurou na década de 1930, onde se aplicou na produção industrial a carta de controlo desenvolvida por Walter A. Shewhart. A esta carta deve-se o desenvolvimento de uma matriz teórica, que serviu de base a outros autores, da qualidade, nomeadamente Deming, para um crescimento de uma matriz mais abrangente que seria um novo paradigma da gestão.

Sem a pretensão, nem consiste o objectivo deste estudo, de desenvolver a narração acerca dos vários marcos históricos inerentes ao conceito da qualidade, ambiciona-se uma sinopse que caracterize os momentos mais importantes.

Taylor (1911) teve, tal como refere Silva e Nóbrega (2004), um papel importante no desenvolvimento da qualidade, pois ultrapassou a concepção que vigorava, de que os artesãos satisfaziam as necessidades básicas das poucas pessoas que constituíam as populações, sendo estes que controlavam o produto do início ao fim desde o ciclo produção até à sua venda, passando para a necessidade de descentralizar devido ao aceleração implícita pela revolução industrial.

Frederick Taylor (1911) e, igualmente, Henry Ford foram preponderantes na separação das funções dos trabalhadores, dividindo o processo produtivo em funções simples para aumentar assim a produtividade, tendo sido considerados expoentes máximos no que respeita ao âmbito da produção.

Deste modo, e como referem António e Teixeira (2007), "há dois marcos a considerar, dada a sua relevância para a forma como a qualidade passou a ser encarada." O primeiro prende-se ao advento da produção em massa ligada à Revolução Industrial, no século XIX, neste o sistema fabril, é uma realidade, em que cada um produz uma componente que integrado num todo

concretiza um produto final. O produto, após passar por critérios de distinção, considerava-se aceitável ou seria rejeitado, sendo estas especificações um passo na inspeção e análise da conformidade do produto.

Já no século XX, Pires (2000), apresenta de uma forma sucinta que a evolução do conceito de qualidade, antes de 1900, advinha da predominância da mão-de-obra, em 1900 passou pela supervisão, seguindo-se em 1920 a inspeção como característica da qualidade (detecção de defeitos) e entre as décadas de 1930-50 o controlo estatístico da qualidade, a fiabilidade e constância passaram a constituir palavras de ordem. Nesta fase, através das técnicas estatísticas, verificava-se um planeamento e implementação de acções correctivas. Em 1960 evidencia-se a motivação para a qualidade, a zero defeitos e em 1970-80 formam-se os programas de gestão da qualidade, através da utilização dos círculos da qualidade. Inserem-se nesta fase a sistematização de processos e auditorias, a preocupação com acções preventivas e a implementação de procedimentos organizacionais e técnicos. Já recentemente, a partir de 1990, fala-se em qualidade total, sendo o conceito chave, a excelência, em que se empreende a satisfação das necessidades totais, motivação, formação e melhoria contínua, tentando efectivar-se uma garantia da qualidade. Em todo este processo o envolvimento dos colaboradores foi crescendo.

O segundo marco quanto ao conceito da qualidade, já numa era moderna, ainda segundo António e Teixeira (2007), relaciona-se com a importância florescente do sector dos serviços em actividades não comerciais, nomeadamente o sector do ensino e dos cuidados de saúde públicos.

Uma realidade, a ter presente é que a qualidade, não encerra uma definição única, e como defende Deming, citado por António e Teixeira (2007) “há coisas que não são conhecidas nem passíveis de ser conhecidas”, logo, é também característica da qualidade, uma busca incessante do conceito da mesma, sem prescrições redundantes, estáticas, livre de absolutismos e da universalidade.

Assim, o facto de não conseguir definir a qualidade, não é em si uma preocupação, mas sim, a certeza de que se compreendeu a sua natureza, sendo do conhecimento dos conceitos de vários autores, nomeadamente, Deming (1986), Juran (1988) e Crosby (1984), e tendo em conta as suas subjectividades, referências históricas e geográficas, que nasce a riqueza da definição da Qualidade.

1.2.3 Os “Gurus” da Qualidade

Em epítome, a definição de qualidade evoluiu ao longo dos tempos e de acordo com determinados autores, que foram designados como os “Gurus da Qualidade”. Estes “mentores” respeitados enquadram autores de referência que se dedicaram ao estudo deste conceito, tendo em conta as suas realidades, temporo-espaciais.

Algumas associações, seguindo os seus estudos e especializando-se nesta temática arriscam, igualmente, definir a qualidade, sendo a tabela 1, um extracto das definições de qualidade.

Tabela 1 - Algumas definições de Qualidade

| Autor | Definição de Qualidade |
|---|--|
| Philip B. Crosby (1984) | “Quando discutimos qualidades estamos a tratar de problemas de pessoas” |
| William Edwards Deming (1986) | “Qualidade é tudo o que o cliente necessita e quer”. “As necessidades e expectativas dos consumidores são o ponto de partida para a melhoria da qualidade.” |
| Joseph J. Juran (1988) | “Qualidade deve ser apropriada para o uso ou propósito” “O principal objectivo da gestão é alcançar uma melhor <i>performace</i> para a organização e não o de manter o nível actual” corresponde ao <i>Management breakthrough</i> |
| Associação Portuguesa para a Qualidade (APQ) | “Qualidade é a totalidade das características de um produto ou serviço que determinam a sua aptidão para satisfazer uma dada necessidade” |
| Associação Francesa de Normalização (AFNOR) | “A qualidade de um produto ou de um serviço é a sua aptidão para satisfazer as necessidades dos utentes” |
| American Nacional Standart Institute (ANSI) e American Society for Quality Control (ASQC) | “Qualidade é o conjunto de características de um produto ou serviço que lhes permite satisfazer necessidades expressas ou implícitas” |

Fonte: Adaptado de Rolo, 2009

Como já foi referido, estas definições encontram-se e não se dispersam, proporcionando uma visão global e de excelência, quanto a esta definição, extraindo-se que a qualidade tem como principal missão a satisfação e o bem-estar das clientes. As frases referidas, são aquelas que proporcionaram um sumário das suas perspectivas, no entanto, efectua-se uma abordagem mais pormenorizada, para uma melhor compreensão das perspectivas visadas pelos autores.

Os “gurus” correspondem àqueles que se considerou como pioneiros e cujos pontos de vista acerca do conceito da qualidade se complementam e que, por esse facto, serão a base do conceito de qualidade escolhido para o estudo. Deste modo, sem pretender efectuar uma análise exaustiva, uma vez que não se pretende tal para este trabalho, aprofunda-se o estudo das ideias de Deming, Juran e Crosby relativamente à definição de qualidade.

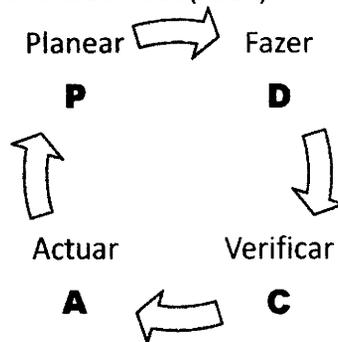
Tendo que realizar uma opção quanto às abordagens a vigorar no estudo relativamente à definição de qualidade, a observação dos mentores considerou-se uma obrigação premente para um conhecimento mais efectivo das perspectivas existentes e que consolidaram esta definição.

Deming (1986), um americano que se debruçou na estatística, aborda a qualidade, centrando-se no controlo estatístico de variações e falhas de um sistema de qualidade, tendo sido um dos discípulos do já referido Shewhart. A qualidade, *per si*, enquadra-se num processo, que para permitir a aplicação, deve estar definido nos respectivos parâmetros, em que se verifica um padrão de actuação, que engloba um conjunto de procedimentos. Este foi pioneiro na qualidade, considerando-se um pai da 3ª revolução industrial e notabilizou-se ao colaborar com o Japão na pós-guerra de tal forma que os produtos japoneses adquiriram uma boa reputação no mercado mundial, tornando-se dominantes.

Este evidencia que a qualidade deve partir de tudo o que o cliente necessita e quer, este motor leva a que, como refere Pires (2000), se verifique a “melhoria da qualidade” através de um aumento da produtividade que subsequentemente conduzirá a uma redução de custos e de preços, para alcançar um maior mercado, continuando o negócio e, por fim, uma recuperação do investimento, uma a melhoria contínua da qualidade. Quando alcançada essa melhoria, irá emergir uma redução de custos. Deming defende que há variações inerentes a qualquer processo e que, por isso, surge a necessidade de estar preparado para as contornar. As que são facilmente atribuídas, identificadas e solucionadas pelos colaboradores e as variações que advêm da concepção e produção, podendo ser torneadas pela gestão. A estas últimas, para este autor, se devem mais de 90% dos problemas da qualidade.

A inovação reside na definição de que qualidade não deve estar associada a inspecção e identificação de erros, mas sim, deve surgir de necessidades sentidas na organização de melhorar os seus processos de satisfação do consumidor. Os seus principais contributos residem nos 14 Princípios de Deming; nos círculos de Deming, sendo o mais conhecido, o ciclo PDCA: Planear (*Plan*), Executar (*Do*), Verificar (*Check*) e Actuar (*Act*) como consta na figura 3; e no desenvolvimento do controlo estatístico do processo (SPC).

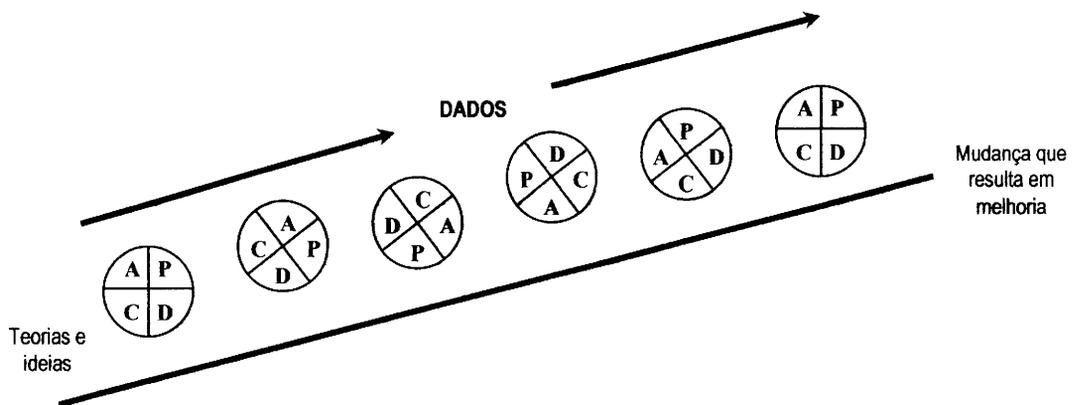
Figura 3 - Ciclo de Deming ou Ciclo da Melhoria Contínua (PDCA)



Fonte: Adaptado de Lopes e Capricho (2007)

É do uso contínuo do ciclo de Deming que se alcançam mudanças e a melhoria contínua (ver figura 4).

Figura 4 - Uso contínuo do ciclo de Deming (PDCA)



Fonte: Langley (1994:82)

O engenheiro Juran (1995), defende que a qualidade não tem como fim último a resposta das necessidades tecnológicas, mas sim as necessidades estratégicas inerentes a determinado negócio, sendo que, para tal, a gestão de topo tem de estar envolvida. Este centra-se no impacto que as consequências têm sobre os consumidores. Logo, não é suficiente o controlo, pois este passa por assegurar o cumprimento, nomeadamente através da inspecção, das regras para manter o nível actual de desempenho. Além do controlo referido, a prevenção adopta uma perspectiva e responsabilidade, perante a qualidade, de maior valor. Considerando-se incontornável a necessidade de melhorar continuamente, para que esta se consubstancie impõe-se uma mudança real na organização, sendo os elementos da organização os catalisadores, sentido a necessidade de mudança e acreditando que esta é importante e possível a longo prazo,

logo, deve ser sentida a necessidade de melhorar o nível actual de desempenho, sem acomodações. Este defende os círculos da qualidade e a formação a todos os níveis, sendo o seu maior contributo os 10 Pontos de Juran e a trilogia de Juran, sendo esta última, uma abordagem de três pontos que constituiu a sua imagem de marca: o Planeamento, o Controlo da Qualidade e a Melhoria da Qualidade.

Crosby, encara que qualidade consiste em estar em conformidade com determinados requisitos, sendo o principal objectivo zero defeitos. Este enfatiza o carácter inerente aos resultados. Este especialista americano da área da qualidade considera, como referem António e Teixeira (2007) que a variação, tanto no processo como na concepção concerne uma ameaça constante para o alcance dessa mesma conformidade com os requisitos. Este autor identifica, como refere Pires (2000), cinco factos chave para a gestão da qualidade: a Incerteza, quando a gestão desconhece que a qualidade é uma ferramenta útil à gestão, o Despertar, dá-se quando a gestão reconhece a ajuda que pode provir de uma gestão da qualidade, o Clarificar empreende-se quando a gestão decide inserir um programa formal de qualidade, o Saber advém da gestão e organização atingirem o estado permanente de mudança e a Certeza quando a gestão da qualidade é vital para a gestão da organização. Esta mudança de atitudes só será real se for aceite e compreendida pela organização e não imposta.

Mencionados os “gurus”, a evolução do conceito de qualidade e referida que está a questão da sua definição interessa enveredar pelo conceito de qualidade em saúde e nas organizações de saúde, particularizando, ainda, o conceito de qualidade em enfermagem, sendo esse o alvo a focar em seguida.

1.3 A Qualidade em Saúde

Tendo por base o segundo marco histórico referido por António e Teixeira (2007), quanto à evolução do conceito de qualidade, indaga-se, neste tópico, a qualidade perante as organizações de saúde. Primeiramente, efectua-se um estudo quanto às definições de qualidade em saúde, sendo importante conhecer as diferentes perspectivas, nomeadamente do cliente, do prestador de cuidados e, também, a nível governamental, quanto à política de saúde implementada. Apresenta-se ainda, uma perspectiva futura na qualidade em saúde e qual a evolução das metodologias utilizadas na qualidade em saúde.

1.3.1 Noção Geral de Qualidade em Saúde

Como sumaria Pereira et al (1992), os métodos para gerir e garantir a qualidade dos produtos e serviços têm evoluído substancialmente ao longo dos anos, aumentando a sua eficácia de modo a adaptarem-se às exigências crescentes. A criação de sistemas de controlo de qualidade, incrementa as actividades de planeamento e análise de resultados para níveis superiores aos praticados anteriormente. Este salto vem traduzir-se em alguns ajustamentos organizacionais, que permitem um planeamento e análise mais efectivo. Para os mesmos autores mencionados, o planeamento é de facto uma fase muito importante para a garantia de qualidade, uma vez que, só por meio deste se consegue atingir os objectivos de qualidade.

Outro aspecto, igualmente, importante é a melhoria da qualidade, ou seja, a procura contínua de níveis de desempenho superiores (produto cada vez mais apto, a custos cada vez menores). Toda a evolução é direccionada no sentido da prevenção dos problemas da qualidade, tendo por base o planeamento e todo o envolvimento da organização, para assim se atingirem os objectivos da qualidade e não limitando esse planeamento às actividades de inspecção.

O facto do cliente poder escolher, cria, também, uma maior exigência por parte dos membros da organização, pois os produtos ou serviços de má qualidade não têm capacidade para competir. Assim, as organizações têm de passar, de uma estratégia quantitativa para uma estratégia qualitativa, assente na diferenciação do produto ou serviço pela qualidade para deste modo obter resultados tangíveis. As organizações concorrem para a procura da qualidade e pela sua melhoria constante.

Como menciona Pereira et al (1992:31) “todo este processo responde a uma necessidade expressa pelo mercado e foi acompanhado por alterações substanciais ao nível da gestão da qualidade”.

Qualquer pessoa ou organização que ignore a qualidade, incorre num grande e grave risco para a sua actividade. As grandes organizações multinacionais, ou internacionais, em vários ramos de actividade, investem em programas de qualidade como sendo a melhor estratégia para enfrentarem os desafios da concorrência global, sendo através desses programas que aumentam a sua produção e desenvolvem uma gestão mais eficiente, centrada nas prioridades correctas.

Tendo por base Mezomo (2001), qualidade corresponde ao agregado de propriedades de um serviço (produto), que o tornam adequado à missão de uma organização (empresa), concebida de forma a dar resposta às necessidades e justificadas expectativas de seus clientes.

Mas, qualidade em saúde é algo muito complexo, dependendo de vários factores, além da complexidade já verificada e aceite para a definição de qualidade, acresce, ainda, o surgimento do primeiro conflito que se prende com a aceitação de que a prestação de cuidados de saúde equivale a um serviço e como segunda barreira o facto dos doentes ou utentes corresponderem a clientes. Esta é uma das razões pela difícil e tardia implementação da gestão da qualidade na saúde.

Para falar de qualidade em saúde, é forçoso ter em atenção a sua definição para que esta não seja redutora. A sua complexidade é perceptível, na medida em que, caracteriza a prática profissional centrada no cuidar. O cuidar não é de fácil mensurabilidade, não facilitando a compreensão nem a avaliação da qualidade nesta área.

Como poderemos alcançar uma definição de qualidade em saúde?

Pensa-se, então, qualidade em saúde como a qualidade da gestão dos episódios individualizados da doença (domínio técnico e interpessoal), sendo essencial encarar na avaliação dos cuidados a ESTRUTURA, PROCESSO e RESULTADOS dos cuidados prestados aos clientes. Como refere Donabedian, citado por Silva e Nóbrega (2004:59), o conceito unificador da qualidade dos cuidados de saúde implica a “maximização do bem-estar do doente, depois da avaliação pessoal dos ganhos e perdas esperados do processo de cuidados, em todas as suas partes”.

As estruturas correspondem às características dos recursos humanos, materiais e técnicos erigindo, estes, os recursos organizacionais. Os colaboradores, nas organizações de saúde, são pedra angular dos recursos existentes, uma vez que o processo, nestas organizações, se centra na prestação de cuidados de saúde. Os resultados inventariam-se através das mudanças

observadas no estado de saúde. Todavia, esta avaliação não é linear, sendo por isso difícil, mas não impossível de medir.

Impõe-se, deste modo, o emprego de instrumentos de medida da qualidade. Mas, configura-se substancial não esquecer a vertente holística do cuidar quando se refere a qualidade de cuidados de saúde. A omissão desta vertente pode conduzir à insatisfação da população e de alguns profissionais de saúde motivados para o cuidar.

Deste modo, torna-se importante conhecer as ópticas da qualidade em saúde, para o cliente e para o prestador de cuidados.

1.3.2 Qualidade em Saúde na perspectiva do cliente e do prestador de cuidados

Uma perspectiva a equacionar prende-se com a definição de qualidade em saúde possuir significados diferentes de pessoa para pessoa? Como refere Silva e Nóbrega (2004), a melhor definição de qualidade dos cuidados de saúde “é um livro em branco”, como reforça Martin e Henderson (2004), constitui um “conceito evasivo” isto é, a qualidade é percebida de um modo subjectivo por cada um de nós.

No entanto, como refere Silva e Nóbrega (2004), existem dois planos bem claros no que se refere aos conceitos a às dimensões a medir. O primeiro, quando nos referimos à qualidade ao nível de um sistema de saúde e o segundo quando nos referimos a uma organização de saúde inserida nesse mesmo sistema. Existe ainda, um ponto comum aos dois planos, o qual tem a ver com o conceito da qualidade na perspectiva do cliente/cidadão/utente e a do prestador de cuidados de saúde. Assim, o conceito de qualidade em saúde terá sempre que ter em conta a percepção da perspectiva do utente, seja ele externo ou interno, assim como a perspectiva dos prestadores de serviços de saúde.

Nas organizações deve-se, assim, encarar a presença de diferentes definições e dimensões da qualidade. Encarando-se que é complexo planear uma estratégia coerente para a qualidade quando a comunicação não é precisa relativamente aos conceitos chave. Se os diferentes sectores não compreendem o conceito de qualidade da mesma óptica da organização, consequentemente, será problemático empreender um plano estratégico direccionado no mesmo sentido.

Uma noção que deverá também prevalecer, como defende Silva et al (2004), prende-se com as diferentes definições de qualidade dos serviços/produtos na perspectiva dos consumidores, pois só assim se poderá adequar a oferta à procura assegurando o sucesso da organização.

Neste sentido, torna-se primordial considerar a definição de qualidade dos colaboradores, dos consumidores e da organização em causa.

Cada organização deve reconhecer a definição de qualidade, que os seus profissionais defendem, pois como António e Teixeira (2007) corroboram, a definição de qualidade de cada profissional, reflecte a sua atitude perante o fenómeno, mais conservadora ou não, dependendo esta dos interesses e pontos de vista de cada um. Os insucessos inerentes à implementação de programas da qualidade, encontram a sua génese na deficiente análise organizacional, pois este é tão importante como empreender processos eficientes e conseguir satisfazer o cliente. Nada pode ser alheado.

Deste modo, para um trabalho que abranja esta temática é fundamental conhecer a definição dos profissionais e o conceito da própria organização, no sentido de compreender se “remam” no mesmo sentido, pois só esta situação é passível de garantir o sucesso da organização de saúde. O conceito de qualidade delimitado pelo Gabinete de Qualidade para o Hospital Cuf Infante Santo, a organização de saúde objecto do desenvolvimento deste trabalho científico, corresponde à “satisfação das necessidades e expectativas dos clientes, com a colaboração e satisfação dos colaboradores ao menor custo”.

As definições de conceitos como, a qualidade, a missão, a visão, os valores de qualquer organização, e particularmente, numa organização de saúde, hospital ou outro, deverão estar fundeadas, precisamente, na indispensabilidade de satisfação das necessidades dos seus utentes. Para conseguir essa satisfação, há vários departamentos envolvidos e implicados e é necessário que todos, ao longo do ciclo de produção do serviço, ou produto, incluam actividades de gestão da qualidade. Voltando à triologia de Juran, para Pereira et al (1992:34) essas actividades de gestão de qualidade assentam na triologia, que sucintamente correspondem ao:

- Planeamento (estabelecer objectivos e acções);
- Controlo da Qualidade (medir, comparar com os objectivos, identificar problemas esporádicos, corrigir); e
- Melhoria da Qualidade (identificar problemas crónicos, fazer o diagnóstico e definir soluções). Só após estas etapas se poderá alcançar a qualidade e um serviço de excelência.

O planeamento da qualidade envolve a identificação do consumidor, a medição das necessidades deste e das suas expectativas acerca do processo e dos seus *outputs*. Estes serão os *inputs* para a concepção do produto ou serviço que responda a essas necessidades e, por último, o desenvolvimento de processos capazes de produzirem o *output* desejado.



De uma forma sistematizada pode-se, então, dizer que as características da Qualidade em Saúde são (Biscaia, 2000):

- Satisfazer as necessidades e não responder apenas à procura, oferecendo mais;
- Atitude proactiva para prevenir e dar resposta às necessidades antecipadamente;
- Efectividade, eficiência, aceitabilidade e equidade.

Deste modo, e para confrontar estas características, pronuncia-se, seguidamente, o plano do sistema de saúde, isto é, da política da qualidade em saúde definida a nível governamental.

1.3.3 Qualidade em Saúde na perspectiva de política de saúde

A política na qualidade em saúde cumpre uma preocupação crescente nos últimos anos, principalmente na última década, por parte de todos os países e particularmente pelos da União Europeia.

Os sistemas nacionais de saúde enfrentam, entre outros desafios, segundo o Relatório da Comissão Europeia (2001), no âmbito do “futuro dos cuidados de saúde”, cuidados de saúde cada vez mais eficientes mas também mais dispendiosos e de um maior nível de exigência por parte dos utentes, que se tornaram verdadeiros consumidores, dos mesmos. Esta realidade implica, segundo a mesma fonte, um maior nível de qualidade na oferta de cuidados de saúde e a viabilidade financeira dos sistemas nacionais de saúde. Segundo o mesmo relatório, e no que se refere à qualidade dos serviços de saúde, este aconselha que, se torna necessário, aos governos, para garantirem a qualidade dos cuidados de saúde nos seus países, a procurar da obtenção da melhor relação possível entre os benefícios para a saúde e os custos gerados pelos produtos ou tratamentos.

Em Portugal também tem havido consequências das indicações feitas pelas Comissões para a Saúde da União Europeia. Assim, em entrevista dada à Revista do Instituto da Qualidade em Saúde em 2003, o então Ministro da Saúde, Prof. Luís Filipe Pereira, menciona que, tendo como elemento central o utente/cliente, “a qualidade deve ser entendida como uma prestação de cuidados de saúde eficiente e eficaz, humanizada e realizada em tempo útil pelo Serviço Nacional de Saúde”. Considerou ainda, que a qualidade era a ferramenta fundamental de estratégia política para o sector da saúde, tendo como objectivo principal o assegurar mais da mesma em relação à existente, colocando o cliente no centro das reformas e procurando satisfazer as suas necessidades e expectativas.

O posterior ministro da saúde, Prof. Correia de Campos, considera, nas suas notas da sessão de encerramento do Seminário da Escola Nacional de Saúde Pública (2005), a importância da

qualidade da governação em saúde, tendo como principais objectivos “o de garantir ganhos em saúde mensuráveis e um sistema mais justo e favorecedor de menor desigualdade nos resultados em saúde, com um funcionamento mais eficiente e flexível”, colocando o cidadão no centro do sistema, como também referia o anterior ministro.

Tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados no Sistema de Saúde pode-se designar, em síntese, como principais objectivos (Campos, 2005):

- Manter e promover a saúde da população;
- Estruturar os serviços de saúde de modo a satisfazer as necessidades da população, como refere Campos (2005), “Promover a centralidade do cidadão no sistema, assente em valores democráticos (serviço público, participação, equidade, etc.) Incremento e selectividade rigorosa nas parcerias a estabelecer com as instituições de solidariedade social, de forma a garantir uma maior qualidade no acesso à cidadania plena dos que evidenciam maiores dificuldades de inserção social”.
- Assegurar que os recursos (financeiros, humanos, equipamentos, informação) das organizações prestadoras de cuidados de saúde sejam utilizados de forma racional e eficiente;
- Assegurar a competência profissional dos prestadores de cuidados de saúde, a qual deverá ser avaliada através de indicadores mensuráveis;
- Assegurar a satisfação dos utilizadores dos cuidados de saúde.

Pode-se encarar, assim, como objectivos essenciais da qualidade na saúde, o assegurar a todos os clientes o acesso a cuidados de saúde de qualidade, em tempo útil e a custos adequados, para que estes se sintam confortáveis e em segurança quando se dirigem aos serviços de saúde, encontrando rapidez na actuação e um atendimento personalizado.

Para garantirem a qualidade dos cuidados de saúde nos seus países, o Conselho da Europa, na sua Recomendação nº 17/97, como refere Campos (2002), estimula o desenvolvimento e implementação de sistemas de melhoria da qualidade nos cuidados de saúde. A implementação de um sistema de gestão da melhoria da qualidade eficaz nas organizações de saúde, implica aos gestores ter por base os conceitos de qualidade, mesmo que eles variem de pessoa para pessoa.

A qualidade nos cuidados de saúde deve abranger, como reflecte o mesmo autor, “a eficácia, a eficiência, a optimização (equilíbrio entre custo e eficácia), a aceitabilidade, a legitimidade (conformidade com as normas sociais e os princípios éticos), e a equidade”, tendo com objectivo final o atingir da perfeição ou a excelência nos serviços de saúde prestados.

Assim, verifica-se que as características da qualidade em saúde sistematizadas encontram-se concordantes com os objectivos definidos pela política governamental, para a qualidade em saúde.

Ainda Martin e Henderson (2004), referem algumas das definições de Qualidade mais utilizadas, nomeadamente a totalidade dos aspectos e características de um produto ou serviço, que incorpora em si a capacidade de satisfazer necessidades explícitas ou implícitas (*International Standards Organization - ISO, 1986*), como exemplo referem que se pode prever que os clientes que utilizam os serviços de saúde esperam que o seu estado de saúde melhor bem como o seu bem-estar social, de uma forma rápida e o menos dolorosa possível. Estes pressupostos são requisitos implícitos e não explícitos.

De uma forma geral, segundo a maior parte dos autores consultados, os objectivos na implementação de sistemas de melhoria da qualidade através de um programa de qualidade, consistem, entre outros, na satisfação das necessidades dos clientes indo ao encontro das suas necessidades e expectativas, como já se referiu, nos cuidados de saúde de qualidade, na promoção da redução dos custos, na diminuição da não qualidade, na optimização de recursos, na racionalização de processos, na motivação dos colaboradores e no empenho da gestão de topo.

É crucial que dentro de cada departamento da organização todos estejam mobilizados para o objectivo global da qualidade. Hoje, ultrapassou-se a era da mera inspecção, ou do controlo de qualidade (que passa pela inspecção, planeamento, análise de resultados e acções preventivas). Pretende-se, antes, actualmente e no caminho do futuro uma garantia da qualidade através de uma gestão da qualidade em que além do já referido, acresce as funções do sistema vocacionadas para o controlo da qualidade e auditorias, sendo necessária a mobilização de todos. Seguidamente, pretende-se aludir à qualidade em saúde numa perspectiva actual e de futuro.

1.3.4 Qualidade em Saúde e uma visão do futuro

A excelência na saúde concretiza-se, assim, através dos aspectos mencionados, tendo como alicerce a ciência e os meios tecnológicos, paralelamente, o estabelecimento das relações interpessoais com valores e princípios éticos deliberados, de forma a sustentar a ponte entre as necessidades dos clientes e a procura eficiente da sua satisfação, atingindo este objectivo consistente e ponderadamente, recorrendo a estruturas da organização de saúde e ao uso de normas de conformidade quanto aos processos e aos resultados.

Aos profissionais de saúde torna-se uma exigência dar resposta adequada aos “novos clientes”, cheios de informação que os *media* colocam à disposição. Mas esta informação nem sempre é fidedigna ou, por outro lado, não se encontra perceptível para todos, fazendo com que estes clientes se apresentem, cada vez mais, nas organizações de saúde, de uma forma angustiada e, simultaneamente, imbuídos de informações desconexas.

Por outras palavras, verifica-se uma mudança rápida da sociedade, que exige uma constante actualização e adequação às novas necessidades da população, por parte dos profissionais de saúde. Existem, actualmente, várias ferramentas, que, de uma forma fiável, pretendem contribuir para a melhoria contínua da qualidade, exigida aos hospitais de agora e do futuro.

O meio hospitalar do futuro é cada vez mais visto como uma empresa. Como refere PROENÇA (2000:24):

“O hospital é uma empresa e que a ela se devem aplicar os mesmos critérios e princípios de funcionamento e avaliação que se aplicam a uma empresa de um qualquer ramo (...) É uma empresa produtora de serviços altamente diferenciados, exigindo mão-de-obra intensiva e igualmente altamente diferenciada.”

O mesmo autor acrescenta, ainda, que para além do hospital ter de ser um espaço bem equipado e adaptado às novas realidades científicas, o hospital do futuro “terá de ser um actor promotor de atitudes e comportamentos saudáveis”. Para a Direcção-Geral da Saúde, numa edição de 1998 do “O Hospital Português”, citado por PROENÇA (2000:7):

“Se hoje o hospital se transforma é com a finalidade de se adaptar às necessidades actuais da população e de se ajustar às novas tecnologias que permitem, por exemplo, intervenções mais curtas e menos invasivas. O hospital está no centro de uma grande transformação do sistema de prestação de cuidados que visa acrescentar à pertinência a produtividade e efectividade das intervenções. Esta reestruturação é complexa, na medida em que se desenrola em simultâneo com a vontade de reduzir custos, de modificar os modelos de afectação de recursos e de repartir as competências entre os diferentes prestadores”.

Compreendidas que se encontram as diferentes perspectivas do conceito da qualidade em saúde na conjuntura actual, para os diferentes intervenientes, e numa dimensão a longo prazo, torna-se relevante focar, as metodologias aplicadas à saúde quanto aos sistemas de qualidade.

1.3.5 Evolução das metodologias da Qualidade na Saúde

Os cuidados de saúde existentes, no início do século XX, eram encarados de forma individual e um pouco artesanal, tornando a qualidade numa questão de responsabilidade individual. Nesta época, o cirurgião americano Ernest Codman, elaborou um sistema de qualidade para os

hospitais, baseado no controlo dos resultados finais da actividade clínica. No entanto, esta proposta foi abertamente contestada e o controlo da qualidade praticamente abandonado, durante 60 anos. Cristoffel, citado por Vuori (1993: 182), justifica a rejeição do sistema de qualidade de Codman, pela classe médica, tendo por base as seguintes causas:

- “A visão optimista do princípio do século de que os progressos da medicina iriam solucionar as causas dos insucessos médicos;
- O medo do controlo da qualidade, considerando uma ameaça à independência da profissão médica;
- A ideia de que a medicina, sendo uma arte, não podia ser submetida a um controlo da qualidade;
- A inexistência de pressão por parte dos consumidores dos cuidados de saúde.”

Na década de 80 do século XX o sistema de qualidade de Codman foi adoptado para ser aplicado na prática da saúde. Foi nesta altura que Wilson referenciado por Silva e Nóbrega (2004, 47) afirmou que:

“pela primeira vez, temos os meios para medir a efectividade das intervenções, avaliar a qualidade dos cuidados e dar os passos necessários para a melhorar. Eles resultam da organização e da burocratização dos cuidados, manifestas em exigências reguladoras, na manutenção dos arquivos e nos sistemas de informação para a gestão. Incluem ainda computadores para recolher e analisar economicamente os dados, bons conceitos e modelos analíticos necessários para medir os processos e os resultados dos cuidados e para interpretar significativamente os dados resultantes, e estratégias para gerir a mudança.”

Codman não conseguiu implementar o seu processo, mas foi decisivo ao influenciar o seu colega Edward Martin. Este cirurgião foi o criador do Colégio Americano de Cirurgiões, permitindo garantir o cumprimento de padrões de qualidade nos hospitais americanos. Existia falta de registos, falta de equipamentos para avaliação pré e pós-operatória, resumindo, havia falta de organização em geral. Através da iniciativa de Martin, foi possível, mais tarde, a criação de um programa específico, sendo emitida a “Norma Mínima” (Martin, 2004):

- Criação de uma organização do pessoal médico dos hospitais, independentemente do estatuto;
- Condições de exercício profissional;
- Regulamentação da actividade médica, com a aprovação da direcção do hospital;
- Existência de processos clínicos exactos e completos;
- Instalações e serviços necessários às actividades de diagnóstico e terapêutica.

Em 1952, foi criada a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAH), da Associação Americana de Hospitais e da Associação Médica Americana, como resposta às necessidades das actividades. A publicação do Manual de Acreditação, em 1970, transforma o modelo de normas mínimas num modelo de excelência. Cinco anos depois, a comissão publica um suplemento intitulado Qualidade dos Serviços Profissionais, o qual estabelecia a avaliação contínua da

qualidade dos cuidados efectuados pelos profissionais, com base em critérios explícitos e mensuráveis, constituindo a base da auditoria médica. Esta actividade não foi implementada com sucesso, de modo que, foi criada outra norma que orientou os hospitais para a promoção de um processo de avaliação sistemática da qualidade tendo em conta a monitorização e a avaliação dos cuidados sendo, assim, possível identificar e corrigir os problemas.

Em consequência do alargamento das actividades a todas as organizações de saúde, a JCAH passa a designar-se por “*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*” (JCAHO).

Inicia-se uma época de mudança, com duas linhas de orientação, a adopção da melhoria contínua da qualidade e o desenvolvimento de indicadores de desempenho. Esta última revelou-se um caminho árduo e moroso, com uma enorme variedade de sistemas de informação. Em 1988, foi implementado o *Indicador Measurement System* (IMS), que foi sendo renovado e actualizado ao longo dos anos, até 1997, quando se criou o *Core Measures* (indicadores de resultado e de medidas de desempenho).

Actualmente, a utilização de diferentes metodologias tem suscitado um interesse crescente de instituições como a ISO e o *National Institute of Standards and Technology* (NIST), dos EUA, responsável pelo Programa Nacional da Qualidade Baldrige. No que diz respeito à saúde, o Programa Baldrige visa os seguintes valores (Baldrige, 1987):

- Liderança visionária (através de líderes modelo, aos quais compete criar uma focalização no doente, valores claros e visíveis e elevadas expectativas);
- Excelência centrada no doente (de acordo com a compreensão dos desejos dos doentes e da evolução da oferta de cuidados);
- Aprendizagem organizacional e pessoal (melhoria contínua das abordagens e adaptação à mudança);
- Valorização do pessoal e dos parceiros (compromisso relacionado com a satisfação e o bem-estar do pessoal e dos parceiros);
- Agilidade (capacidade para enfrentar a mudança e flexibilidade organizacional);
- Focalização no futuro (deve haver antecipação das mudanças nos sistemas de prestação de cuidados, na disponibilidade de recursos, nas expectativas dos doentes, em desenvolvimento tecnológico);
- Gestão da inovação (ter em conta os processos relacionados com o desempenho e os processos da organização);
- Gestão por factos (depende da medição da análise do desempenho);
- Responsabilidade pública e saúde da comunidade (referente a práticas éticas e à protecção da saúde pública, da segurança e do meio ambiente);

- Focalização nos resultados e na criação de valor (os resultados devem ser utilizados para criar e equilibrar valor para os doentes, famílias, pessoal, comunidade, investidores, fornecedores e público em geral);
- Perspectiva sistémica (gerir o todo da organização e as suas componentes para atingir com êxito os objectivos estratégicos e operacionais).

O caminho de Codman foi a base para a criação do processo de normalização dos hospitais americanos, dando origem ao modelo de creditação de hospitais e de outras organizações de saúde.

A qualidade numa organização de saúde, pode ser vista como o equilíbrio de todos os recursos postos à sua disposição, tendo em vista a optimização dos resultados e maximização da satisfação dos clientes. O resultado não passa somente pela satisfação nos serviços de saúde prestados mas também pela confiança que a organização pode merecer por parte dos clientes, como se de uma “marca” se tratasse.

Os recursos humanos da organização de saúde, podem contribuir para o desenvolvimento da qualidade dessa mesma organização. Directa ou indirectamente, prestam cuidados de saúde aos clientes, podendo resistir ou apoiar a introdução de novas práticas, por controlarem a sua actividade e estarem mais próximo da realidade. Assim, uma gestão empenhada na qualidade, nunca pode esquecer que são as pessoas (os colaboradores) que fazem a qualidade sendo elas que possuem a melhor posição para influenciar a qualidade dos serviços prestados.

Para a gestão da qualidade deve existir a preocupação em incidir, nestes profissionais, bem como nos clínicos, pois na saúde a gestão cabia a estes dois sectores, apresentando-se sob a forma da direcção clínica e direcção de enfermagem, não existindo qualquer membro da gestão numa organização de saúde. Desta forma, estes devem, agora, ser considerados de modo a incorporarem informação e se envolverem em determinada política, sendo imprescindível conhecê-la e compreendê-la de forma a aceitá-la e evitando deste modo que se criem resistências a algo novo para a saúde, como seja a qualidade e a gestão desta.

Edifica-se, assim, em seguida, o estudo no sentido do conhecimento da qualidade, para um grupo de profissionais das organizações de saúde, designadamente, os enfermeiros, encarnando, estes, o sector operacional, com práticas distintas e autónomas, relativamente à gestão estratégica da organização.

1.4 A Qualidade em Enfermagem

Aos enfermeiros prestadores de cuidados ao nível hospitalar, cabe acompanhar as designadas ideias do hospital do futuro. Este grupo profissional é muito importante na organização hospitalar, pois corresponde aos prestadores de cuidados mais efectivos. Da qualidade dos cuidados destes profissionais depende, como refere Isabel Stewart, citada por Sale (2000:13), a segurança; efeito terapêutico; conforto e satisfação global do utente; economia de tempo; economia de energia e esforço; economia de material e de custos; trabalho manual; simplicidade e adaptabilidade. Ou seja, nas mãos destes profissionais de saúde está a satisfação de todas as necessidades básicas dos utentes, no meio hospitalar. Se se considera que a satisfação dos clientes e das suas expectativas corresponde a uma das máximas da definição de qualidade, estes, consideram-se, portanto, actores principais nesse processo. Deste modo, torna-se necessário compreender qual o conceito de qualidade para estes profissionais de saúde.

1.4.1 O conceito de Qualidade em Saúde para a Enfermagem

Dimensionando para os cuidados de enfermagem, tendo por base Sale (2000), só a partir de 1960 é que a avaliação em enfermagem passou efectivamente a ser feita organizadamente e a gerar estudos sistemáticos. Como expõe Sale mencionando a Organização Mundial da Saúde (glossário preparado para o *European Training Course on Quality Assurance*) (2000:26), garantia da qualidade:

“é a medida do nível actual dos serviços prestados mais os esforços para modificar, sempre que necessário, a prestação desses serviços tendo em conta os resultados dessa medição. O objectivo da garantia da qualidade consiste em assegurar, ao consumidor de cuidados de enfermagem, que estes possuam um grau específico de excelência proveniente das suas contínuas medição e avaliação”.

Para monitorizar os níveis de qualidade nos cuidados constituíram-se diversos programas nomeadamente, as Comissões de Auditoria; a Auditoria Organizacional do King's Fund Center; a aplicação dos Standarts Britânicos e Internacionais em Sistemas de Qualidade aos serviços de saúde; a adesão ao Patient's Charter.

O grupo de melhoria contínua actua posteriormente na organização, pretendendo avaliar as mudanças apontadas e auxiliar com programas de acções, que ao fazer o diagnóstico propõem soluções, implementam as soluções para os problemas e posteriormente relatam os progressos, através da comunicação dos resultados.

Após ter-se acordado e redigido a missão, determinados os objectivos, o passo seguinte no ciclo da qualidade é descrever os cuidados, isto é, aquilo que se faz, em termos mensuráveis. Identificam-se normas e critérios no sentido de estabelecer/definir a qualidade dos cuidados a prestar aos doentes (Sale, 2000).

As normas são, por isto, um instrumento valioso, que como define a mesma autora, (Sale, 2000: 54) correspondem a:

“definições válidas e aceitáveis da qualidade dos cuidados. Elas não têm valor a menos que contenham critérios que permitam que os cuidados possam ser medidos e avaliados em termos de efectividade e qualidade. Normas escritas sem critérios, é o mesmo que, usar uma régua sem escala de medida.”

Em suma, sem um sistema eficaz que garanta a qualidade através de critérios explícitos e objectivos, o cidadão consumidor está sempre desprotegido no seu direito à prevenção da doença e à restituição a um estado saudável. Deste modo, no sector da saúde, a qualidade e a garantia da mesma constituem uma postura ética.

Pretende-se, neste ponto, dissecar o conceito de qualidade na perspectiva de enfermagem, pois como refere Hesbeen (2001), a orientação para o cuidar legitima muita da desmotivação destes profissionais perante metodologias de medição da qualidade mensuráveis porém redutores. Assim, é relevante verificar que a satisfação das necessidades do cliente, está considerado na definição de qualidade da organização.

Na senda da qualidade em saúde, esta caracteriza-se cada vez mais como uma opção estratégica. Hoje e no futuro, a qualidade em saúde é absolutamente inquestionável. Como defende Roseira, in Sale (2000), pressupõe medição e avaliação, com base em informação rigorosa, que permita caminhar para o conceito de qualidade global.

Perante um cidadão cada vez mais exigente e com direito a sê-lo, o caminho e resposta são a prossecução do objectivo de qualidade, que cada vez mais terá que fazer parte da cultura de todas as organizações e profissionais de saúde.

As metodologias de trabalho a adoptar por parte dos profissionais de saúde passam pela inovação na gestão dos serviços de saúde. Só através da inovação e de uma comunicação eficaz dentro de uma organização de saúde, esta poderá vingar na sociedade contemporânea, cada vez mais competitiva e, por conseguinte, mais exigente.

Considera-se que uma organização pode e deve inovar, uma vez que a inovação constitui uma ferramenta útil, que permite introduzir uma mudança na instituição, ou seja, uma oportunidade de melhorar os serviços prestados. As inovações são plausíveis de se introduzir nos hospitais, sendo necessário estar atento às oportunidades que vão surgindo, nos diferentes contextos, para assim melhorar a prestação dos cuidados de saúde.

A inovação passa impreterivelmente por uma comunicação eficaz e efectiva, ou seja, a transmissão de informação é vital, pois sem informação não há decisão. Um bom decisor só o é consoante a informação que possui. Uma comunicação eficaz proporciona um bom ambiente de trabalho e, por conseguinte, motivação, automaticamente um aumento de produtividade e uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados, sendo que as falhas de comunicação podem comprometer tanto o desempenho profissional junto do utente, como a satisfação profissional, implicando, conseqüentemente, a harmonia de uma gestão de qualidade.

Na prática de enfermagem, o processo de implementação do sistema de controlo de qualidade, como a norma ISO, implica mudanças em relação a exigências com o controlo de infecção hospitalar, normalização de procedimentos, material e estruturas físicas, que visam a acessibilidade, diminuição de erros e protecção dos próprios profissionais. Porém, a implementação destes sistemas encara-se como perversa pelos profissionais, uma vez que, muitas vezes não se investe em explicar a necessidade destes sistemas e, conseqüentemente, não percebendo o porquê das alterações aplicadas, os profissionais salientam, meramente, o facto de estas apenas aumentar as suas tarefas quotidianas.

Torna-se possível melhorar os cuidados de enfermagem ao nível hospitalar, a partir da consciencialização da importância da implementação destes sistemas de qualidade.

Considera-se que a inovação é um conceito que está intrinsecamente ligado à implementação destes sistemas, podendo contribuir para alcançar patamares cada vez mais elevados de qualidade.

Há muitos anos, que os enfermeiros se debruçam sobre o conceito de cuidar e qualidade dos cuidados. A forma como os enfermeiros observam o cliente e como definem o cuidar manifesta-se nas suas práticas e no que valorizam como cuidados de qualidade. Esta reflexão é indispensável como ponto de partida para compreender como os enfermeiros lidam com as novas exigências, a qualidade e as novas formas de avaliação da mesma.

Citando HESBEEN (2001:38), estudiosa do cuidar em enfermagem:

“Apesar dos trabalhos que têm vindo a ser realizados terem o maior interesse porque suscitam a reflexão dos diversos actores, existe, contudo, o perigo de fazer emergir uma concepção errónea da qualidade, com origem numa abordagem redutora, mas pragmática, já que é mensurável”.

Esta autora salienta que, apesar da necessidade de melhoria da qualidade em saúde e da pressão exercida sobre as organizações e profissionais para uma constante evolução, não se pode desprezar que os resultados de medida utilizados para a avaliação da qualidade devem ter em conta a concepção do cuidar. Como acrescenta ainda a mesma autora: “Estes instrumentos de medida, por muito fiáveis que sejam, podem ocultar disfunções da maior importância do ponto de vista dos utilizadores ou dos próprios prestadores de cuidados”.

Para este estudo científico, tem-se em consideração, a definição da qualidade da prática dos cuidados de HESBEEN (2001:52), para a qual:

“Uma prática de cuidados de qualidade é aquela que faz sentido para a situação que a pessoa doente está a viver e que tem como perspectiva, que ela, bem como os que a rodeiam alcancem a saúde (...) Ela procede da utilização coerente e complementar dos diversos recursos de que a equipa de profissionais dispõe e constitui a prova dos talentos destes profissionais. Ela inscreve-se num contexto político, económico e organizacional com orientações, meios e limites pertinentes e claramente identificados”.

Em suma, a qualidade em saúde advém de um trabalho multi-profissional, com um contexto de aplicação local. Deste modo, a qualidade em saúde não se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, mas estes desempenham um papel demasiado importante para serem esquecidos ou não terem visibilidade, nos esforços para obter qualidade em saúde (O.E., 2003).

Esta noção defendida pela Ordem dos Enfermeiros, tem subjacente a importância desta categoria profissional para a obtenção de qualidade na saúde. Posto isto, torna-se um contributo fundamental compreender quais as directrizes desta organização para a enfermagem.

1.4.2 Qualidade em Enfermagem e as directrizes da Ordem dos Enfermeiros

No âmbito específico da prestação de cuidados de enfermagem com controlo de qualidade global e generalizado, conhece-se a sua grande impulsão em Portugal, em 1998, com a criação da Ordem dos Enfermeiros (O.E.), deixando desta forma a qualidade de ser controlada de uma forma pessoal, por outras profissões ou pelas instituições, empírica e legal, passando a estar a cargo desta Organização, sobre a qual se salienta o reconhecimento formal, permitindo uma maior credibilização da profissão sendo que, segundo a O.E. (2001):

- a) “os enfermeiros constituem, actualmente, uma comunidade profissional e científica da maior

relevância no funcionamento do sistema de saúde de qualidade, em especial em cuidados de enfermagem”;

- b) “a própria evolução da sociedade portuguesa e as suas expectativas de acesso a padrões de cuidados de enfermagem da mais elevada qualificação técnica, científica e ética para satisfazer níveis de saúde cada vez mais exigentes, assim como organização desses cuidados em ordem a responder às solicitações da população, não só em instituições de carácter hospitalar ou centros de saúde, públicos ou privados, mas também no exercício liberal”.

Com a criação desta Organização e segundo os seus estatutos, alínea b) do nº 1 do artigo 30, compete ao Conselho de Enfermagem definir padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e, de acordo com a alínea c) do nº 2 do mesmo artigo e com a alínea b) do nº 2 do artigo 37, compete respectivamente às Comissões de Especialidade e aos Conselhos de Enfermagem Regionais zelar pela observância dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem a exigir regularmente.

Estas orientações implicaram a definição conceptual dos padrões de qualidade e do acompanhamento da prática, orientados para a promoção do exercício profissional da enfermagem a nível dos mais elevados padrões de qualidade (O.E., 2001).

As Instituições de Saúde devem adequar os recursos e criar estruturas que possibilitem e favoreçam o exercício profissional de qualidade. No contexto em que a qualidade se baseia na melhoria contínua e na procura de conhecimentos, que implicam uma melhoria da prestação de cuidados, é pois, competência das Instituições de Saúde desenvolverem esforços, para proporcionarem um ambiente favorecedor ao desenvolvimento profissional dos enfermeiros, satisfazendo assim, as suas necessidades e favorecendo o empenhamento destes em prol da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos cidadãos (O.E., 2001).

Segundo a mesma fonte, o compromisso assumido pelas Instituições de Saúde para criar um ambiente favorável à implementação e consolidação dos projectos de qualidade, não se limitando a aprová-los, implica que estes se tomem parte da rotina institucional, em vez de entrarem em conflito com ela. Existem, no entanto, alguns conceitos importantes, que envolvem e exercem influência na percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, são estes: A Saúde, A Pessoa, O Ambiente e Os Cuidados de Enfermagem e foram definidos pela Ordem dos Enfermeiros em 2001, encontrando-se o documento que visa esses conceitos em anexo para consulta (Anexo 1).

Expondo as enunciações da O.E. concretizadas em 2003 nas Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, enquadrando o exercício profissional dos enfermeiros num contexto de actuação multi-profissional, existindo dois tipos de intervenções de enfermagem:

- Intervenções interdependentes, iniciadas na prescrição elaborada por outro técnico da equipa de saúde, nas quais o enfermeiro assume a responsabilidade pela sua implementação;
- Intervenções independentes, iniciadas pela prescrição elaborada pelo enfermeiro, nas quais este assume a responsabilidade pela prescrição e pela implementação técnica.

O enfermeiro é orientado, no seu exercício profissional autónomo, pela tomada de decisão, a qual só pode ser consciente e congruente se existir uma abordagem holística e contínua. Na tomada de decisão, o enfermeiro necessita de identificar as reais necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade), precedido das prescrições de enfermagem que visem prevenir riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados.

A elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem, baseados na evidência empírica, constitui uma base estrutural importante e sistematizada para a melhoria da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, permitindo que no processo de tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, sejam incorporados os resultados da investigação da sua prática (O.E., 2003).

Normas bem expressas permitem descrever numa terminologia mensurável, os cuidados prestados aos utentes, o que é necessário para conseguir prestar esses cuidados e qual o resultado esperado. Assim, visando explicitar a natureza e englobar os diferentes aspectos da profissão de enfermagem, a O.E. em 2001 padronizou, através de enunciados descritivos, normas de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

Bednar (1993), citado pela O.E. (2001), refere que os enunciados descritivos devem ser do conhecimento de todos os utentes, ideia complementada por Grimshaw & Russel (1993), citados pela mesma fonte bibliográfica, a qual deve referir o nível dos cuidados mínimos aceitáveis e o nível dos melhores resultados que é aceitável esperar.

Os enunciados descritivos são um instrumento que descreve o papel dos enfermeiros, que permitem dar-lhe visibilidade perante os utentes, dos outros profissionais, dos políticos e da sociedade em geral (O.E., 2001).

Os Padrões de Qualidade de Cuidados de Enfermagem, elaborados pela O.E. (2001), foram definidos em seis categorias de enunciados descritivos encontrando-se para uma consulta aprofundada, em anexo (Anexo 2):

- A satisfação do utente;
- A promoção da saúde;
- A prevenção de complicações;

- O bem-estar e o auto cuidado;
- A readaptação funcional;
- A organização dos cuidados de enfermagem.

A postura e atitudes que caracterizam o exercício profissional dos enfermeiros devem ser enquadradas nos princípios humanistas de respeito pelos valores, costumes, religiões e todos os demais aspectos previstos no código deontológico, que enformam a boa prática de enfermagem. Neste contexto, o exercício profissional dos enfermeiros implica sensibilidade para gerir as diferenças, visando ter sempre presente que bons cuidados significam dimensões diferentes para pessoas diferentes, otimizando assim os níveis de satisfação dos clientes.

Mencionados que estão as particularidades da Qualidade na Saúde e na Enfermagem, para terminar este capítulo alusivo à Qualidade nas Organizações de Saúde, torna-se relevante referir o aspecto da Melhoria Contínua da Qualidade, para assim, fechar este tema, inesgotável e enriquecedor que é a Qualidade.

1.5 Melhoria Contínua da Qualidade em Saúde

A qualidade na saúde define-se, como reflecte Biscaia (2000), como uma exigência de todos os envolvidos nos cuidados de saúde, sendo vista como um atributo essencial nos mesmos. No entanto, apresenta algumas características que a diferenciam da qualidade noutras áreas, que decorrem da sua especificidade e que já foi anteriormente mencionado, Biscaia (2000):

- Procura satisfazer e diminuir as necessidades e não responder à procura, oferecendo mais;
- Tem uma atitude proactiva para prevenir e dar resposta às necessidades e não para procurar novas oportunidades de mercado;
- Reúne inalteradamente como atributos a efectividade, eficiência, aceitabilidade e a equidade e não circunscreve unicamente a exigência da aceitabilidade.

Segundo o Instituto da Qualidade em Saúde (2001), a melhoria contínua da qualidade na saúde realiza-se no âmbito de um sistema de qualidade, que tem como objectivos, corrigir os erros do sistema, reduzir a variabilidade indesejada e ser um processo de melhoria contínua num quadro de responsabilidade e participação colectiva.

O conceito da melhoria contínua foi sistematizado por Deming, através do ciclo da melhoria contínua, já apresentado. Este, envolve, como a noção de ciclo implica, a repetição ininterrupta, ou seja, planeia-se, executa-se, verifica-se e actua-se. Após a actuação dá-se um novo planeamento. Para Lopes e Capricho (2007) só através deste planeamento, controlo e monitorização contínua, se operacionaliza o conceito de melhoria contínua de forma a alcançar um eficaz controlo de qualidade global da organização.

A necessidade de um sistema da qualidade foi identificada pela Organização Mundial de Saúde, na Declaração “Saúde para todos no ano 2000” (meta 31), assim como pelo Conselho da Europa, na Recomendação nº 17/97 do Conselho de Ministros, sendo aceite por todos a sua definição como “Um conjunto integrado de actividades planeadas, baseado na definição de metas explícitas e na avaliação do desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados, tendo como objectivo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.”

A melhoria contínua da qualidade torna-se preponderante na saúde, uma vez que, esta passa por um processo contínuo de mudança e de ajustamentos à realidade que se encontra em constante mutação, sendo fundamental compreender no seu cerne, de que processo de mudança se trata (Biscaia, 2000):

- De uma prática baseada na experiência, para uma prática baseada na evidência científica e na escolha informada dos cidadãos;
- De uma melhoria baseada unicamente no desempenho profissional, para uma melhoria de cuidados que envolve os cidadãos como parceiros;
- De uma qualidade mono-disciplinar, para uma qualidade de cuidados partilhados com melhoria dos processos complexos dos cuidados de saúde;
- De uma formação profissional contínua e avaliações de qualidade, para uma gestão da doença num quadro de melhoria contínua da qualidade.

A gestão deste processo de mudança representa um grande desafio para todos, com particular importância para os órgãos políticos e para os profissionais da saúde.

Os profissionais de saúde encaram um grande desafio, citando Biscaia (2000), uma vez que:

- São incumbidos de assumir a liderança ética, técnica e científica deste processo;
- Devem garantir de forma transparente a adequação dos cuidados de saúde e a auto-regulação da sua qualidade;
- Devem possuir uma estratégia de comunicação interna e externa, concorrendo para uma cidadania mais responsável e autónoma.

A qualidade torna-se, portanto, um objectivo estratégico e prescritivo e o conceito de qualidade global, conseqüentemente, o resultado da interacção entre a humanização e a excelência técnica. Assim sendo, existem, e tendo por base Gil (1994), assumem-se quatro pressupostos que dão forma a este conceito:

- A crença e o empenho com que o **envolvimento** de todos os agentes intervenientes ocorre;
- O **processo**, como sede própria dos aspectos técnicos do controlo de qualidade;
- A **performance**, como consequência do desempenho colectivo dos agentes intervenientes;
- A percepção de que o nível deste desempenho **supera as expectativas** dos cidadãos.

O conceito de qualidade global, deve pressupor um sistema de prestação de serviços, onde o cliente (com doença ou não) assume a condição de verdadeiro cliente, que deverá colocar-se no

centro do sistema e tornar-se no elemento de primeira linha nas preocupações das entidades prestadoras de cuidados de saúde, como defende Gil (1994).

O mesmo autor defende, ainda, que a qualidade é um objectivo estratégico compensador, quando progressivamente assumido por um maior número de profissionais convictos, empenhados e intervenientes, no sentido de alcançarem níveis de desempenho elevados e, sempre, com a percepção de que o seu alvo deverá ser o cliente. Uma vez conseguido, incita na comunidade, que poderão ser os potenciais utilizadores, uma sensação de credibilidade nos serviços e satisfação das suas necessidades, tanto como das suas expectativas, conduzindo a que as entidades prestadoras sejam acreditadas pelos utilizadores do sistema, constituindo assim, um factor de sucesso através da imagem transmitida pela criação de valor. As informações sobre a organização constituem, por isso, elementos imprescindíveis para a sua gestão. Estas são transformadas em indicadores que pretendem medir a produção dos programas e serviços prestados, no caso concreto, em saúde.

Como defende Saraiva (2003,182), o valor pode, também, adquirir uma enorme importância para a organização, na medida em que, a sua análise:

“procurar otimizar o valor do produto, do serviço ou do processo. A qualidade é entendida como o conjunto das características do produto que o tornam apto para satisfazer uma dada necessidade. Quanto maior ela for e quanto menor for o seu custo, maior é o valor do item”.

O que se reflecte e demonstra através do quociente que mede o valor:

$$\text{Valor} = \frac{\text{Qualidade (desempenho das funções)}}{\text{Custo}}$$

Estes indicadores utilizados como forma de quantificação são alvo de atenção, no tópico seguinte.

1.5.1 Mensuração da Qualidade

Medir a qualidade e a quantidade em programas e serviços de saúde, torna-se indispensável para o planeamento, organização, coordenação/direcção e avaliação/controle das actividades desenvolvidas, tendo como alvo a medição dos resultados, processos e a estrutura necessária ou utilizada, bem como as influências e repercussões promovidas no meio ambiente.

Um indicador corresponde, como se apresenta no dicionário da língua portuguesa (1991), a uma unidade de medida de uma actividade, isto é, uma medida quantitativa que pode ser usada como guia para monitorizar e avaliar a qualidade dos serviços prestados aos clientes, assim como avaliar os serviços de suporte dessa mesma actividade. Os indicadores devem ser medidos em taxa (taxa de ocupação) ou coeficiente, um número ou somente um facto.

Os indicadores medem os aspectos quantitativos e qualitativos em relação aos processos e resultados, quanto à estrutura e ao meio envolvente. Os processos constituem as actividades de cuidados realizados em relação ao cliente (Sale, 2000).

Deste modo, ao falar-se de qualidade é necessário determinar uma forma de avaliação. Os indicadores de qualidade correspondem a critérios mensuráveis que permitem quantificar a consecução de um padrão de qualidade. Como mencionam Mota et al (2003), estes devem incidir na estrutura (recursos e qualificações das instituições), no processo (processo de cuidar) e nos resultados (efeito dos cuidados no cliente, satisfação e adequação dos mesmos). Segundo Kemp, citado pelos mesmos autores, é possível avaliar o exercício e a execução usando apenas uma das três áreas ou incluir todas (estrutura, processo e resultado).

Citando Mezomo (2001), como exemplos de indicadores da qualidade pode-se assinalar a efectividade, a eficiência, a adequação, a aceitação, a acessibilidade, a segurança, entre outros. Para o mesmo, uma gestão eficaz, completamente envolvida no processo de mudança e da melhoria contínua, e munida de uma liderança com aptidão para envolver todas as pessoas no objectivo, corresponde ao ponto fulcral para a existência e validade dos indicadores da qualidade.

Posto estes considerandos, a qualidade passou a ser peça chave na gestão de qualquer organização de saúde, sendo a acreditação uma prioridade intrínseca. Não entrando aprofundadamente nesta temática, importa apenas salientar que, como mencionando por Imperatori (1999), este constitui um instrumento que promove a qualidade, sendo uma opção da organização e efectua-se periodicamente. A acreditação permite declarar que uma organização de saúde assegura a qualidade dos cuidados que presta considerando-se satisfatória, por um determinado período, sendo respeitadora de um conjunto de padrões quanto à estrutura, ao processo e/ou aos resultados.

A acreditação hospitalar é, assim, um processo de reconhecimento da existência de determinados *standards*, ou seja, de paradigmas de qualidade a seguir nos cuidados de saúde.

Um outro termo que se encontra associado ao anterior é o de certificação como sendo um acto pelo que uma instituição atesta que um indivíduo, serviço, programa ou instituição, satisfaz os requisitos pré-definidos. Na área da saúde, o termo de certificação utilizou-se para os indivíduos, atribuindo-se o de acreditação para as instituições, sendo que, actualmente, institui-se para actividades e programas, reservando-se o termo acreditação para instituições, particularmente os hospitais, centros de saúde e laboratórios (Imperatori, 1999).

De acordo com Rocha (2006), como já referido anteriormente este processo teve origem nos Estados Unidos pela JCAHO “*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*”. Além deste sistema, existem outros, nomeadamente o *King’s Fund Health Quality Service* do Reino Unido. Este sistema adopta uma metodologia que é considerada como a excelência na área da qualidade, adaptando-se ao modelo EFQM (*European Foudation for Quality Management*) e a certificação ISO 9001 (na saúde). Como refere António e Teixeira (2007) este modelo desenvolveu-se para fazer face à evolução do Mercado Comum Europeu e à emergência de um modelo de gestão a nível da Europa. Este modelo passou rapidamente a ser utilizado como uma ferramenta de diagnóstico e de auto-avaliação quanto ao sistema de gestão apropriado.

Desenvolveu os oito conceitos fundamentais de excelência (António e Teixeira, 2007:126):

- Orientação para os Resultados;
- Focalização no Cliente;
- Liderança e consistência no propósito;
- Gestão por Processos e Factos;
- Desenvolvimentos e Envolvimentos das Pessoas;
- Aprendizagem Contínua, Inovação e Melhoria;
- Desenvolvimento de Parcerias;
- Responsabilidade Pública.

Destes ressalta, como interesse para este trabalho, os aspectos relacionados com Desenvolvimentos e Envolvimentos das Pessoas e Aprendizagem Contínua, Inovação e Melhoria, sendo dado enfoque em seguida.

1.5.2. A melhoria contínua, formação e envolvimento dos colaboradores

A melhoria da qualidade de uma organização, não acontece pelo simples facto de “apenas querer qualidade”, sendo necessária a simples criação de equipas que possuam esse objectivo.

Segundo Mezomo (2001), a decisão é a única arma de implementação da melhoria da qualidade. Ela pressupõe que:

- Se conheçam as suas etapas;
- Se conheçam as suas barreiras;
- Se identifique o tempo necessário para a sua operacionalização;
- Exista uma liderança verdadeira;

- Se utilizem técnicas de melhoria, sobretudo a monitorização dos processos e dos resultados;
- Se estabeleça uma eficiente COMUNICAÇÃO e COLABORAÇÃO.

Desta forma e como evidenciam Lopes e Capricho (2007), o último pressuposto torna-se vital, citando o envolvimento dos colaboradores nas políticas de gestão da qualidade, através da formação e da motivação, como modo preponderante para se conseguir a implementação. Corroboram ainda a sua perspectiva citando MacDonald, que menciona que para implementar a melhoria contínua com sucesso, o mais enfatizado é o envolvimento dos trabalhadores da organização, formando-as e motivando-as para a gestão da qualidade.

Citando Dias (2004:144), no “processo de formação é fundamental a articulação entre todos os intervenientes, só assim poderá haver efectividade na formação e consequentemente na mudança”. A comunicação através do diálogo entre enfermeiros formadores, enfermeiros formandos e gestores é preponderante. A formação em serviço transmite e auxilia a incorporação dos objectivos individuais da unidade de cuidados e prorroga estes aos objectivos organizacionais. Segundo o mesmo autor (2004), a formação em enfermagem só terá evidência se os indivíduos, sujeitos a essa formação, ampliarem a capacidade de reflexão crítica sobre os cuidados que prestam e os adaptem à circunstância. Para o mesmo autor é muito valorizado o acompanhamento por parte do formador e do enfermeiro chefe no quotidiano dos enfermeiros prestadores de cuidados, pois a formação inicial no local e informal é decisiva.

Todavia, outra perspectiva a considerar é a de Ishikawa (1995) que educar e não só formar, implicando, igualmente, a avaliação da população e das suas necessidades, para posterior formação (teórica e prática) adaptada à realidade da organização e, por fim, uma avaliação dos resultados (onde se inclui observação de mudança de comportamentos). Estes constituem os passos na opinião do autor, fundamentais para promover sistemas de controlo de qualidade numa organização, torna-se deliberativo o envolvimento dos profissionais em sistemas educacionais que consigam mudar formas de pensar e agir.

Hesbeen (2000) e Chiavenato (2004) referem como elementos determinantes da qualidade, aqueles que contribuem para a produção de um resultado. Cada elemento é constituído por vários componentes que desempenham um papel importante no percurso da acção de produção.

O primeiro elemento fundamental para uma organização é o cliente, ou seja, a satisfação do cliente. O segundo elemento é a gestão de processos. Processo segundo Silva *et al* (2004)

define-se como “ (...) um conjunto de procedimentos destinados à obtenção de um determinado resultado”.

Citando os mesmos autores, numa organização, para que exista melhoria da qualidade é necessário o envolvimento de todas as pessoas (terceiro elemento) e que os processos de inovação sejam aceites por todos. Uma mudança só tem sucesso quando for aceite por todas as partes interessadas e em que todos participem activamente para a melhoria do resultado. É neste elemento que se pretende, agora, aprofundar.

Para que exista mudança, é necessário que exista motivação e consciencialização do problema. O líder tem um papel fundamental na gestão de uma equipa e da organização. Todavia, eles também necessitam de ter formação no desenvolvimento de competências para apoiarem os seus membros da equipa e apoiarem no desempenho da qualidade.

Todos os planos, metas e objectivos devem ser do conhecimento comum de toda a organização. A busca de resultados deverá implicar uma participação e uma acção colectiva.

Ishikawa advoga a necessária educação, relativa ao controlo da qualidade, inicialmente, em relação aos encarregados ou supervisores e, posteriormente, aos trabalhadores de primeira linha, como referem António e Teixeira (2007). Esta ideia implica que a promoção do sistema de controlo da qualidade, para este autor, envolva processos educacionais desde a direcção de topo até aos operários.

Lopes e Capricho (2007:188) citam este autor (Ishikawa, 1995) que refere “O controle de qualidade começa com a educação e termina com a educação”. Consideram, portanto, a:

“formação e a aprendizagem organizacional como detentores de um papel facilitador no processo de sensibilização, informação, comunicação, educação, adaptação e compreensão dos novos valores, princípios e objectivos culturais da mudança, sem o qual o processo de implementação da qualidade total poderá fracassar”.

Estes autores, referem que segundo Ishikawa (1995), na experiência japonesa, a educação e formação em controlo da qualidade, evidencia-se da seguinte forma:

- No controlo da qualidade a educação destina-se a todos os níveis da empresa;
- A educação e formação é pensada e realizada a longo prazo;
- A educação é baseada na avaliação das necessidades da organização e continuamente;
- A educação total não se restringe à educação formal;

- A formação contínua é realizada no local de trabalho, sendo solicitada a empresas especializadas que praticam formação teórica e prática.

Retomando os elementos fundamentais para a qualidade e a melhoria contínua numa organização, como refere Chiavenato (2004) a constante inovação constitui o quarto elemento. Apesar de ser complexa esta é essencial para que a instituição cresça e se torne competitiva. A informação é essencial para este factor. Pessoas bem informadas e envolvidas no processo participam e aceitam mais facilmente uma inovação.

Tendo por base Manas (2006) a inovação deve ser incorporada de maneira sistémica e inerente aos processos e à cultura da empresa.

Por fim, a liderança (quinto elemento) é uma condição de êxito de um programa. Esta deverá ter em conta a delegação e mobilizar esforços para atribuir responsabilidades, delegar competências, motivar, debater, ouvir sugestões, compartilhar objectivos, formar e informar, bem como ter a capacidade de transformar grupos em equipas integradas e autónomas.

Como forma de sistematizar os elementos determinantes da qualidade e do processo de melhoria contínua, a nunca esquecer, recomendados por Chiavenato (2004) referidos ao longo do texto:

- Satisfação do cliente
- Gestão de Processos
- Envolvimento de todas as pessoas
- Inovação constante
- Liderança.

Como Lopes e Capricho (2007:189) mencionam a título prescritivo, “a formação e informação têm um papel essencial na comunicação, na educação e partilha dos valores, e na visão do negócio, incentivando o espírito de grupo” transmitindo objectivos colectivos e individuais, bem como a missão da própria organização de forma a promover a cultura organizacional.

Sem a pretensão de enveredar pelo caminho da cultura organizacional, defini-la, é quase uma imposição. Adoptando a definição de Mendes (1997:4) esta corresponde a “um conjunto de crenças e hipóteses fundamentais, partilhadas pelos membros de uma organização, que permitam equacionar os problemas que quotidianamente se vão suscitando.” Para Lavadinho (1997:17),

esta representa numa abordagem simples um “conjunto de valores que são dominantes numa organização aos quais, para melhor compreensão da sua existência, devemos acrescentar o conhecimento dos seus pressupostos”, ou seja, menciona que se deve saber o porquê de determinados valores, nunca esquecendo que a cultura corresponde a um processo de ajustamento contínuo entre as pessoas que constituem a organização e o meio envolvente onde a organização se insere. Recorrendo ao início deste capítulo, qualquer organização funciona como um sistema aberto em constante actividade e comunicação entre o seu interior e exterior, sofrendo influências mútuas.

A cultura organizacional poderá tomar duas perspectivas ambivalentes, uma de exclusão, e outra de envolvimento. Esta última passa por um cultura participativa, competitiva, onde se verificam incentivos, contribuições e complementarmente, uma cultura antropogénica, que se caracteriza por proporcionar aos colaboradores a vivência de condições motivadoras, como o desafio, o *empowerment* e a capacidade de se sentirem com significado, com valor (Mendes, 1997).

O investimento no factor humano, é pois de suma importância para o sucesso organizacional, seja qual a cultura existente, sendo a educação e a formação profissional pedras basilares. Os mecanismos de envolvimento adequado dos recursos humanos, complementarmente às actividades de formação representam um motor para uma maior partilha dentro da cultura organizacional (Lavadinho, 1997), sendo da interacção indivíduo – organização que se efectua o crescimento e enriquecimento de ambos, como resultado de uma permanente negociação e comunicação.

Supramencionados estes aspectos, considerados determinantes para incorrer no estudo tendo em conta a vertente da qualidade, passa-se agora a um próximo capítulo que encabeça a temática da comunicação nas organizações, focalizada no término deste capítulo.

CAPÍTULO 2 - A COMUNICAÇÃO NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

“Toda a actividade de uma empresa (ou qualquer organização) é um encadeamento de processos de interacção e de comunicações: eles são o lubrificante que permite o funcionamento do mecanismo organizacional”

Cabin (1999,81)

Nesta dissertação relacionada com a qualidade, a outra temática principal, prende-se com a comunicação organizacional. Deste modo, comenta-se a comunicação no seio de uma organização, analisando-se o “ABC” dos processos comunicacionais, seus intervenientes e barreiras. Apresentam-se os tipos de comunicação existentes numa organização e centra-se o enfoque em dois deles: comunicação externa e interna.

Nessa vertente, aborda-se a inovação a que uma organização se deve impor, paralelamente à abordagem da comunicação externa, imagem global e da criação de mais valor, debruçando-se, em seguida, pela comunicação tecnológica.

Enveredando pela comunicação interna, reflecte-se acerca das redes de comunicação e da importância do envolvimento dos colaboradores nos processos de comunicação nas organizações, terminado num canal de comunicação emergente nas organizações, a *Intranet*.

2.1 A Comunicação no âmago da vida organizacional

Mudança, Inovação e Conhecimento parecem constituir palavras quase mágicas nos dias de hoje. A comunicação surge com um papel primordial na articulação entre estes conceitos. Deste modo, a tecnologia e a inovação está associada, parece constituir um contexto de comunicação favorável ao desenvolvimento de conhecimentos e à produção, que no meio hospitalar, surge igualmente com esta dualidade, tecnologia e inovação, mediada pela comunicação, como motor para novos conhecimentos e para a produção, que neste caso particular corresponde a cuidados de saúde cada vez melhores e com uma prestação de qualidade.

Tendo anteriormente considerado a organização como um sistema, este pode-se designar, como diz Hampton (1983:353) “ um sistema de comunicação desenhado para satisfazer os requisitos exigidos ao processamento das informações para as tarefas da organização”. É fundamental identificar problemas de comunicação aos vários níveis, superior, inferior e através da própria organização, examinando todos os processos de comunicação por excelência, quais os problemas comumente encontrados e quais os meios para alcançar a forma mais eficiente de comunicar.

A comunicação é uma condição *sine qua non* da vida social e da vida organizacional. Como defende WIIO (1995:95):

“Sem comunicação não pode haver organização, gestão, cooperação, motivação, vendas, oferta ou procura, marketing ou processos de trabalho coordenados. (...) De facto, uma organização humana é simplesmente uma rede comunicacional: se a comunicação falha, uma parte da estrutura organizacional também falha”.

Como refere Eltz (1995:13) “A comunicação é inevitável porque, mesmo na ausência dela, estamos a comunicar algo.” Antes de prosseguir, torna-se necessário começar por definir que comunicar, advém do latim *communicare*, que tem por significado pôr em comum. Como explica o autor mencionado, esta designação implica compreensão pressupondo entendimento das partes envolvidas, não encarando por isso que se fala de concordância. A nível organizacional e de gestão do relacionamento com o cliente, aplica-se, no sentido de, gerar maior aproximação e uma melhor sintonia entre estes actores. Deste modo, a compreensão é o primeiro passo para a qualidade na comunicação.

Retomando, a comunicação organizacional, a comunicação está para uma organização como a corrente sanguínea está para o organismo, uma vez que, a corrente sanguínea fornece todas as células dos seus bens vitais para um bom funcionamento, como o oxigénio, e a comunicação

nutre todos os departamentos da organização de informação vital para o seu bom funcionamento. A privação de oxigénio condena as células à morte e a privação de informação condena a uma má gestão organizacional decorrente de um mau funcionamento dos diversos departamentos, pois todos são importantes para a saúde de uma organização.

Deste modo e tendo por base Downs et al (1995), pode-se afirmar que a comunicação é o pilar das forças que inibem ou que impulsionam o desempenho bem sucedido dos grupos, uma vez que os indivíduos despendem a maioria do seu tempo (cerca de 70%) a comunicar, escrevendo, lendo, falando e ouvindo. Para o mesmo autor, a comunicação é um requisito chave para a gestão de mudança, emergindo logo após a liderança.

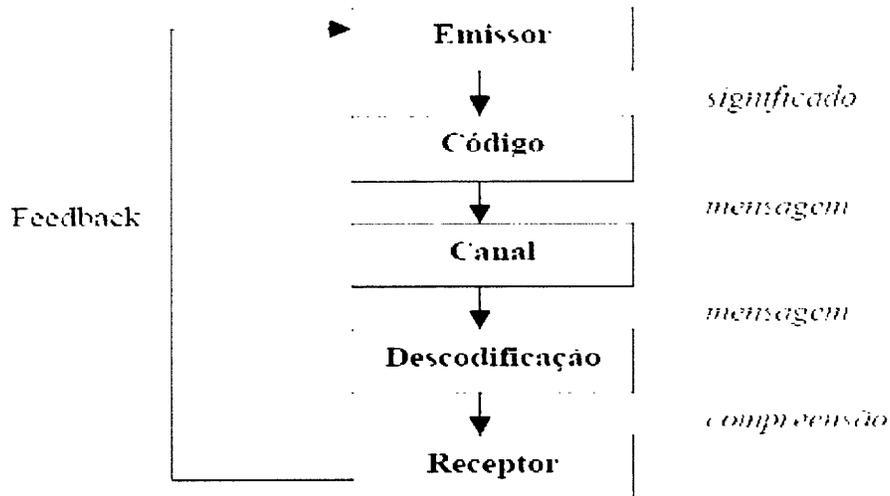
Uma adequada informação permite tomadas de decisão fundamentadas, exactas, permitindo realizar as tarefas com eficiência. A todos os níveis é crucial fornecer informação que actue com cariz motivador (estimulador), coordenador (quem e com quem trabalha) e técnico (o quê, como e quando fazer). A eficiência da organização deve-se, em grande parte, ou mesmo, na maior parte, ao padrão ou rede de comunicação estabelecido.

De qualquer forma, é necessário ter em conta que a comunicação não é panaceia de todos os males, nem a “varinha de condão” para a excelência no desempenho organizacional. Como referido, a comunicação é uma espécie de “aparelho circulatório” do organismo organizacional e constitui a chave para a resolução de muitos problemas e o aproveitamento de muitas oportunidades. É nesta premissa que se funda o presente capítulo. Assim, e para conhecer o processo comunicacional torna-se imprescindível conhecer os elementos intrínsecos à comunicação, bem como as suas etapas.

2.1.1 Elementos do Processo Comunicacional

Para falar de comunicação é importante conhecer os elementos e as suas etapas. Tendo por base Teixeira (1998:160) a representação esquemática do processo de comunicação apresenta-se na figura 5, sendo evidenciado por este autor como os três elementos básicos o emissor, o canal de transmissão e o receptor, e as etapas correspondem ao significado, codificação, mensagem, decodificação, compreensão e retroinformação (feedback).

Figura 5 - Representação esquemática do processo de comunicação

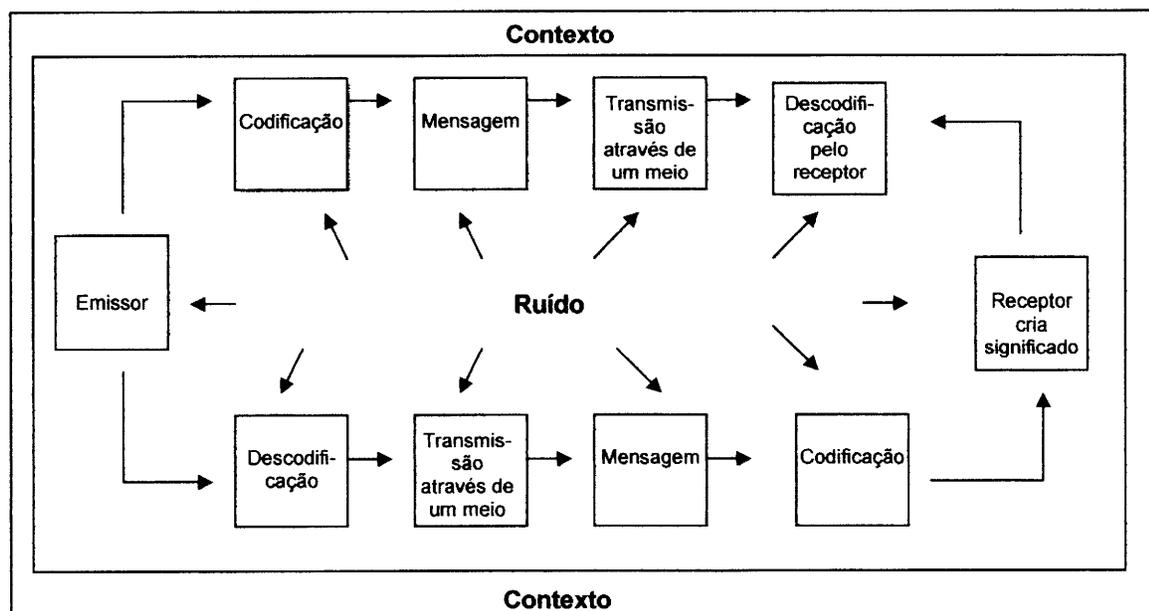


Fonte: Adaptado de Teixeira (1998,160)

Tendo por base Pina e Cunha (2004: 354), mencionando Kreitner e Kinicki (1998), a “comunicação pode ser concebida como a troca de informação entre um emissor e um receptor/audiência, e a inferência (percepção) de significado entre as pessoas envolvidas no processo”. Deste modo, é um processo de dois sentidos, que permite tanto ao receptor como ao emissor a criação de significados que podem não coincidir necessariamente, podendo esta incongruência ser premedita ou inconsciente.

Este modelo perceptual de comunicação pode ser representado como se demonstra na figura 6.

Figura 6 - Modelo perceptual de comunicação



Fonte: Adaptado de Kreitner e Kinicki (1998,429)

Neste modelo figuram aspectos mais detalhados em relação ao processo de comunicação relativamente ao apresentado na figura 1. Este considera que o elemento Ruído pode estar presente em cada etapa do processo de comunicação, bem como nos próprios elementos da comunicação. Considera também a existência de um Contexto que irá imbuir o processo comunicacional de determinado significado e por conseguinte tem valor e deverá ser considerado.

Deste modo tem que se considerar:

- **Emissor:** é a fonte origem da comunicação, o primeiro elemento sem o qual não existe comunicação. Para Chiavenato (1989:119) corresponde à “pessoa, coisa ou processo que emite a mensagem.” Pina e Cunha (2004) acrescenta ainda que pode tratar-se para além de uma pessoa, de um grupo ou organização que deseja ou pretende comunicar com um receptor. Nas organizações os gestores e os colaboradores comunicam entre si e com entidades exteriores.

- **Código:** é a forma pela qual o emissor “cifra” um determinado significado que deseja transmitir ao receptor na forma de sinais. Por exemplo, os símbolos verbais que compõem o alfabeto (nas suas múltiplas vertentes linguísticas) ou os sons que constituem o código Morse, os semáforos, a linguagem gestual dos surdos-mudos, as expressões faciais, o Braille, todos constituem exemplos ilustrativos de códigos. Através da codificação e descodificação dos sinais recebidos os indivíduos interpretam as mensagens e constroem os significados. Chiavenato (1989:119) considera este elemento o transmissor que corresponder ao “equipamento que liga a fonte ao canal, isto é, que codifica a mensagem emitida pelo emissor, ao canal”.
Para Pina e Cunha (2004), o código pode ser definido como “um sistema de significados comum aos membros de uma cultura, subcultura ou organização”, este incorpora regras ou convenções que determinam os signos usados, sendo o contexto o que permite reduzir o leque de interpretações possíveis.

- **Mensagem:** compreende um determinado conjunto de informação, geralmente codificada e que é transmitida através de um determinado canal. A mensagem é o resultado da codificação, seja ela verbal ou não verbal.

- **Receptor:** representa o destinatário, ou seja, a pessoa, grupo ou organização que recebe e descodifica a mensagem. Sendo a comunicação um processo contínuo e interactivo de troca de mensagens, o emissor age simultaneamente como receptor e vice-versa.

- **Canal:** corresponde ao veículo ou meio através do qual as mensagens são transmitidas entre os indivíduos, grupos ou organizações, podendo revestir determinadas formas desde a voz humana à rede de televisão, passando pelo fax, telegrama, pelo correio normal ou electrónico, suporte informático de internet ou rede de *intranet*, videoconferência, apresentações formais, circulares internas da organização, posters, boletins informativos, etc.

Todas as mensagens atravessam algum tipo de canal e como afirma Clampitt (2001) do mesmo modo que o fio eléctrico afecta o fluxo da electricidade, também o canal interfere nas mensagens. Assim é determinante verificar o canal mais adequado a utilizar para o envio das mensagens, na medida em que, e como menciona Pina e Cunha (2004:359) “as características dos canais determinam a natureza dos códigos que podem ser transmitidos através deles.” Nomeadamente, o telefone está limitado à linguagem verbal e à paralinguagem (entoação da voz, o volume, o ritmo, os suspiros, a acentuação), o correio electrónico não permite completar a linguagem escrita com as expressões faciais, o tom de voz e a linguagem gestual.

Deste modo, e como refere o mesmo autor mencionando Clampitt (2001), é preponderante ter em conta de que a selecção do canal é fulcral na eficácia comunicacional, sendo por conseguinte necessário contemplar quatro aspectos, como sintetizado na tabela 2: os objectivos do emissor; os objectivos da mensagem que se deseja transmitir; os atributos do canal e as características do receptor.

Tabela 2 - Os quatro elementos básicos da comunicação - algumas possíveis características

| Objectivos do Emissor | Atributos da Mensagem | Escolha do Canal | Características do Receptor |
|---|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Educar ▪ Formar ▪ Motivar/Incentivar ▪ Chamar a atenção ▪ Persuadir ▪ Confundir ▪ Cumprimentar ▪ Informar ▪ Repreender ▪ Expressar empatia ▪ Gerar impressões positivas ▪ Honrar ▪ Entreter ▪ Negociar ▪ Construir espírito de equipa ▪ Fomentar confiança | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Terminologia ▪ Metáfora ▪ Não-verbal (gestos, expressão facial, contacto visual, tom de voz, distância física entre interlocutores, etc.) ▪ Histórias ▪ Factos e figuras ▪ Argumentos ▪ Evidência ▪ Tom ▪ Profissionalismo ▪ Emocionalidade ▪ Complexidade ▪ Formalidade ▪ Oportunidade ▪ Sequência ▪ Confidencialidade ▪ Privacidade ▪ Dimensão/extensão | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Correio electrónico ▪ Fax ▪ Telefone ▪ Comunicação cara-a-cara ▪ Conferência por computador ▪ Boletim informativo ▪ Circular Interna ▪ Jornal de parede ▪ Revista ▪ Reunião ▪ Página WEB ▪ Gravações áudio ▪ Gravações vídeo ▪ Correio de voz ▪ Manual ▪ Poster ▪ Videoconferência ▪ Apresentação (discurso) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Acesso ao canal ▪ Perfil de personalidade ▪ Crenças ▪ Valores ▪ Idade ▪ Sexo ▪ Formação académica ▪ <i>Background</i> socio-económico ▪ Orientação religiosa ▪ Proficiência na língua ▪ Localização geográfica ▪ Estilo pessoal de comunicação ▪ Grau de (i)literacia ▪ Deficiências físicas ▪ <i>Status</i> e posição hierárquica ▪ Antiguidade na organização ▪ Localização na rede informal |

Fonte: Adaptado de Clampitt (2001;103)

Por conseguinte, só tendo em conta estes quatro aspectos é possível estabelecer uma comunicação eficaz!

De facto, esta tabela é automática e intuitiva, ou seja, é mentalmente elaborada quando se pretende transmitir uma informação dentro de uma organização, sendo necessária a resposta a cinco questões base, como propõe Pina e Cunha (2004) para se obter a conjugação perfeita entre estes quatro elementos básicos da comunicação:

1. os objectivos do emissor são congruentes com os atributos da mensagem pretendida?
 2. a mensagem é compatível com as características do canal utilizado?
 3. os objectivos do emissor são compatíveis com o canal utilizado?
 4. as mensagens são compatíveis com as características do receptor?
 5. o canal é congruente com as características do receptor?
- **Descodificação ou criação de significado:** consiste na tradução, por parte do receptor, ou audiência, de todos os aspectos verbais e não-verbais da mensagem emitida, pelo emissor. É por meio da capacidade de descodificação, que o receptor confere significado à mensagem.
 - **Feedback:** também denominada como informação de retorno (retro informação), é a mensagem que é transmitida como resposta à mensagem inicial e permite ao emissor perceber que a sua mensagem foi recebida e, eventualmente, avaliar se foi ou não compreendida. O feedback “transforma” o receptor em emissor.
 - **Contexto:** um aspecto relevante e mencionado por Pina e Cunha (2004) prende-se com o contexto, na medida em que, defendem que este está intrinsecamente relacionado com os comunicadores não lhes sendo alheio. Este autor defende que o contexto passa pela relação pessoas - mente de cada um e situação vivida.
 - **Ruído:** caracteriza-se, num *lato sensu*, por tudo aquilo que interfere na transmissão e recepção de mensagens e pode ter inúmeras fontes e actuar aos mais diversos níveis da comunicação, reduzindo de uma forma inversamente proporcional a fidelidade das mensagens, deste modo, quanto mais ruído, menos fiel é a mensagem desde a sua emissão até à sua recepção. Pina e Cunha (2004) enumeram algumas barreiras à comunicação, nomeadamente, os diferentes quadros de referência, a percepção selectiva, a credibilidade da fonte, as barreiras físicas, as diferenças culturais, os problemas semânticos, estilos pessoais de comunicação, a pressão do tempo, a sobrecarga de

comunicação, a heterogeneidade da audiência, o fornecimento - recepção de feedback, as emoções, as características do canal, entre muitas outras barreiras.

Após focados estes aspectos elementares consideram-se, outros, não menos importantes como barreiras à comunicação, a necessidade de compressão como característica inerente ao processo comunicacional e a capacidade de escuta.

2.1.2 Barreiras e Características intrínsecas à Comunicação

Exactamente pelo processo comunicacional se caracterizar por um sistema aberto, como defende Chiavenato (1989:119) “o processo de comunicação é um sistema aberto e fluído”, este contempla no processo de comunicação a existência de ruído que interfere, perturbando e por vezes até, distorcendo a mensagem transmitida. Assim, toda a fonte de erros está incluída nos ruídos, pois a mensagem pode sofrer mutilações, “enviamentos”, ampliações ou desvios, sendo o boato, um bom exemplo disso. Assim, e como defende, o mesmo autor, “uma informação ambígua ou que conduz a erros contém ruído”.

Inúmeros obstáculos podem ser encontrados no processo de comunicação, sumariamente podem identificar-se barreiras à comunicação aos vários níveis, ou seja, na fonte (significados diversos, falta de clareza, várias fontes concorrentes); na transmissão (distorção por intermediários, canais sobrecarregados, prioridades em choque); ou na recepção (desatenção, avaliação prematura, preparação da resposta em vez de ouvir e má interpretação). Hampton (1983:377) mencionado Carl R. Rogers refere que a “tendência para reagir a qualquer declaração de significado emotivo fazendo uma avaliação da mesma do nosso ponto de vista é, a maior barreira à comunicação entre as pessoas”. A forma como é comunicada a informação dentro de uma organização é igualmente importante, pois poderá constituir um obstáculo se for mal transmitida, ou mal recepcionada.

Pina e Cunha (2004), defendem exactamente o conceito de escuta activa, em que consideram que escutar é a “pedra de toque” da eficácia comunicacional. Deste modo, acrescentam ainda (2004:371) “que a eficácia / compreensão das palavras depende mais do modo como elas são escutadas do que da maneira como são proferidas”.

A incompetência no acto de escuta comportará inequivocamente consequências de diversa índole, nomeadamente os gestores menos proficientes nesta actividade acabam por descurar a essência das mensagens que lhe são transmitidas pelos seus colaboradores, o que pode acarretar a gestão de decisões deficientes, pois desconhece a essência dos problemas, pode

afectar negativamente o desempenho dos colaboradores e não conhecem o verdadeiro mundo organizacional devido à incapacidade de captar a realidade, etc. Assim e para o mesmo autor (2004) é fundamental para a vida de uma organização a procura de gestores com competências de escuta, pois comporta como benefícios uma melhor comunicação ascendente, a tomada de decisões com maior qualidade, um maior empenhamento e conseqüente cooperação espontânea dos colaboradores, bem como sistemas de avaliação de desempenho mais eficazes e mais eficientes.

Aliando agora o início deste tema relacionado com a comunicação organizacional, temos que, como foi referido a compreensão, é pedra basilar na comunicação, sendo que esta implica a capacidade de escuta, agora mencionada. Essa capacidade permite, identificar e falar o “idioma” do receptor, ou seja, qual o seu vocabulário de forma a estabelecer uma comunicação com qualidade. Como refere Eltz (1995), o vocabulário poderá ser técnico (relacionado com factos e não com opiniões), emocional (percepções relativamente aos factos e acontecimentos) ou através de números (quando se trata de um aspecto estatístico, dados reais dos quais não depende a interpretação individual). Conhecendo os três grandes formatos de comunicação, existem dois aspectos a considerar no momento de comunicar, a técnica e o conteúdo. A primeira refere-se à forma como é transmitida a mensagem e confere eficácia ao processo comunicacional, exigindo capacidade de flexibilização perante as situações. O conteúdo é, igualmente, importante pois tem que ser consistente para relacionar as informações e estar em sintonia de interesse entre as partes.

Perante uma organização, os processos comunicacionais existentes, podem dividir-se em quatro áreas, como resumido na tabela 3. A comunicação externa ou comercial, que incorpora essencialmente o marketing e a publicidade. A comunicação financeira que se interessa pela gestão da informação ligada às finanças, a comunicação institucional que se prende com a ideologia e identidade da própria organização e por fim, a comunicação interna que se caracteriza pelos processos comunicativos que se desenvolvem a nível interno e que medeiam a produção, circulação e gestão de informação.

As áreas da comunicação comercial, ou externa, e da comunicação interna, constituem objecto de estudo deste trabalho. Quanto à comunicação institucional, aborda-se, também neste trabalho, o conhecimento que os colaboradores têm relativamente à missão, visão e valores da organização de saúde em causa.

Tabela 3 - Tipos de Comunicação na Organização

| Tipo de Comunicação | Objectivo na organização |
|----------------------------------|--|
| Comunicação Comercial ou Externa | Constituída pelo Marketing e Publicidade |
| Comunicação Financeira | Gestão da informação e das relações com os seus públicos, nomeadamente, accionistas, bancos, imprensa financeira, analistas |
| Comunicação Institucional | Expressão de legitimidade económica, social, política e cultural. Expressão de missão, visão, valores, ideologia, objectivos, fornecendo identidade. |
| Comunicação Interna | Conjunto de processos comunicativos pelos quais se cria, desenvolve e evolui a entidade da organização. Estabelece-se através de relações verticais e horizontais, com o objectivo de facilitar, ou mediar, a produção, circulação e gestão de informação. |

Fonte: Adaptado Almeida (2003)

Desta forma, e terminados que estão os aspectos elementares da comunicação, efectiva-se em seguida a comunicação externa, sendo alvo do próximo subcapítulo deste capítulo relacionado com a comunicação nas organizações, enveredando-se simultaneamente pela temática da inovação, da criação de valor e da imagem global, tão relevantes para qualquer organização, sendo por isso, também, digno de enfoque neste estudo.

A comunicação interna é abordada nos restantes subcapítulos, na abordagem da temática das redes de comunicação e do envolvimento dos colaboradores na comunicação organizacional. A comunicação interna, pela sua característica de transversalidade, perante a organização, passa pela relação e interacção entre todos os agentes, atingindo todos os outros níveis de comunicação no seio da organização.

2.2 Inovação, Comunicação Externa e Criação de Valor numa Organização

Para compreender a comunicação nas organizações é vital abordar, actualmente, a temática da inovação, da criação de valor e da imagem global. Estes conceitos configuram a realidade das organizações e adoptaram um papel preponderante na sua existência. Estes serão abordados em seguida, encetando com o conceito de inovação.

2.2.1 Noção Geral de Inovação

A inovação ganhou um sentido muito amplo na sociedade contemporânea. De acordo com a definição de Boudon et al (1990:132), inovação “corresponde a uma transformação que resulta da iniciativa de um ou de vários indivíduos e que afecta, conforme os casos, a economia, a política, a ciência, a cultura, uma organização, etc”. Para os mesmos autores, a inovação pode ser vista com várias conotações, por um lado, pode surgir como o impacto de alguma mudança que contribuiu para o progresso sendo considerada como globalmente benéfica. Por outro lado, e numa perspectiva tecnológica ou científica, inovação pode ser considerada como uma invenção ou descoberta e ainda pode pensar-se que uma inovação assim pode ser considerada, apenas após a sua aceitação, difusão e depois de ter sido objecto de imitações.

Como diz Silva (2004:28), mencionando Drucker (1986), “a inovação é a ferramenta específica dos empresários, o meio através do qual eles exploram a mudança como oportunidade para um negócio ou um serviço diferente”.

Actualmente, inovação ocupa uma posição importante na sociologia das organizações e para falar desta é imperativo falar de mudança, do processo de mudança e, simultaneamente, diferenciar mudança de inovação. Como menciona Teixeira (1998:21), “uma organização nunca constitui uma unidade pronta e acabada, mas um organismo social vivo e sujeito a mudanças”. Silva (2004:28) distingue os conceitos referindo que:

“a mudança interessa-se mais pelos efeitos de uma transformação sobre a natureza das relações, ligando-as a uma teoria sociológica geral. Inovação visa a análise do processo que presidiu à implementação dessa mesma transformação e integra-a pelo menos numa perspectiva parcialmente económica.”

A inovação implica uma série de factores e o investimento em áreas de excelência, nomeadamente na utilização de novas tecnologias. Esta implica uma adequada gestão que se preocupe em canalizar os recursos humanos e materiais já existentes para o investimento em

determinadas áreas, adaptando-os. Ao inovar além de estar subjacente uma questão económica, está uma questão tecnológica.

A inovação é, portanto, a capacidade de uma organização em mudar, transformar um departamento ou mesmo a organização. Rosa (1992:39) salienta exactamente esse aspecto ao mencionar que “a mudança não incide do mesmo modo nem com o mesmo ritmo e velocidade em todas as partes” da organização. Isto é, de uma forma geral as mudanças processam-se mais rapidamente e com maior facilidade na área tecnológica, instrumental ou do “fazer” e mais lentamente, na alteração da organização. Mais dificilmente se consegue uma mudança nos aspectos culturais e dos valores de uma organização.

Como corrobora Silva (2004:28), mencionando Drucker (1996), a inovação deve basear-se em necessidades operativas, mudanças na estrutura do mercado e de factores demográficos. É fundamental, para que esta seja possível, sair, observar, perguntar e ouvir de forma a realizar uma análise meticulosa do mercado e de fontes de oportunidade inovadoras. Além deste aspecto, é de salientar que inovação contribui para romper com as velhas estruturas e concepções de uma organização, promovendo a criatividade.

Há três aspectos fundamentais a considerar quando se aborda a temática da inovação. Esta perpassa a Inovação Espiritual, que se caracteriza pela capacidade de acreditar no projecto e confiar no poder do pensamento livre, a Inovação Técnica e Tecnológica, fundamental para a implementação do projecto e por fim a Inovação Económica que implica o investimento no projecto (Ulrich Blum, 2007) “Sistema de Gestão da Inovação e Normalização”, Conferência intitulada “*Qualidade e Inovação – uma relação biunívoca*”.

Paralelamente à inovação, a standartização é essencial pois permite um sistema claro de controlo da qualidade, fortalecendo a estabilidade da organização. Consegue-se transparência nos processos de produção, conhecimento do produto gerado, e por conseguinte, uma produção de valor acrescentado.

Deste modo, um conceito aliado a inovação é o de normalização, pois é através das normas que se torna possível incorporar o conceito de inovação no mercado. Tem que haver uma aceleração dos processos de implementação de normas, para que seja mais rápido e mais fácil inovar. Nomeadamente, a medição do desempenho permite verificar a compatibilidade das normas com a propriedade intelectual de cada um. A normalização é considerada uma ferramenta para a inovação tecnológica (Blum, 2007) “Sistema de Gestão da Inovação e Normalização”, Conferência intitulada “*Qualidade e Inovação – uma relação biunívoca*”.

É perceptível, portanto, que as normas constituem plataformas de apoio, ou alicerces, que fornecem segurança às organizações. Estas podem favorecer o próprio processo de inovação, pois só organizações sólidas poderão evoluir nesse âmbito.

As normas não se consideram como inadequadas perante um processo de inovação, pois além de base de sustentação, podem ser adaptadas às novas realidades que vão surgindo. Servem indubitavelmente para medição e subseqüente criação de valor, através da avaliação dos resultados. O desafio da inovação é fazê-la de uma forma sustentada por normas, pois só assim chegará à qualidade. A normalização protege as organizações do caos, nivelando as inovações conferindo-lhes um carácter operacional. As normas actuam ao nível da (Poupet, 2007) "Normalização e Inovação", Conferência intitulada "*Qualidade e Inovação – uma relação biunívoca*":

- Verificação da segurança do produto,
- Organização dos processos;
- Comparabilidade, permitindo a diferenciação da concorrência;
- Difusão do conhecimento e da própria inovação, através de meios de comunicação eficazes.

A standartização promove a integração dos processos de forma sistematizada e a manutenção de um bom nível de processos e de procedimentos para que o produto ou serviço final concorram para uma imagem global de excelência.

Todavia, a inércia vivida pelo país, pelos governantes, conduz a que pouco apreciem a excelência, limitando-se ao bom, como defende Azevedo (2008,78) "*The better is the enemy of the good!*"¹, esta frase é o reflexo da ausência de uma cultura de mérito, de uma cultura de excelência, vivendo-se numa inconfessa admiração pelo mediano. Cada vez mais é crucial, para além de premiar o sucesso, premiar um fracasso inteligente, ou um insucesso relativo, na medida em que a capacidade de inovação e de empreendedorismo constituem potencialidades a valorizar, num mercado que se caracteriza, ainda, pelo contentamento em se ser simplesmente bom.

A inovação a par do empreendedorismo exige a excelência e a procura incansável do óptimo, alimentados pela energia vital da motivação. Este autor entende a inovação como a "transformação metódica do Conhecimento em novos produtos, processos ou serviços, sendo que ela só pode germinar num ambiente de motivação" (Azevedo, 2008,80). Inovar combina Ciência, Saber, Tecnologia, Motivação e Persistência, de forma a criar para a organização a que o indivíduo se vincule, um permanente desafio, a Criação de mais valor.

¹ O óptimo é inimigo do bom.

A inovação pode surgir no domínio organizacional ou partir do domínio público, através do marketing, uma vez que se pode considerar dois aspectos relacionados com a inovação (Cabral, 2007) “Qualidade e Inovação”, Conferência intitulada “*Qualidade e Inovação – uma relação biunívoca*”:

- Inovação incremental, normalmente ocorre dentro da organização;
- Inovação “breakthrough” ou repentina, espontânea, normalmente ocorre “fora” da organização.

Subjacente à inovação, está associada uma relação inequivocamente estreita e biunívoca com a noção de qualidade, pois inovar sem qualidade conduz a maus resultados, sendo para a sociedade de conhecimento facilmente perceptível a reciprocidade entre Qualidade e Inovação (Cabral, 2007) “Qualidade e Inovação”, Conferência intitulada “*Qualidade e Inovação – uma relação biunívoca*”.

Para Hamel e Prahalad (1994), há a considerar, também, que a inovação está relacionada com a estratégia, a gestão dos recursos, a concepção ou acompanhamento dos processos, as formas de organização e estruturas, a vertente financeira, a produção, a distribuição, o marketing e comercialização, as marcas, as políticas de remuneração e recompensa, a gestão da qualidade ou ambiental, em suma, está em todas as actividades relacionadas com a forma de ser e de estar de uma organização. Assim, a Inovação deixou de estar centrada em exclusivo na vertente tecnológica, para passar a abranger todas as áreas dentro de uma organização.

Em 1995, o Livro Verde Sobre a Inovação, elaborado pela Comissão Europeia, veio alertar para a necessidade de uma aposta redobrada na Inovação enquanto factor crítico de competitividade, sobrevivência e sucesso na transição para o século XXI. No contexto desta obra, a Inovação é considerada sinónimo de “produzir, assimilar e explorar com êxito a novidade nos domínios económico e social”.

O valor dos produtos e serviços depende cada vez mais da “quantidade” de inovação, tecnologia e inteligência neles incorporada, pelo que a competitividade está cada vez mais assente na capacidade de adaptação a mudanças tecnológicas e nos avanços organizacionais. Está frequentemente em sintonia com a capacidade das organizações de explorar as partes de maior valor das cadeias produtivas e de responder rapidamente a oportunidades e ameaças que surgem a toda hora no mercado.

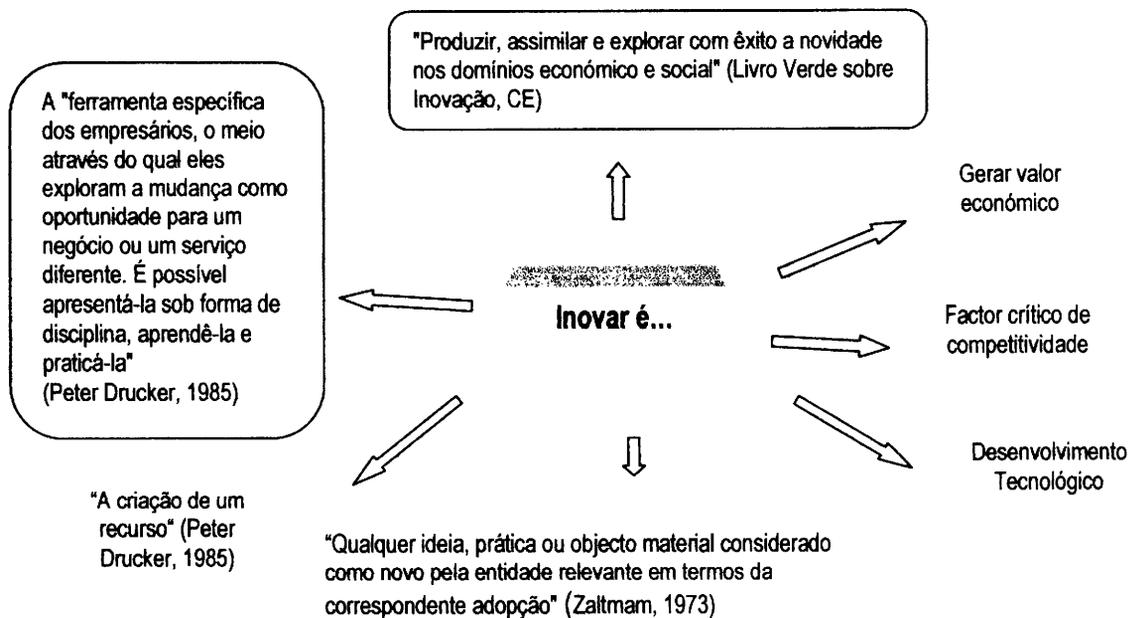
A influência da inovação na economia é notável. A exportação de produtos inovadores rende divisas ao país. A competitividade mundial está-se a voltar para o conhecimento e a inovação.

Actualmente, a Inovação está na agenda da Europa, já que está na base da Estratégia de Lisboa, segundo a qual, a União Europeia pretende tornar-se na mais competitiva e dinâmica economia do mundo, no final da década. A Estratégia de Lisboa visa dotar a Europa de competências para “Vencer o desafio da globalização” (Comissão Europeia, 2007). A Inovação é uma das prioridades que estão consagradas nesse documento.

O conhecimento acumulado pode ser mais importante para o crescimento económico, do que o investimento em fábricas e máquinas. Tudo indica que, depois da Sociedade da Aprendizagem, da Informação e do Conhecimento, a humanidade caminha rumo à Sociedade da Inovação.

A Figura 7 apresenta algumas definições de Inovação.

Figura 7 - Definições de Inovação



Fonte: Elaboração própria

A inovação constitui um pólo catalisador do desenvolvimento organizacional, ou seja, pretende-se a criação de valor em contexto de mudança, por meio da medição de efeitos tangíveis, que permitam a avaliação de projectos claramente mensuráveis. Essa criação de valor está intrinsecamente ligada à imagem global projectada.

2.2.2. Valor e Imagem Global

A transformação de conhecimentos em valor consegue-se através da inovação nos mais variados níveis de uma organização: de processos, de produtos, de tecnologias, fomentando capacidades e necessidades crescentes de formação.

Deste modo, as políticas de inovação conduzem a políticas de qualificação, numa sociedade de conhecimento e de informação.

As inovações geram-se de forma a não constituírem apenas uma ideia, mas sim, ideias com valor para o mercado, ideias comercializáveis que cheguem aos eventuais interessados. Nesse sentido, e antes de gerar uma ideia inovadora, é crucial conhecer o mercado em toda a sua complexidade, ou seja, conhecer as suas necessidades, quais as suas lacunas e onde pode a organização invadir com uma nova ideia para que o resultado não seja desastroso (Almeida, 2003).

O contexto pode actuar como um inibidor ou indutor de determinada inovação e a qualidade resulta do encontro das necessidades com a procura. O mercado em constante comutação leva a que aquilo que hoje é inovação e qualidade, amanhã não o seja.

Para o sucesso é importante surpreender o cliente e explorar o seu potencial, sendo a visão actual de uma organização mais centrada na esfera do mercado e menos na esfera da produção, logo o potencial de inovação e qualidade deve-se indexar ao cliente sempre na tentativa de exceder as suas expectativas (Soares, 2007) “Qualidade e Inovação”, Conferência intitulada “*Qualidade e Inovação – uma relação biunívoca*”.

Muitas vezes, as organizações têm barreiras à inovação e qualidade por questões culturais intrínsecas e estas têm que ser ultrapassadas de forma a serem competitivas. Assim, depreende-se que além de se apreciar e conhecer os mercados externos, um aspecto a ressaltar estabelece que a própria organização tem o dever de se preocupar com a organização internamente, zelando pelo seu bem-estar, o que passa pelo conhecimento das suas necessidades, de forma a satisfazê-las, através de mudanças ou de inovações que permitem uma melhor prestação de serviços (Almeida, 2003).

A gestão da qualidade implica a gestão da inovação, sendo redutor pensar em qualidade, pensando apenas, em certificação, sistemas e procedimentos, esta implica realizar-se qualquer coisa de inovador que acrescente valor.

É fundamental acreditar que o mercado reconhece a qualidade e esse facto é importante para regular a inovação.

No entanto, é preponderante ter noção que as questões da qualidade e inovação só se enraizam numa organização, quando passam a ser culturais e por conseguinte, mobilizam o empenho e esforço de cada membro da organização, sendo característica da cadeia de valor de todos os colaboradores (Soares, 2007) “Qualidade e Inovação”, Conferência intitulada “*Qualidade e Inovação – uma relação biunívoca*”.

A tecnologia, inovação e os meios de comunicação são a forma de criação de uma imagem de visibilidade para uma organização. A internet simplifica a disseminação de informação, na medida em que, permite a transferência electrónica de dados, de forma global, automática, eficaz para desta forma contribuir para a criação de conhecimento e a criação de valor.

As soluções informáticas constituem a possibilidade de pequenas e médias organizações se ligarem a servidores de organizações maiores promovendo uma inovação global do mercado. Ao se pensar em sistemas, no domínio da informática e das telecomunicações, é essencial ter uma noção de normas e protocolos relacionados com a utilização desses mesmos sistemas.

Os cada vez mais sofisticados sistemas de informação permitem compatibilizar os sistemas de gestão de qualidade com a inovação.

Um sistema de informação eficaz deve-se preocupar com o mercado, para alcançar o bom e eventualmente a excelência organizacional, devendo produzir qualidade e libertar criatividade (Soares, 2007) “Qualidade e Inovação”, Conferência intitulada “*Qualidade e Inovação – uma relação biunívoca*”.

O marketing não deve estar no fim, mas sim, para muitas inovações, deverá constituir o primeiro passo. Deve-se considerá-lo no princípio, pois o mercado é regulador da inovação e da própria organização (Vilar, 2006; Almeida, 2003).

Quer os profissionais quer os clientes, têm informação de fácil acesso, mas, isto não quer dizer que tenham conhecimento, e, que este conhecimento se transforme em competência.

A sociedade actual é cada vez mais exigente, devido à crescente informação que chega, nomeadamente através dos *media*. No entanto, esta informação nem sempre corresponde a verdadeiro conhecimento, havendo pouco empenho no processo de transformação de informação em conhecimento e competências.

Como defendeu Marques dos Santos na conferência “Qualidade e Inovação - Uma Relação Biunívoca (2007)”, presidente do Instituto Português da Qualidade (IPQ) “as empresas vão verificar que a inovação não se pode desenvolver de uma forma acidental, têm que captar, organizar e sistematizar o conhecimento. Sem a sistematização do conhecimento, uma ideia não se traduz em valor, em produto.”

É crescente a necessidade de sistematizar os processos das organizações de saúde, de forma a acompanhar a sociedade em que estão inseridos. Um sinal da tentativa de acompanhar o futuro, passa pelas organizações de saúde requererem certificações dos seus sistemas de gestão de qualidade e a procura de incentivos no âmbito da formação e valorização de cada profissional.

As organizações de saúde encontram-se no caminho positivo relativamente à inovação, na medida em que, pretendem inovar nas mais diversas valências da prestação de cuidados. Não é possível inovar sem qualidade e, por isso, espera-se que existam sistemas de gestão de qualidade integrados na cultura organizacional para que haja criação de valor na saúde.

Qualidade e inovação só se enraízam na sociedade quando existe a sua aculturação na organização, dependendo do desempenho individual e colectivo dos intervenientes no processo, conseqüentemente, estes deverão estar conscientes das necessidades de inovar da organização onde desenvolvem a sua actividade profissional. O papel da inovação é crucial, pois rompe com estruturas antigas e preconceitos, desenquadrados da actualidade e das novas exigências sociais (Pereira, 2007) “Sistemas de Gestão da Inovação”, Conferência intitulada “*Qualidade e Inovação – uma relação biunívoca..*”

O cliente orienta a organização, na medida em que, ele constitui um valor para a organização. Esta deverá ter a incumbência de se questionar, permanentemente, na forma de oferecer mais ao cliente e que competências organizacionais deverá a organização desenvolver para exceder as expectativas deste.

Assim, o marketing e os programas de fidelização são cruciais tanto para a vinculação de clientes, como para a aquisição de novos clientes. Ambas as situações só existem quando há clientes satisfeitos, o que vai, conseqüentemente incrementar o valor da própria organização (Almeida, 2003).

O valor e a imagem parecem, portanto, aspectos a aprofundar nesta conjuntura.

Tendo por base, Vilar (2006), imagem pode adquirir diferentes perspectivas. Proveniente do latim *image*, traduz reprodução, retrato ou evocação. Coloquialmente define a aparência, semelhança ou conceito. Contextualizando este termo para as organizações, este é aplicado de forma indiferenciada a conceitos como reputação, identidade, percepção, atitude, credibilidade, comunicação, entre outros. Na bibliografia de marketing esta definição acentua a componente exterior do seu conceito, sendo adoptada a perspectiva do público, admitindo a contribuição decisiva do receptor, ou seja, “a imagem não é aquilo que a organização acredita que é, mas o que as pessoas acreditam ou sentem, acerca da organização (dos seus produtos ou marcas)” (Vilar: 2006,19).

Segundo Almeida (2003), os estudos na área do marketing multiplicaram-se a partir dos anos 80. A partir deste momento, a organização começou a ter preocupações no âmbito da Imagem e do Tempo.

Relativamente à Imagem, o objectivo passou a ser o de criar uma forma de aproximação entre os produtos e os consumidores. Desta forma, originou-se um novo vector, que aliado ao preço vem dar personalidade ao produto. A imagem, para além de ser a sonhada pela organização, fundeia-se nas imagens construídas pelo público para determinado produto ou serviço. Nasce assim um novo conceito de comunicação organizacional. O desenvolvimento deste conceito de imagem passa sobretudo pela transferência para o consumidor de um papel cada vez mais decisivo.

Um desafio, para a década de 90, foi, essencialmente, a gestão dessa imagem global. Esta passou muito além do reconhecimento da função produtiva, desenvolvendo-se na esfera económica, social, humanista e ecológica.

Almeida (2003,14) refere ainda que:

“a importância da imagem, a nova credibilidade, as novas responsabilidades exigidas à empresas, o aumento do poder da informação, todos estes elementos se conjugam para favorecer, no seio das empresas, a eclosão de uma nova função: a Comunicação.”

As mensagens transmitidas pela organização para o exterior consistem, actualmente, na criação de uma identidade, uma alma face ao mercado. A imagem global obriga ao reconhecimento que as informações adquirem, agora, um valor dominante nas vidas dos consumidores.

Quanto ao Tempo, tem-se que considerar que a complexificação das tecnologias de informação vieram promover uma capacidade de gestão de informação (armazenamento, transmissão e utilização de informação) a uma velocidade vertiginosa.

O tempo, para as organizações, constitui, um factor que tem de ser gerido, pois o desperdício deste é tão valioso, como o desperdício de informação, subseqüentemente, também é um factor a ser gerido. Como defende Almeida (2003:15), num tempo em que a comunicação é “pautada pela rapidez, a acção e reacção perdem a favor da interacção, onde as empresas pertencem e contribuem para este contexto, marcado pelas mutações rápidas”. Ainda para o mesmo autor, a globalização assenta na livre circulação de bens, pessoas, capitais e serviços, implicando que a gestão do tempo e a gestão de todos estes factores tornou-se numa exigência actual para qualquer organização, como condição para se manter viva no mercado e com valor perante este.

A imagem da organização é essencial, na medida em que os clientes têm que acreditar na qualidade e de que esta é duradoura.

É crucial para uma organização somar inovação, motivação, empreendedorismo, gestão de processos, melhoria contínua, criatividade e comunicação para ter um resultado final positivo (Martins, 2007).

No entanto, e para terminar, o saldo positivo só é possível, se compreender que a criação de valor está, indissociavelmente, ligada a gestão do processo, como defende o autor mencionado (Martins, 2007). Um processo no campo da gestão é pois um conjunto integrado e interrelacional de actividades realizadas por uma ou diversas Áreas Funcionais que, a partir de uma ou mais entradas, geram um resultado, que corresponde a uma saída. Como qualquer definição não pretende ser absoluta, mas abranger a maioria dos vectores importantes. Associada ao processo está, como afirmado, a criação de valor que pressupõe, eficácia, eficiência e flexibilidade.

O mesmo autor define a eficácia como “o que fazer”, eficiência direcciona-se para “como fazer” e a flexibilidade relaciona-se com um dos valores culturais da organização mais importante, na medida em que, implica a capacidade de “como se adaptar”, rapidamente, a situações específicas ou imprevistas. Pretende-se em última instância, fazer bem (eficácia), o que deve ser feito (eficiência), de forma a conseguir satisfazer o cliente, perante qualquer situação (flexibilidade)

Em suma, o processo, consoante o seu âmbito dentro da organização, deve proporcionar valor acrescentado para o cliente, e consequentemente para a organização.

A abordagem da imagem global e da criação de valor conclui a temática da comunicação externa. Todavia, a inovação no âmbito da comunicação implica, ainda, o enfoque da comunicação tecnológica, na medida em que se trata de um aspecto da comunicação da actualidade em veloz transformação e progressão, na medida em que, presentemente a comunicação externa traduz-se, cada vez mais numa comunicação global, adquirindo por isso toda a relevância a sua alusão.

2.3 Comunicação Tecnológica

Tendo por base Santos (1998), o conceito de comunicação global tem em conta a articulação de diferentes formas de tecnologias, que cada vez mais os designers tentam tornar mais atractivas, nomeadamente as máquinas, para que todos, as considerem mais amigáveis e, por conseguinte, mais apelativas ao seu manuseamento. A aplicação de tecnologias cada vez mais avançadas, supõe um consequente aumento do volume de informação, correspondendo a novos conhecimentos. No entanto, essa informação deverá ser contextualizada, ou seja, imbuída de relações e de compreensão por parte dos indivíduos, pois o que este autor defende, é que em si, a informação não é motivadora, na ausência de uma compreensão global por parte de todos. Para o mesmo autor, a tecnologia atrai as pessoas, atenuando as diferenças existentes entre o progresso tecnológico e o progresso social.

Como defende Santos (1998), para a sociedade, o que importa não são tanto as invenções, mas mais as inovações, pois tornam a sociedade adaptável a objectivos sociais concretos.

Os três grandes territórios da comunicação, como refere Santos (1998), são os meios de comunicação, telecomunicações e informática. Esta última, que anteriormente era uma ferramenta ao serviço de aplicações científicas de uso militar, hoje está difundida pelas organizações e massificada para a utilização de todos os colaboradores. Actualmente, verifica-se um cruzamento íntimo das organizações com as telecomunicações, surgindo as redes, que reorganizam as culturas, os modos de estar, de ser e de transmitir o saber.

A comunicação tecnológica, para Antonelli (2001:37), é “um processo interactivo em que ambas as partes estão activa e deliberadamente envolvidas”. O nível de eficácia da comunicação depende dos recursos aplicados por cada agente, no estabelecimento de ligações tecnológicas às outras organizações e às instituições científicas e académicas e ainda do volume de informação que cada organização consegue receber e assimilar do sistema de inovação em que opera. Para o mesmo autor, o contexto institucional de um sistema económico, em termos de condições de comunicação, é um aspecto fundamental na avaliação da sua capacidade de inovação. Para Antonelli (2001), o conhecimento poderá considerar-se um *input* intermédio na produção de um novo conhecimento.

A comunicação tecnológica tem canais próprios, nomeadamente a Internet, os sistemas operativos, que permitem muitas vezes alcançar cuidados de excelência, devido ao alcance de

respostas e de conhecimentos de uma forma mais imediata e eficaz, garantindo processos de aprendizagem colectivos, encarando o conhecimento tecnológico como um bem colectivo que permitirá garantir cuidados de qualidade. “A convergência das tecnologias no processamento de dados e de texto, na comunicação de dados e de voz, redes, correio electrónico, etc., tem contribuído para tornar mais eficazes as comunicações” nas organizações (Teixeira, 1998:170). A teleconferência é um exemplo dessa convergência, pois permite que pessoas de diferentes organizações, em diferentes pontos do globo possam “reunir” informações, trocar ideias, como se estivessem sentadas na mesma sala a discutir e a transmitir resultados, aproximando realidades diferentes e contribuindo para um aumento do conhecimento global.

Assim e em tempo real, é possível partilhar experiências e estudos realizados, tendo um grande impacto a rapidez com que se recebe dados sobre novas técnicas e novos procedimentos, podendo desta forma melhorar a prática, adequando-se mais rapidamente às necessidades dos utentes.

As organizações utilizam novos recursos para optimizar o nível de conhecimento dos profissionais e, conseqüentemente, para aumentar o rendimento e a competitividade (DeSanctis e Monge, 1999).

Existem ainda, segundo Antonelli (2001), diferentes canais de comunicação, que se distinguem entre si em termos de dimensão, densidade e nível de interactividade. Dentro de cada sistema de comunicação, os agentes podem desempenhar papéis distintos, ocupando uma posição ora central ora marginal.

A qualidade dos diferentes sistemas de comunicação vai, também, variar consoante a interpenetração dos diferentes níveis que esta atravessa como com a percepção do papel que cada interveniente desempenha, como agente no processo de comunicação.

Um aspecto a considerar, prende-se com o facto de a comunicação electrónica ou tecnológica estar ainda fora do âmbito de muitos estudo organizacionais, sendo por isso a sua utilização mais propícia a reflexões do que a orientações peremptórias, como reflecte DeSanctis e Monge (1999). Deste modo, a compreensão deste campo de estudo está indubitavelmente associada a alguma dificuldade relativa a generalizações ao campo organizacional.

Todavia, e tendo sempre presente este aspecto, é aceite que a comunicação tecnológica é a “mãe” da organização virtual, isto é, esta permite a um conjunto de entidades geograficamente disseminadas, funcional e/ou culturalmente distintas permanecerem ligadas por formas electrónicas de comunicação, mantendo, assim, relações laterais dinâmicas para efeitos de coordenação, como referem DeSanctis e Monge (1999). A virtualização pura de uma organização não é total, no entanto, existe uma progressiva incorporação destes sistemas de comunicação

para o desempenho de determinadas actividades das organizações, sendo actualmente possível pessoas trabalharem coordenadamente, produzindo resultados sem nunca se terem visto antes.

Ainda no campo da comunicação tecnológica há que considerar que esta possibilita o incremento do volume de comunicações, com o efeito nefasto a ponderar de igualmente existir o risco de sobrecarga de informação e de transmissão de informação desnecessária, bem como, envio e recepção de “mensagens- lixo” que podem conduzir à ineficácia da comunicação. A utilização de meios informáticos possibilita a memorização de informação o que pode ser uma mais valia, na medida em que, a informação pode ser analisada para possível manipulação estatística e pode ser desmultiplicada para vários destinatários (DeSanctis e Monge, 1999).

A rapidez de comunicação e a possibilidade de emergência da teleconferência, ou teletrabalho, é inquestionável, através da comunicação tecnológica.

É de salientar que este tipo de comunicação não poderá estar associada a uma maior eficácia organizacional, contudo e como defendem os mesmos autores torna-se indubitável o seu contributo para a eficácia de diversas actividades, como a utilização de correio electrónico, ou as possibilidades da reunião de informação entre pessoas distantes através da videoconferência.

Com excepção desta última mencionada, a comunicação tecnológica não comporta o contacto visual, com toda uma panóplia de expressões visuais associadas e que transmitem igualmente informação, bem como a percepção do tom de voz, indumentária, etc. Este deficit pode dificultar a regulação da interacção. No entanto, permite um maior enfoque na mensagem e automaticamente uma menor dispersão sobre os comunicadores.

Assim e em suma, é fundamental ter presente que a comunicação tecnológica possibilitada pela transmissão electrónica veio revolucionar as formas de comunicação, permitindo uma transmissão rápida, partilhada em simultâneo por vários intercomunicadores, independentemente do local. Todavia, esta revolução não pode nem deve alterar os preceitos básicos da comunicação.

Como defende Cullinan (1993,61) “devemos aprender a usar estes equipamentos como ferramentas de melhoria do processo comunicacional”, são como instrumentos úteis ao sistema.

Deste modo, a comunicação tecnológica finaliza a etapa da comunicação externa, sendo agora encetada a comunicação interna, nomeadamente as redes comunicacionais dentro de uma organização, bem como o envolvimento dos colaboradores nessas mesmas redes.

2.4 Redes de Comunicação

Os canais de comunicação são vitais para a organização e podem adoptar diferentes configurações. Para uma compreensão mais pormenorizada quanto à comunicação organizacional é fundamental uma pesquisa atenta relativamente aos fluxos e estruturas de comunicação, muito além dos meios adoptados para estabelecer a comunicação e das competências comunicacionais interpessoais.

Naturalmente, as características pessoais dos interlocutores são preponderantes para estabelecer estilos de comunicação. Sendo que de uma forma geral, Casse (1994) estabeleceu um modelo que divide os interlocutores em quatro tipos possíveis:

- O estilo processo: motivado para a factualidade, estratégias, organização, estabelecimento de regras, sistemas, através de controlo, análise, observação, sendo por isso, o interlocutor, caracterizado por uma personalidade pormenorizada, cautelosa, lógica e prática pesando vantagens e desvantagens, sem pressas.
- O estilo acção: defende a mudança, melhoria de situações existentes, sendo caracterizado por um estilo vocacionado para desafios que propende para o pragmatismo e decisor rápido.
- O estilo pessoas: inclina-se para as necessidades e motivações da equipa, sendo espontâneo nas decisões e acções, empático, emocional e cordial. Estando envolvido socialmente na organização tem habitualmente boas competências persuasivas.
- Por último, este autor defende a existência de o estilo ideias que propende para uma conceptualização, elaboração de teorias tendo um espírito inovador, criativo que observa várias alternativas, quais as oportunidades e problemas potenciais para determinada decisão sendo, como o primeiro, um interlocutor que salienta a necessidade de tempo para tomar uma decisão, neste caso, relacionado com a necessidade uma discussão das características.

Após esta breve abordagem das competências pessoais do interlocutor a análise das redes e fluxos de comunicação nas organizações impõe-se.

Para Teixeira (1998:161), distinguem-se canais de comunicação formais e informais. Com vias de comunicação ascendente e descendente para os formais e horizontal e diagonal para os canais informais.

Para Pina e Cunha (2004), a comunicação designada por formal é aquela que é oficial, logo sancionada por autoridades organizacionais, muitas vezes metaforicamente é referida como uma comunicação caracterizada pelo esqueleto da organização. Esta é frequentemente escrita e percorre os canais delineados pelo organograma, já a comunicação informal corresponderia ao sistema nervoso central da organização, sendo espontânea e ocorrendo independentemente dos canais oficiais, manifestando o pensamento colectivo, as acções e reacções nos diversos sectores de uma organização.

Tendo por base Pina e Cunha (2004), são quatro os fluxos comunicacionais no seio de uma organização e é por estes que se vai reger esta dissertação:

- **Descendente:** flui dos níveis hierárquicos superiores para os inferiores,
- **Ascendente:** flui dos subordinados para os superiores hierárquicos, tende a ser menos frequente que a descendente,
- **Horizontal ou lateral:** decorre entre pessoas do mesmo nível hierárquico e tem como principais objectivos a partilha de informações, a coordenação do trabalho e a resolução de problemas interdepartamentais.
- **Diagonal:** sendo a menos frequente, pelo menos do ponto de vista formal, é a comunicação que se realiza, por exemplo, de um superior hierárquico directamente com um colaborador, sendo *a posteriori*, ou não, formalizada a comunicação. Este fluxo de comunicação, bem como a lateral, tem-se vindo a desenvolver acompanhado o desenvolvimento dos meios de comunicação electrónicos.

No entanto, esta disposição dos canais de comunicação pode ser simplista e a distinção muitas vezes não é nítida, pois pode haver mensagens formais emitidas por canais informais e vice-versa. Há autores, nomeadamente Davis (1953); Boone e Kurtz (1994) que, deste modo, apenas consideram formal as mensagens formais emitidas por canais formais, sendo todo o resto considerado comunicação informal, com trajectos de comunicação diversificados.

É, todavia consensual que a comunicação informal era considerada mais rápida quanto à sua difusão devido à sua natureza verbal, ao passo que a formal (tendencialmente escrita) se torna mais lenta. Esta particularidade, está a atenuar-se devido às potencialidades da comunicação electrónica, cada vez mais usada também como canal formal de transmissão de informação.

Numa organização existem várias redes de comunicação possíveis, que ligam os intervenientes de formas diversas, sendo possível de descrever redes de comunicação informal em cadeia, por probabilidade, por aglomerados ou *clusters* em que de forma mais ou menos aleatória a mensagem se difunde.

Cada departamento ou sector de uma organização pode ter uma rede própria para o seu funcionamento eficaz, tanto internamente como para com outros departamentos da organização. Nomeadamente, pode mencionar-se que um departamento pode ter uma comunicação designada por intra-vertida, quando a comunicação se efectua preferencialmente entre os membros do departamento, ou extra-vertida, quando pelo contrário a comunicação predominante é realizada com pessoas exteriores ao departamento. Pode ainda considerar-se que pode ser uma comunicação extra-vertida uni-direccional, quando ocorre comunicação de um departamento quase exclusivamente com outro departamento (Gordon, 1996).

Outra forma de comunicação pode designar-se por “borboleta” quando a representação gráfica se traduz em dois grupos dentro do mesmo departamento que comunicam entre si por uma única pessoa interposta (Gordon, 1996).

Aqui importa, apenas, salientar que independentemente da forma que a comunicação adopte, estas não são redes estanque e que para diferentes graus de complexidade dos problemas e de interdependência das tarefas assim se utiliza uma via de comunicação, podendo utilizar-se várias redes na mesma organização, consoante a informação, os interlocutores que pretendem comunicar e a tarefa a realizar. É da utilização dos vários modos de comunicação que surge a eficiência organizacional, podendo alcançar-se níveis de qualidade cada vez mais elevados.

A noção primordial é que quanto mais a estrutura dos canais de comunicação facilitar o processamento da informação, mais ela contribui para a eficiência da organização. Como refere Hampton (1983:361), mencionando Woodward, “Os sistemas de comunicação não podem ser bons ou maus em si mesmos; são bons se ligam as pessoas de tal forma que as incentive a atingir os objectivos da empresa”. Para Teixeira (1998) a aprendizagem da comunicação eficaz passa pelo desenvolvimento de alguns atributos por parte do comunicador, nomeadamente: a empatia, o saber ouvir, técnicas de leitura, a observação, a escolha do vocabulário, a linguagem corporal e a comunicação pela acção.

O desenvolvimento da capacidade de comunicação até alcançar o óptimo conduzirá a bom porto a organização ou o departamento ou a unidade organizativa, pois permitirá uma boa produtividade e impedirá desvios em relação aos objectivos pretendidos. Deste modo, a comunicação interna é um imperativo a ser coordenado profissionalmente e está para a organização como uma Necessidade, Crença e Vontade, como defende Almeida (2003:41):

- Necessidade porque é essencial na coordenação de actividades, na qualidade de processos e produtos, no clima interno (reduzindo incertezas e desenvolvendo motivações entre os colaboradores, num sentido de um projecto comum) e na inovação;

- Crença porque é portadora de soluções, permite armazenar, organizar e gerir informação, fazer escolhas face a uma panóplia de suportes, sendo necessário convencer toda a hierarquia que se tornou um dever gerir a comunicação interna;
- Vontade porque tem de ser pensada, controlada, gerida através de escolhas estratégicas.

A construção de uma política de comunicação interna deve ser um objectivo para passar à prática em qualquer organização, tendo por isso um cariz de acção. Assim, como acontece na medicina, deve-se diagnosticar previamente para depois se definir um tratamento, por analogia, deve-se pensar em termos de método de comunicação interna e, posteriormente, em termos de suporte. O que muitas vezes, não acontece. Existem os meios, mas ou são incompetentemente utilizados ou até mesmo desaproveitados. Deve-se pensar e desenhar o método e em seguida, optar pelo suporte, ou canal que viabilizará a comunicação. O método corresponde ao meio para chegar ao fim previamente definido (Almeida, 2003).

Assim, e para que o método vingue, através dos meios adequados, tem de existir o correcto envolvimento dos colaboradores, de forma a aproveitar as potencialidades destes, ou seja, as capacidades do factor humano da organização, no sentido de explorar e usufruir dos meios de comunicação existentes

2.5 A Importância do envolvimento dos colaboradores nos processos de comunicação nas organizações, à Intranet

Um bom nível de capacidade comunicativa dos elementos de uma organização é importante para que mantenham um envolvimento com a mesma e com as políticas da mesma. Assim sendo, é importante consultar regularmente os processos de comunicação de forma a identificar a existência de barreiras. Frequentemente as causas das dificuldades de comunicação nas organizações, prendem-se, como defende Jeffries (1992), com a cultura das organizações, tema evidenciado no próximo item.

É preciso ter em conta que o sucesso de qualquer empreendimento humano depende, também mas não só, da eficiência com que as pessoas comunicam entre si. O mesmo autor menciona que “perdem-se guerras, desperdiçam-se oportunidades de negócio e azedam-se relações pelo simples facto de haver deficiente comunicação entre as pessoas”: (Jeffries,1992:166). Consequentemente, é importante investir, tempo, dinheiro e energia para a questão do aperfeiçoamento e envolvimento dos colaboradores nos processos comunicacionais das organizações.

2.5.1 Envolvimento dos Colaboradores na Comunicação Organizacional

As pessoas são cada vez mais um elemento de investimento das organizações, sendo observadas como um recurso em si mesmas, constituindo pedra basilar na organização, isto é, uma mais-valia para a organização a preservar, tendo-se modificado a perspectiva do olhar sobre o factor humano, como evidenciado por Drucker (2000) na figura 8:

Figura 8 - Nova perspectiva sobre o factor humano

Perspectiva Tradicional:

- o trabalhador é considerado um custo
- como custo, deve ser controlado e reduzido

Perspectiva do Novo Pensamento:

- o trabalhador converteu-se progressivamente no trabalhador do conhecimento e deve ser considerado um activo de valor
- como activo de valor deve crescer **em vez de diminuir**.

Fonte: Adaptado de Drucker, 2000

A meta a alcançar, como refere Serrano (2005, 126):

“é a eficácia organizacional, pelo que as organizações têm de estar atentas a todas as fontes de informação relevantes e aproveitar essa informação num processo de aprendizagem contínuo. A aprendizagem organizacional e a mudança organizacional constituem dois factores essenciais para alcançar esta meta.”

Como menciona Maurício (2006), o factor humano é decisivo na adopção de qualquer mudança, em particular as questões relativas à cultura organizacional. Cultura, como menciona este autor, referindo Nonaka e Takeuchi (1995) é um conjunto de pressupostos básicos, inventados, descobertos ou desenvolvidos por um determinado grupo, à medida que esta vai aprendendo a lidar com os problemas de adaptação ao meio externo e integração interna. Tendo alcançado resultados positivos no passado, esses comportamentos são ensinados aos novos membros como a forma correcta de agir face a determinadas situações. A cultura organizacional corresponde, deste modo, a um conjunto de crenças e conhecimentos partilhados por membros da organização.

Tendo esta definição como pressuposto, o facto de se mencionar muitas vezes que a comunicação nas organizações é deficiente não especifica o que está efectivamente a falhar. Deste modo, torna-se fundamental para resolver tais problemas indeterminados, especificar de forma a particularizar a barreira existente, tornando por conseguinte mais fácil a sua resolução. As barreiras, podem-se encontrar numa das seguintes áreas (Jeffries, 1992):

- os objectivos e padrões de performance encontrarem-se mal explicitados, mal compreendidos, ou mal alinhados entre departamentos da organização, criando por conseguinte tensões;

- os sistemas de comunicação podem ser usados inadequadamente pelos colaboradores por desconhecimento dos meios disponíveis, ou por desconhecimento das redes de comunicação a utilizar para a transmissão da mensagem, e;
- a cultura, sendo que esta última barreira prende-se com a dimensão humana da organização e resulta do modo de interacção e relacionamento entre pessoas. Para minimizar e ultrapassar problemas já instalados, nomeadamente questões relacionadas com competitividade, hierarquia, estatuto, ausência de abertura e confiança. Torna-se prioritário reunir o grupo, departamento, ou os grupos ou departamentos de forma a permitir que em grupo se identifiquem os problemas e com a tomada de consciência, estes possam ser discutidos de forma construtiva. Para esta comunicação é fundamental uma excelente capacidade de escuta atenta, capacidade de diagnóstico e de confrontação.

Neste âmbito, e ultrapassadas as barreiras, de forma a alcançar uma gestão de qualidade, torna-se crucial identificar o que se tem de melhorar, nomeadamente (Jeffries, 1992):

- Melhorar a eficácia das reuniões;
- Melhorar a qualidade da informação interdepartamental;
- Melhorar a qualidade da informação entre os vários escalões da organização;
- Assegurar que todos os colaboradores estejam ao corrente dos assuntos importantes relacionados com a organização, desde, mudanças a qualquer nível e que interfiram com o seu desempenho, normas de trabalho, objectivos do serviço ou departamento e padrões de performance pretendidos etc.;
- Confrontar as dificuldades sentidas pelos membros da equipa em trabalhar entre si;
- Assegurar que os colaboradores sintam que são ouvidos; etc.

Os aspectos a mencionar são inumeráveis, o importante é que a comunicação nas organizações possibilite o envolvimento dos colaboradores nesse mesmo processo comunicacional.

Para existir um comprometimento dos colaboradores no compromisso da Gestão com Qualidade e da Manutenção dos níveis de qualidade, num processo de melhoria contínua dos serviços prestados torna-se preponderante adjudicar-lhes poder e para essa atribuição torna-se fundamental uma boa comunicação entre gestores de topo, chefias intermédias e colaboradores. Para uma gestão de qualidade, a comunicação vai muito além de um mero exercício de entrega e recepção de informação. A comunicação deve estar imbuída de informações precisas e que sejam facilitadas atempadamente, de modo a que seja possível a tomada de decisão em consciência de forma a actuar em conformidade com os níveis de qualidade exigidos. Para prorrogar esta comunicação é necessário o apoio de redes de comunicação eficazes.

Antes de enveredar pelos meandros da comunicação e do conhecimento é fundamental definir conceitos, nomeadamente dados, informação e conhecimento.

Os dados, para Serrano (2003) referem-se a um conjunto de factos discretos e objectivos sobre um acontecimento. São eventos sem contexto. Ao atribuir significância aos dados, imbuídos de contexto, passa-se a possuir informação.

Uma analogia estabelecida, Ferreira (2007) refere que “os dados são os muitos sinais emitidos pelas diversas situações ocorridas, isto é, são as pegadas dos acontecimentos”.

Informação segundo Zorrinho (1995), citado por Silva e Neves (2003), é por natureza uma representação simbólica, com código convencionado de acontecimentos, objectos ou fluxos que constituem o real perceptível, diferenciando-se dos dados por ter um propósito e significado. Para Ferreira (2007), a informação corresponde aos dados que se atribui relevância, ou seja, aqueles a que se deu importância suficiente para considerar significativos.

Com a utilização do raciocínio e da experiência transforma-se em conhecimento.

Silva e Neves (2003, mencionando Tiwana (2000) referem que conhecimento é informação para a acção, ou seja, corresponde a informação relevante, disponível, no momento e contexto exactos, de forma correcta, estando apto para a utilização de terceiros nas suas decisões. Assim o conhecimento suporta decisão e acção.

Deste modo, para a manutenção dos mais elevados padrões de qualidade de uma organização torna-se premente que sejam comunicados, a todos os colaboradores, de forma a transmitir-lhes conhecimentos relacionados com a estrutura basilar da organização a missão, a visão, os valores, as motivações de determinadas decisões ou alterações de forma a tornar estes os pilares do desempenho de todos. Esta comunicação deve-se realizar num contínuo, ou seja, uma mensagem a ser reforçada permanentemente. Além desta transmissão, a organização deve comprometer-se a ter igualmente capacidade de escuta dos seus colaboradores, de forma a garantir o sucesso da própria organização. Estes devem sentir que a sua opinião é ouvida, devendo-se atribuir valor às mensagens transmitidas por todos, pois poderão ser fonte de inovação. Inovação esta que é fundamental para o crescimento organizacional e muitas vezes passa por ideias de quem trabalha na organização, conseguindo paralelamente um envolvimento de todos (Maurício, 2006).

Jeffries (1992), refere que, por um lado, a comunicação pode ser vista como uma responsabilidade de todos, pela boa manutenção de uma rede comunicacional, por outro, considera que cabe à gestão de topo, a responsabilidade de adoptar um estilo de comunicação que trespasse todos os membros da organização, seja através da adopção de uma comunicação

mais aberta, ou mais fechada. Independentemente do estilo comunicacional adoptado, o mesmo autor defende que, é essencial ter em conta cinco aspectos, tanto ao nível dos colaboradores e como dos gestores de topo para que a organização se materializar numa organização com uma comunicação eficiente:

- Todos estejam cientes da visão, dos valores da organização e dos seus objectivos a longo prazo;
- Todos compreendam os objectivos do seu trabalho, onde ele se enquadra na restante organização e tenham informação suficiente para desenvolverem o seu trabalho eficientemente;
- Todos estejam a participar na tomada de decisão;
- Cada pessoa consiga dialogar eficazmente com superiores e inferiores hierárquicos;
- O estilo de gestão adequada consiga vingar.

Para além destes aspectos os meios através dos quais se efectua a comunicação, são cruciais para a eficácia da comunicação e para avaliar os *media* utilizados algumas questões deverão ser colocadas, nomeadamente (Jeffries, 1992):

- O *media* utilizado será o veículo apropriado para a passagem de informação?
- Os colaboradores utilizam-no correctamente?
- Quais as mensagens inconscientes ou implícitas que fornece?
- Estará a aproximar a organização da sua visão?

Sugere como os *media* actualmente utilizados nas organizações, os seguintes (Jeffries, 1992):

- Reuniões frente a frente entre colaboradores e/ou departamentos;
- *Briefings* de equipa;
- Gráficos de desempenho e de aperfeiçoamento;
- Quadros de observações;
- Vídeos;
- Memorandos internos, relatórios e documentos de discussão;
- Correio electrónico;
- Bases de dados em computador;
- Telefone e faxes.

Independentemente dos *media* utilizados, o mais relevante é que o sistema de comunicação estimule o diálogo entre as pessoas de todos os departamentos de forma a garantir uma gestão que se pretende de qualidade. Cumprido o estabelecimento desse diálogo profícuo, consegue-se alcançar o conhecimento, além da mera actividade de transmissão de informação. Esse aspecto

relevante será focado em seguida, subjacente à comunicação e analisando mais profundamente a comunicação interna por meio da *intranet*.

2.5.2 Conhecimento, Comunicação e Intranet

A importância do conhecimento nas organizações é transversal às mais diversas áreas como a gestão, a comunicação, os sistemas de informação, e a sociologia inerente às organizações.

Para Maurício (2006), relativamente à área de gestão, o conhecimento organizacional é um dos recursos económicos mais importantes, sobre o qual assenta a capacidade das empresas se diferenciarem nos mercados onde actuam e, deste modo, construir as suas vantagens competitivas. Contudo este conhecimento não nasce, nem se desenvolve por geração espontânea. É um processo de acumulação permanente em que a partilha, a difusão, e a aprendizagem têm um papel fundamental. Sendo inquestionável que cabe à gestão estimular e gerir este processo, esta é uma questão também de âmbito sociológico, na medida em que envolve uma dimensão cultural relevante que condiciona fortemente o seu desenvolvimento. É, além disso, uma questão tecnológica, uma vez que hoje são os sistemas de informação o suporte de excelência para dados, informação e conhecimento, como catalisadores dos processos comunicacionais, que rapidamente podem ser divulgados e partilhados potenciando o progresso do conhecimento colectivo.

Os sistemas de informação funcionam, portanto, como factor facilitador da comunicação organizacional, para a troca de ideias, experiências, simplificando e promovendo o trabalho em equipa, o qual deve exceder as meras relações hierárquicas. Estes sistemas, cada vez mais, possibilitam além do suporte quanto aos processos de produção, o suporte às competências da organização (Serrano, 2003).

A *Intranet* é, em particular, uma ferramenta já com bastante divulgação nas empresas de média e grande dimensão, como refere Maurício (2006).

Esta tem fortes potencialidades no âmbito da gestão do conhecimento organizacional, uma vez que por um lado é capaz de utilizar a tecnologia *Web*, realizar a interface com os utilizadores, viabilizar o acesso partilhado e abrangente independentemente da localização geográfica, podendo, nomeadamente aceder-se através de equipamentos móveis. De facto, a *Intranet*, como advoga o mesmo autor, corresponde a um factor determinante na melhoria do conhecimento organizacional.

O processo de criação do conhecimento organizacional é um dos temas fulcrais da temática da gestão do conhecimento. Não sendo, porém, este, o âmbito deste estudo científico, é no entanto, importante referir pequenos aspectos relacionados com este tema.

Assim, é essencial considerar que a criação do conhecimento pode realizar-se a três níveis, indivíduo, grupo, organização. Mas, encarando um sentido estrito, como a organização em si mesma não existe sem indivíduos é nestes que reside a capacidade final de criação do conhecimento. Deste pressuposto, encara-se, os grupos e a organização como fonte de estímulo e suporte das actividades criadoras dos indivíduos, fornecendo e fomentando contextos adequados à produção de conhecimento, de forma a integrá-lo à *posteriori* nas suas estruturas, ou redes para amplificar e disseminar em última instância. O conhecimento gerado fica incorporado na organização em produtos, serviços, e sistemas, através do diálogo, partilha de experiências e observação (Maurício, 2006; Serrano, 2005).

Os trabalhadores podem designar-se, deste modo, como trabalhadores do conhecimento, sendo características destes, como refere Maurício (2006), um maior envolvimento, maior responsabilidade, autonomia - *empowerment* – e compromisso com os resultados das organizações onde se inserem.

Cabe aos gestores organizar e direccionar, o conhecimento gerado, neste processo individual, após análise do interesse desse conhecimento para a organização.

Esta gestão do processo de conhecimento organizacional passa, por saber o que se sabe, isto é, tornar o conhecimento criado disponível para as pessoas que precisam de aceder a esse conhecimento, no momento em que dele efectivamente precisem. Assim como refere Maurício (2006), mencionando Davenport e Pruska (1998), “é importante não só tipificar esse conhecimento, mas também localizá-lo dentro da organização no momento certo e torná-lo acessível à pessoa certa”.

A partilha, e o conhecimento partilhado, constituem um processo através do qual um recurso é fornecido por uma parte e recebido por outra, o que implica a existência de um emissor, um receptor e o fornecimento de informação enquadrada. Deste modo, o conhecimento como recurso, cresce constantemente e não se deprecia, passa sim por um processo de incremento imparável (Serrano, 2003).

O conhecimento, desta forma, passa do indivíduo para conhecimento de grupo e posteriormente a conhecimento organizacional. Uma barreira muitas vezes verificada a esta transmissão passa pelo poder e controlo que o conhecimento individual proporciona, não fomentado, deste modo, a partilha de uma forma natural. O conhecimento é, portanto, um recurso competitivo, de cada um

dentro da organização. Para contornar esta situação ameaçadora à partilha do conhecimento, é necessário motivar individualmente cada colaborador a divulgar o seu conhecimento, através por exemplo, do reconhecimento de que este é detentor de determinado conhecimento e que a sua transmissão é considerada uma mais-valia para a organização. Outro exemplo, pode ser uma associação positiva entre a partilha do conhecimento, o reconhecimento e o avanço consequente na carreira.

Maurício (2006), mencionando Sveiby (1997), refere que existem três factores importantes que influenciam a partilha do conhecimento: a confiança, o sentido de comunidade e a congruência de valores. Este último passa pela necessidade da presença de uma congruência de valores entre o colaborador e a sua organização. Se os valores individuais estiverem em consonância com os da organização, assim se verificará uma maior participação na partilha do conhecimento organizacional.

Tendo em conta estes é importante reflectir que a necessidade do conhecimento organizacional implica um armazenamento, organização e acessibilidade desse mesmo conhecimento, na medida em que, deste modo, é possível recorrer “à biblioteca” do conhecimento organizacional, quando se depara com um problema, evitando “inventar a roda” todas as vezes que se enfrenta determinada situação. Esse repositório de conhecimento deverá servir como memória organizacional (Almeida 2003; Maurício, 2006).

Depois de introduzidos os conceitos de dados, informação e conhecimento, após distinguir conhecimento individual, conhecimento de grupo e de conhecimento organizacional, importa salientar o papel da *intranet* como ferramenta de gestão e do conhecimento.

Antes de alcançar este nível comunicacional é fundamental compreender que a causa desta evolução advém da turbulência dos tempos, manifestada pela necessidade de adaptabilidade das organizações e dos seus colaboradores de forma a fazer face à necessária velocidade na transmissão e recepção de informação, derivado da globalização dos mercados, exigência de actuação num mundo competitivo e internacionalizado, considerando ainda, o pressuposto que o cliente é a peça mais importante em todo o processo de negócio de uma organização, sendo a focalização na satisfação deste e das suas expectativas, que se cinge a vida organizacional (Almeida, 2003).

Neste sentido, as tecnologias de informação têm acompanhado a evolução, de forma a permitirem a gestão do conhecimento, constatando-se por isso uma mudança crucial quanto à cultura organizacional.

O desafio constante para as organizações, corresponde à integração e gestão destes aspectos: pessoas, tecnologias de informação, conhecimento, e inovação. Tendo por base que as mudanças organizacionais, tiveram sempre várias causas, uma delas, e a que interessa salientar neste estudo, corresponde à criação e crescimento das novas Tecnologias de Informação (TI), como factor de cariz promotor de mudança e inovador (Maurício, 2006).

Neste sentido e como esquematizado por Souza (2000), podem-se considerar três fases diferentes de mudança nas organizações, que se apresentam na tabela 4. A primeira fase caracterizada pela eficiência operacional, constituída pelo *Back Office*. Nesta insurgiu-se a implementação dos computadores como forma inovadora e ferramenta eficaz de cálculo. Nesta fase estes não afectavam os processos de tomada de decisão e o impacto global na organização era pequeno.

A segunda fase corresponde ao *Front Office*, em que a se caracterizou pela eficiência na gestão. Possibilitou o uso de redes e a cultura de grupo, dentro da organização. Os computadores massificaram-se nas organizações a todos os níveis, num sistema conhecido por “sistemas cliente-servidor”. Como refere Serrano (2005:17), nesta fase “as aplicações informáticas concentram-se em produtos dirigidos a aumentar a produtividade, tais como, processadores de texto, folhas de cálculo, edição electrónica e apresentação de gráficos.” No entanto, viria a revelar-se ainda um “*baby step*” perante a terceira fase que se avizinhava.

A terceira fase constitui o *Virtual Office*, que garante vantagem competitiva e se caracteriza essencialmente pelo amplo uso da *Internet* e do *world wide Web (www)*. As novas e superiores redes organizacionais, combinadas com a *Web*, constituíram um passo de gigante a nível qualitativo nos métodos, processos e formas de comunicação organizacionais. Entra-se na era do ciberespaço que tem uma enorme importância estratégica para as organizações. Este é configurado por quatro núcleos de conhecimento, que estão na base da sociedade de informação e do conhecimento, através da *intranet*, *extranet*, *internet* e *world wide Web*. Estes formatos de comunicação invadem gradualmente as organizações consoante a sua capacidade de inovação e visão (Maurício, 2006).

Tabela 4 - As três fases de mudança nas organizações determinadas pelas Tecnologias de Informação (TI)

| Fases TI | Designação | Objectivos Organizacionais | Tecnologia | Década | Processo de Tomada de decisão |
|----------|-----------------------|--|---|-----------|-------------------------------|
| 1.ª Fase | <i>Back Office</i> | Automatização de processos básicos | Micro-computadores | 1960-1970 | Não |
| 2.ª Fase | <i>Front Office</i> | Satisfação de necessidades de informação | PC | 1980 | Não |
| 3.ª Fase | <i>Virtual Office</i> | Influência na estratégia de negócio | <i>Internet, Intranet; Extranet WWW</i> | 1990 | Sim |

Fonte: Adaptado de Souza, 2000

Compreendido que está o caminho até à *Intranet*, é fundamental esclarecer as principais características da *intranet* organizacional, a sua evolução e possibilidades actuais, e discutir a relevância desta ferramenta na comunicação e partilha de informação, gerando conhecimento dentro da organização.

Assim, a *Intranet* pode caracterizar-se por inúmeras aplicações no seio da comunicação organizacional, nomeadamente servir de motor de busca, sistema de gestão de conteúdos, ferramentas de medição, integração de aplicações internas e de aplicações externas e fontes de dados, a arquitectura do próprio sistema, o desempenho e a segurança (Maurício, 2006; Serrano, 2005).

No entanto, a *Intranet* já sofreu inovações, tendo por base Maurício (2006), o grau de sofisticação da *Intranet* passa pela designação de *Intranet*, *Intranet Corporativa Básica* e *Intranet Corporativa Avançada*.

A *Intranet*, propriamente dita, constitui perante a organização um factor descentralizado que inclui trabalho administrativo, um motor de busca como mecanismo básico de rastreio, com documentos não categorizados e que raramente integra outras aplicações internas. Segurança através de *firewall* comum.

Já a *intranet corporativa básica* permite à organização a gestão centralizada, com fácil gestão dos privilégios dos grupos e utilizadores, um motor de busca melhorada, incluindo documentos estruturados e não estruturados, com muitos níveis de categorização ligados via *hyperlinks*, categorização automática, com *software* de gestão de projecto, mas apenas com calendarização e agendas. Disponível de modo limitado, sendo necessário um processo burocrático para efectuar carregamento de documentos, com pouca integração de aplicações internas, apenas a nível de *interface* e relatórios. Este nível de *intranet* suporta protocolos padronizados de autenticação e segurança.

A *Intranet* Corporativa Avançada possibilita à organização múltiplos níveis de gestão baseada na *Web*, altamente coordenada, com facilidade de análise do histórico de todos os eventos do portal corporativo. Permite uma personalização e uma busca avançada, com várias formas de categorização. Quanto à gestão de projectos viabiliza a integração de mensagens instantâneas e ambientes electrónicos de reunião, sendo amplamente disponível a indexação de documentos, sendo capaz de efectuar pesquisas em tempo-real através da interacção de muitos conteúdos e fontes de dados. A *Intranet* Corporativa Avançada suporta criptografia de alto nível e soluções adaptadas para a realidade organizacional (Maurício, 2006).

Tendo por base a definição anteriormente exposta, quanto à cultura organizacional, a implementação de sistemas de gestão do conhecimento constitui uma ferramenta transformadora dessa mesma cultura. Um dos ganhos da *Intranet*, referida por Maurício (2006), mencionando Ruppel (2001) relaciona-se com a melhoria da produtividade dos trabalhadores, com o aumento de motivação, com melhoria de processos de tomada de decisão e com a facilidade de partilha de informação. A cultura organizacional pode funcionar como catalisador ou inibidor da implementação de alguns projectos de tecnologias de informação e as respectivas transformações organizacionais associadas. A título de exemplo, os trabalhadores podem manifestar receio sobre a sua autonomia devido à implementação de novos processos de controlo. Assim, não basta analisar apenas a tecnologia de informação a implementar, sendo igualmente importante a cultura organizacional, pois vai interferir no sucesso da implementação de forma significativa.

Mais do que as ferramentas proporcionadas pela tecnologia o sucesso da transferência de conhecimentos através da comunicação depende em larga medida das normas, das motivações e dos padrões de comportamento que incorporam a cultura organizacional.

A qualidade e a comunicação nas organizações de saúde constituem, portanto, dois aspectos a considerar neste estudo científico, que conhece em seguida a sua parte mais operacional.

Apresentados que estão os aspectos do estado da arte, sem a pretensão de os esgotar, mas sim, com a humildade de quem sabe que muito fica por referir, submete-se, em seguida, a aplicação prática do estudo na organização de saúde em causa, o Hospital CUF Infante Santo.

Parte II

Aplicação Prática no
Hospital CUF Infante Santo

CAPÍTULO 3 - OPÇÕES METODOLÓGICAS

A fase metodológica operacionaliza o estudo, precisando o tipo de estudo, o meio onde se desenrola o estudo, a população, os métodos de colheita de dados, assim como as análises estatísticas utilizadas. Os resultados são resumidos.

Fortin (1999)

Após a definição do tema, da explanação da sua pertinência, da redacção do problema de partida e da definição de objectivos, impõe-se uma fase mais operacional do estudo que sucede toda a pesquisa realizada para a elaboração do Estado da Arte.

Este capítulo pretende, estabelecer considerandos quanto aos objectivos e metodologia aplicada, designadamente o tipo de estudo realizado, quais os sujeitos do estudo, qual o local da colheita de dados, a sua caracterização sumaria, relativamente a aspectos organizacionais e estruturais e a razão da sua escolha para implementação do estudo.

Explicita-se, igualmente, a construção do modelo de análise de partida, a estruturação do instrumento de colheita de dados e da matriz que está na base da análise dos dados. Pretende-se salientar, ainda, neste capítulo, os métodos e técnicas para aplicação do instrumento de colheita de dados.

3.1 Objectivos do Estudo

O recente crescimento exponencial relativamente à oferta de serviços no mercado da saúde, conduz a que as questões respeitantes à qualidade desses mesmos serviços, justifiquem a utilidade deste estudo, que beneficia tanto a organização de saúde objecto do estudo como os utentes que dela possam dispor.

Verifica-se uma crescente preocupação com as questões da qualidade na sociedade em geral e a comunidade de saúde não é excepção. Se esteve em tempos passados alheada desta matéria, começa a interessar-se pela garantia da qualidade nos mais diversos âmbitos (Sale, 2000).

As organizações de saúde motivadas pelo utente cada vez mais exigente, procuram além de satisfazer as suas necessidades exceder as expectativas destes, na tentativa urgente de fidelizar o cliente que pode cada vez mais escolher entre alternativas existentes no mercado. O nível crescente de concorrência impele as organizações para uma inquietação com temáticas, que até então consideravam para segundo plano e a competitividade torna-se agora uma realidade emergente.

É neste contexto que surge a necessidade do desenvolvimento deste trabalho, que pretende investigar o conhecimento, envolvimento e quais as necessidades sentidas, no âmbito da comunicação organizacional (interna e externa) por parte de todos os enfermeiros do Hospital CUF Infante Santo, de modo a melhorar a comunicação existente na organização e, simultaneamente, promover o alcance de uma gestão de qualidade e garantindo uma subsequente imagem global de excelência da organização.

Este corresponde ao objectivo primordial do trabalho de investigação em causa, que como defende Fortin (1999), o objectivo do estudo prende-se com a definição exacta daquilo que o investigador tem intenção de realizar no seu estudo e corresponde a um enunciado declarativo que indica a orientação da investigação, segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em causa. Os objectivos podem considerar-se como de exploração, identificação, descrição, e ainda de explicação ou de predição de fenómenos.

Para se cumprir esta premissa há a necessidade de investigar o conhecimento e envolvimento dos enfermeiros quanto aos conceitos e políticas de qualidade em desenvolvimento na organização, através do conhecimento que detêm da missão, visão, valores, objectivos e do conceito de qualidade em saúde da organização. Torna-se, igualmente pertinente compreender se

o trabalho que desenvolvem incorpora o conceito de qualidade, se consideram que o seu trabalho se integra num processo contínuo e se estão empenhados na sua formação permanente e se esta é imbuída de estímulos organizacionais.

Relativamente à vertente da comunicação impõe-se a indispensabilidade de identificar a necessidade de melhorar a comunicação interna dentro da organização de saúde, verificar quais os meios existentes para tentar compreender as mudanças necessárias para potencializá-los, ou se estes, por outro lado, são considerados suficientes.

O objectivo deste estudo passa, também, por identificar a existência de uma cultura de comunicação e diálogo, verificando-se paralelamente a percepção quanto à imagem global da organização. Ainda a nível de comunicação interna, pretende-se conhecer qual a receptividade quanto à emergência de inovações tecnológicas e de novos meios de comunicação, nomeadamente a *intranet* para a gestão do conhecimento organizacional. Identificar, deste modo, a necessidade da implementação da *intranet versus* os meios existentes, como as circulares internas.

Como afirma Fortin (1999:52), este estudo insere-se num “estudo de nível I: A descoberta e a Exploração de factores” em que se ambiciona, de uma forma despreziosa, a descrição, nomeação e caracterização de um fenómeno de forma a torná-lo conhecido, deste modo, enquadra-se numa investigação exploratório-descritiva, pois aspira descrever e caracterizar um fenómeno, de modo a torná-lo conhecido e simultaneamente pretende explorar mais a informação do que verificá-la.

Segundo a mesma autora (Fortin, 1999:163), um estudo descritivo: “consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta”.

Este tipo de estudo tem como vantagens ser realista e capaz de ampliar a compreensão do que é o mundo que nos rodeia. Como desvantagens, este tipo de estudo nem sempre apresenta a possibilidade de observar os dados objectivamente, a generalização fica limitada ao número de sujeitos implicados e a sua representatividade não permite o estabelecimento de relações causais.

Neste trabalho de investigação, pretende-se observar e descrever determinadas variáveis, não existindo manipulação destas, uma vez que se trata de uma investigação exploratório-descritiva, onde o investigador se limita a observar, a explorar e a descrever os fenómenos tal como se lhe apresentam.

Assim, com este trabalho, ambiciona-se ampliar o conhecimento relativo aos enfermeiros do Hospital CUF Infante-Santo, objecto do estudo, de forma que para o alcançar aplica-se um inquérito por questionário, baseado na pesquisa do Estado da Arte e que se dividiu em três grandes grupos:

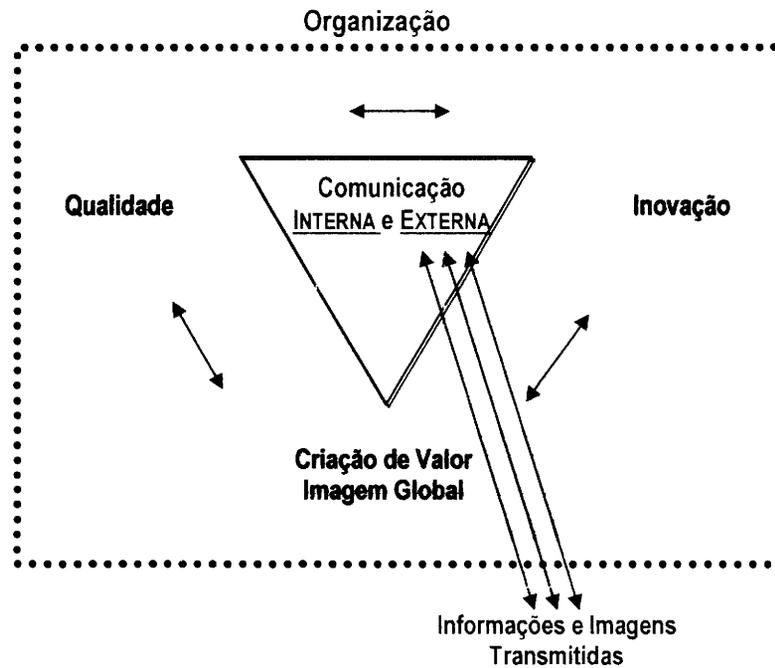
- Grupo I: Caracterização do respondente
- Grupo II: Qualidade em saúde
- Grupo III: Qualidade e Comunicação

Este é precedido de uma nota introdutória que enquadra o trabalho em causa, na medida em que, a investigadora não se encontra presente no momento do seu preenchimento e de alguma forma, pretende-se com este breve resumo minimizar quaisquer dúvidas relacionadas com o âmbito da investigação, para além de se abordar o tempo médio de preenchimento e de se garantir o anonimato.

Os questionários aplicaram-se a todos os colaboradores com a categoria de enfermeiros do Hospital CUF Infante Santo (HCIS) de todos os escalões hierárquicos. Procedeu-se à fusão num questionário das questões relacionadas com a temática da qualidade, tema transversal à dissertação (Grupo II) e de questões que se inserem no âmbito da comunicação organizacional (Grupo III).

Ultrapassadas estas questões estruturais, elabora-se um modelo guia que direcciona o questionário para os objectivos a atingir. Este modelo está apresentado na figura 9.

Figura 9 - Modelo de análise



**Diagnóstico do Conhecimento e
Envolvimento dos enfermeiros do HCIS nas
Políticas de Qualidade e Comunicação**

Legenda:

..... Organização corresponde a um Sistema Aberto

Aspecto do modelo que se pretende estudar: QUALIDADE,
COMUNICAÇÃO INTERNA E EXTERNA, INOVAÇÃO, CRIAÇÃO DE VALOR/IMAGEM GLOBAL

↔ Relação biunívoca e indissociável

Fonte: elaboração própria

O modelo apresentado considera a organização como um sistema aberto que, como mencionado anteriormente, é permeável com o meio em constante transmissão e recepção de informações, imagens, etc. A Comunicação Externa mais a Comunicação Interna de uma Organização medeiam um processo indissociável de Qualidade e Inovação que conduzem a um Processo de Melhoria Contínua e, simultânea e subsequentemente, à Criação de mais Valor através da percepção da Imagem Global da Organização, que tem como fim último a satisfação do cliente. Deste modo, impõem-se como as variáveis do estudo, exactamente, Comunicação, Qualidade, Inovação e Criação de Valor/Imagem Global, na perspectiva dos enfermeiros do Hospital CUF Infante Santo.

Este modelo desenvolve-se, portanto, de forma a conseguir estruturar o questionário que pretende conhecer a perspectiva dos enfermeiros do HCIS, tanto acerca do seu conhecimento e envolvimento nas Políticas de Qualidade da organização em que estão inseridos, como o seu conhecimento relacionado com os Processos de Comunicação Internos e Externos existentes e em que aspectos se poderiam melhorar, de modo a criar valor acrescentado perante um cliente cada vez mais exigente. O cliente deve ser considerado no princípio de toda e qualquer mudança, ou de todo e qualquer processo, pois é regulador da inovação e da própria organização, tal como refere (Santos, 2007; Cabral, 2007; Almeida, 2003).

Quer os profissionais quer os clientes, têm informação de fácil acesso, mas, isto não quer dizer que tenham conhecimento, e, que este conhecimento se transforme em competência.

Como, referido anteriormente no quadro de referência (Soares, 2007; Poupet, 2007; Ulrich, 2007; Silva, 2004), as organizações vão verificar que a inovação não se pode desenvolver de uma forma accidental, têm que captar, organizar e sistematizar o conhecimento. Sem a sistematização do conhecimento, uma ideia não se traduz em valor, em produto, ou serviço final com qualidade. A procura incessante de criação de valor concorre para uma imagem global de excelência da organização.

Inovar combina Ciência, Saber, Tecnologia, Motivação e Persistência, de forma a criar para a organização, um permanente desafio, a Qualidade e a Criação de mais valor.

3.2 Métodos e Técnicas

Apresentado e explicado o modelo de análise de base impõe-se a explanação do modo da sua aplicação em campo, quais as estratégias implementadas, motivações da sua escolha, e os meandros relacionados com a metodologia utilizada para chegar aos resultados e o conhecimento profundo do território do estudo

3.2.1 Fontes de dados secundários

A pesquisa e recolha de elementos relacionados com a temática abordada ao longo da investigação teve origem numa pesquisa bibliográfica pormenorizada, nomeadamente através da consulta de livros, artigos científicos, *Internet*, revistas da especialidade (qualidade e comunicação nas organizações e nas organizações de saúde, especificamente), documentação produzida e editada pela Universidade de Évora, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Escola Superior de Tecnologias da Saúde, Biblioteca da Associação Portuguesa da Qualidade, Universidade Católica de Lisboa, dissertações de mestrado, teses de doutoramento e trabalhos variados sobre a aplicação de estudos no âmbito da qualidade.

A revisão da literatura efectuada permitiu o enquadramento conceptual do tema, a definição das palavras-chave, a definição do modelo de trabalho, da estrutura da matriz e da dissertação e a elaboração do questionários a aplicar à população alvo.

Todos os dados recolhidos se revelaram de extrema importância para o sucesso da investigação.

3.2.2 Metodologia de recolha de dados primários

Podem considerar-se duas metodologias para obtenção de dados primários. A comunicação e a observação. No método da comunicação é colocado um conjunto de questões a um indivíduo através da aplicação de um questionário, enquanto que, no método da observação, em que não se regista qualquer contacto pessoal com o indivíduo, apenas se faz a recolha da informação relativa aos comportamentos dos indivíduos referentes a uma situação, objecto, evento, etc.

Qualquer destes métodos apresenta uma grande variedade de formas e técnicas de apresentação todavia por se pretender comparar os resultados de todos os respondentes o método de recolha de informação será efectuada através da aplicação dos inquéritos por questionário.

Face ao exposto, para este estudo é utilizado o método da comunicação, utilizado apenas aquando da administração dos questionários. Este método considera-se rápido e versátil, implicando, geralmente, menos custos na sua utilização, obtendo-se através dele, uma boa

percentagem (pelo menos 50%), dos dados pretendidos. No entanto, os respondentes podem ser influenciados nas suas respostas, dependendo da sua boa vontade, sinceridade e memória para o que lhe é solicitado.

Na utilização de qualquer um dos métodos há que ter em atenção a concepção do instrumento criado (realizando o pré-teste) e, por último, a operação da recolha dos dados (recepção das respostas).

3.2.3 O questionário

Apesar das técnicas de investigação terem evoluído, o questionário continua a ser o instrumento de investigação social mais usado. Deve-se, ao facto de ser dos instrumentos mais económicos e não necessitar, para a sua aplicação, de uma equipa de técnicos especializados. A elaboração de um bom questionário não é tarefa elementar, pois deve ser um instrumento capaz de criar a informação necessária para responder aos objectivos previamente estabelecidos, colocando-se questões pertinentes aos inquiridos. Estes devem ser motivados e estimulados à cooperação aquando da sua distribuição, assumindo a comunicação inicial um carácter de extrema consideração.

Um questionário assume suma importância na definição do seu conteúdo e da sua forma, sendo o pré-teste a fase inicial para uma posterior elaboração da versão definitiva. Assim, para a sua concepção, primeiro procede-se à enunciação de questões, seguindo-se o processo de composição destas e, finalmente, a composição do questionário, num todo.

Na elaboração do questionário deve-se ter em consideração, requisitos gerais de qualidade, tais como: a sua relevância, interesse, importância e exaustão, a sua forma de apresentação e a eliminação do enviesamento. De forma a garantir, o mais possível estas características, assegurou-se o anonimato dos respondentes, optou-se por questões fechadas e abertas, consoante as perguntas. Deste modo, considera-se um questionário misto.

Como anteriormente foi referido, para a recolha de dados foi utilizado o instrumento de inquérito por questionário, que para Fortin (1999) se caracteriza por um conjunto de enunciados ou de questões que permitem avaliar as atitudes, ou opiniões, junto dos sujeitos, com o objectivo de colher informação factual, acontecimentos vivenciados, ou situações conhecidas pelos mesmos.

Utilizou-se o questionário porque permite, tendo por base Marconi (1990):

- Economizar tempo e obter um grande número de dados;
- Atingir um maior número de indivíduos simultaneamente;
- Obter respostas mais rápidas e mais precisas;

- Obter maior segurança, pelo facto de as respostas não serem identificadas e simultaneamente garantir o anonimato;
- Obter menor risco de distorção, dado que não se verifica influência do pesquisador;
- Responder com mais tempo e em hora mais favorável;
- Obter maior uniformidade na avaliação, derivado da natureza impessoal do instrumento.

Todavia, relativamente a este instrumento de pesquisa, há que estabelecer considerandos no que respeita às desvantagens:

- Não permite explicações de forma a evidenciar as causas;
- Impossibilita o auxílio ao inquirido na compreensão das questões, o que conduz, por vezes à não resposta a algumas perguntas (mesmo tendo sido feito o pré-teste para avaliação dessas mesmas questões e o pesquisador se encontrar na instituição diariamente e mostrado disponibilidade para qualquer esclarecimento);
- Devolução tardia que implica com a calendarização preconizada inicialmente;
- A diminuta percentagem de adesão por parte dos respondentes, mesmo tendo sido entregue o questionário pessoalmente à grande maioria dos colaboradores, ou aos chefes de cada serviço e tendo sido realizada a visita aos diversos serviços no período de distribuição dos questionários, no sentido de efectuar reforços quanto à necessidade de devolução do maior número de questionários para obtenção do maior número de dados.

Deve-se definir a forma de resposta (perguntas abertas ou não estruturadas, perguntas fechadas, estruturadas ou pré-codificadas, dicotómicas, escolha múltipla, escala), deste modo, as questões fechadas e de resposta estruturada representaram-se, essencialmente em questões dicotómicas, em que o indivíduo responde “Sim” e “Não” e questões em que as respostas podem provir de uma escala ou de um contínuo, tendo a investigadora optado por utilizar uma escala de cinco níveis, a escala de Likert. É um tipo de escala de resposta psicométrica sendo mais usada em pesquisas de opinião. A resposta ao questionário com esta escala, especifica o nível de concordância com a afirmação.

Na elaboração do questionário, a redacção das questões é uma das tarefas que se considera mais difícil, tendo a linguagem destas de ser clara, simples e adequada, sem ambiguidade, evitando orientar as respostas, ou propor alternativas implícitas, generalizações e estimativas e utilizar relatos positivos e negativos. Paralelamente, as questões ao serem construídas deverão ter como finalidade facultar informação ao investigador contribuindo para a obtenção da informação necessária, tendo presente a fidelidade e a validade das perguntas, com o fim último de responder aos objectivos a que este se propôs. A elaboração de uma matriz considerando

estes aspectos, adicionando as fontes que estão na base da elaboração das questões torna-se numa mais valia para o investigador.

Para além destes aspectos relacionados com o conteúdo, o sucesso da investigação pode depender da ordem de apresentação das questões no questionário e da definição da forma, ou seja, do *Layout* do questionário, uma vez que, podem condicionar um efeito positivo ou negativo nos resultados. Há que considerar o tipo de papel, letra, espaçamento entre questões, agradabilidade quanto à apresentação etc. podendo estes constituir factores decisivos na obtenção de um maior número de respostas impressionando de forma positiva ou negativa os respondentes. Tudo deve ser considerado, desde a sua apresentação, tipo de papel, etc., bem como o tamanho do questionário, que deve ser adequado à população a que se destina. Daí a necessidade de se conhecer bem a população alvo.

No sentido do questionário se redimir de algumas das desvantagens mencionadas e, no sentido de colmatar situações de difícil simplificação em respostas estruturadas, devido ao carácter complexo de determinadas definições, nomeadamente qualidade em saúde, como observado anteriormente neste trabalho, foi acrescentado, a título de enriquecimento do questionário, algumas questões abertas. Foi também proveitoso não fornecer opções aos respondentes quanto a questões tais como: missão, visão e valores, no sentido de obter a compreensão mais fidedigna do quão estão envolvidos nas políticas da organização, ou de como estas são transmitidas aos seus colaboradores enfermeiros, ou como essas informações são recepcionadas e integradas no seu trabalho, para desta forma se ter percepção de onde pode existir uma eventual falha de comunicação.

Estes dados referentes às questões de carácter aberto foram analisadas segundo os procedimentos de análise fenomenológica de Van Kaam, a explicar em seguida.

Nas respostas a questões abertas, o investigador apoia-se nos testemunhos dos sujeitos, tendo apenas acesso ao material que o indivíduo consente em fornecer. Estas questões para Fortin (1999), consistem num processo planificado e num instrumento, que exige, dos que o executam, uma grande disciplina.

Estas questões comportam três funções:

1. Servir de método exploratório;
2. Servir de principal instrumento de medida de uma investigação, ou;

3. Servir de complemento a outros métodos, para explorar resultados não esperados, validar os resultados obtidos com outros métodos ou aprofundar mais os resultados, que é o caso da investigação científica em causa.

No grupo de questões referentes à Qualidade em Saúde, realizaram-se sete questões onde se pretendia uma resposta aberta:

- Considera conhecer a Missão da Organização?
- Considera conhecer a Visão da Organização?
- Considera conhecer os Valores da Organização?
- Considera que contribui para a construção e manutenção da missão e visão da Organização?
- Considera conhecer os Objectivos do serviço onde desempenha a sua actividade profissional?
- Compreende qual a imagem que a organização pretende projectar?
- Tem presente o conceito de qualidade em saúde?

A questão que menciona o aspecto da imagem da organização insere-se igualmente na temática da comunicação.

No grupo de questões alusivas à Qualidade e Comunicação, efectuaram-se três questões para resposta aberta, deste modo, após a indicação se “SIM” ou “Não”, e caso a resposta seja afirmativa, pede-se ao enfermeiro que indique resumidamente de que forma:

- Considera que tem à sua disposição informação necessária para o excelente desempenho das suas funções?
- São-lhe transmitidas informações sobre os objectivos do serviço, onde desenvolve a sua actividade profissional?
- São-lhe transmitidas informações sobre os planos a curto e longo prazo do serviço, onde desenvolve a sua actividade profissional?

Estas estão directamente relacionadas com os objectivos a que o estudo se propõe. Segundo Fortin (1999:247), as perguntas abertas “deixam o sujeito livre para responder como entender (...) cria as suas respostas e exprime-as pelas suas próprias palavras”. Ainda segundo a mesma autora (1999:248), “as questões abertas têm a vantagem de estimular o pensamento livre e de favorecer a exploração em profundidade da resposta do participante”.

3.2.4 Pré Teste e Revisão do Questionário

Para se compreender se as perguntas elaboradas estão perceptíveis, se existe clareza e precisão dos termos, livres de ambiguidade e complexidade, se a ordem das questões faz sentido, se há questões que se repetem, ou se há perguntas supérfluas, se o inquirido corresponde aos propósitos do estudo, realizou-se um pré-teste.

Segundo Polit (1995:169), o pré-teste “constitui uma tentativa para que se determine, o quanto possível, se o instrumento está enunciado de forma clara, livre das principais tendências e, além disso, se ele solicita o tipo de informação que se deseja”.

O pré-teste permite, também, identificar e eliminar potenciais problemas, como questões “não conformes”. Essencialmente, pretende-se saber se as perguntas fazem sentido, se são compreendidas e se se obtém as respostas desejadas; se a codificação e categorização estão bem formuladas; se a sequência é lógica, a duração adequada e se as instruções são suficientes.

Podem considerar-se duas fases distintas no pré-teste de um questionário: a primeira relacionada com cada questão *per si* e a segunda relativa à totalidade do questionário e às condições de sua aplicação.

Considerando a falta de recursos, quer humanos quer financeiros para a execução de um processo moroso e dispendioso, optou-se por se suprimir a primeira fase referida anteriormente.

Uma vez assumidos os pressupostos anteriores e, ainda que sujeito a erros, decidiu-se avançar com todo o processo de recolha de informação.

Realizou-se um pré-teste a um enfermeiro de cada serviço de outra organização de saúde. Organização de características idênticas à organização de saúde onde se desenvolveu o trabalho e inclusive do mesmo Grupo, José de Mello Saúde e a enfermeiros de diferentes faixas etárias e com diferentes categorias profissionais.

Após a sua aplicação, foram detectadas algumas falhas, sendo neste sentido, desdobradas questões, outras eliminadas pela sua repetição e foi modificada a redacção de duas questões. Após as devidas rectificações, o questionário totaliza três grupos com 45 perguntas: Caracterização do Respondente, Qualidade em Saúde (27 questões) e Qualidade e Comunicação (18 questões).

3.2.5 Colheita de dados do estudo

Segundo o meio ou o local de realização, este estudo caracterizou-se como sendo de campo, na medida em que o objectivo é analisar a situação no local em que esta se produz de uma forma natural.

É, essencialmente, um estudo interpretativo e, por isso, centrado no indivíduo, uma tentativa de ler e compreender a perspectiva dos enfermeiros. Pode-se afirmar que se pretende compreender a realidade num dado momento e lugar.

Para a implementação em campo dos questionários, procedeu-se, inicialmente, à respectiva autorização por escrito, nomeadamente à Direcção de Enfermagem do hospital em questão (Apêndice1).

A colheita de dados para a realização do estudo efectuou-se no Hospital CUF Infante Santo. Este é um local que reúne características que permitem explorar o tema, porque é lá que se desenvolve a actividade profissional da investigadora.

Quanto à inserção em campo esta foi facilitada pelo facto de ser o meio em que a investigadora se integra e movimenta quotidianamente.

3.2.6 Métodos de Tratamento de Dados

O tratamento de dados obtidos quanto às questões de carácter fechado efectuou-se através da aplicação do sistema de suporte informático para análise de dados *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)*, que como o nome do programa indica, está apto para a análise estatística no âmbito das Ciências Sociais, apresentando-se no capítulo seguinte os resultados obtidos.

O tratamento dos dados colhidos, quanto às respostas abertas baseou-se nos procedimentos de análise fenomenológica, como mencionado.

Segundo Botelho (1994:20), a fenomenologia “ênfatiza o estudo da experiência pessoal e a compreensão da natureza da consciência humana desenvolvidos a partir do conceito de «realidades múltiplas»”. Ou seja, a fenomenologia estuda algo através da experiência pessoal, defendendo que a realidade depende das várias perspectivas do ser humano.

O método fenomenológico é um método de acesso aos fenómenos para procurar o seu fundamento. Como fenómeno entende-se a forma como os objectos e os acontecimentos aparecem. Segundo Botelho (1994:20), “não é a existência de objectos no mundo que constitui o interesse de primeira ordem para a fenomenologia, mas sim o como esses objectos aparecem”.

Este método de pesquisa considera, então, que a única fonte de compreensão do verdadeiro significado do fenómeno só poderá ser conseguida através da exploração da experiência descritiva do indivíduo.

Segundo Rodeia (1995), é através da análise das descrições realizadas pelos indivíduos que a essência do fenómeno é revelada, pois, para a fenomenologia, o mundo só se torna real através do nosso contacto com ele; a realidade é então subjectiva e depende da forma como cada um se posiciona no mundo e o perspectiva.

Quando o investigador reflecte sobre a experiência, tem de estar consciente que ele próprio tem as suas suposições e interpreta o fenómeno de acordo com a sua experiência e conhecimentos, não existindo uma única verdade. Como refere Botelho (1994:21), “o acesso à verdade é o problema de acesso à subjectividade humana”. Na análise fenomenológica, é, então, impossível estar completamente livre de vieses. Só desta forma se poderá permitir que o fenómeno se revele o mais próximo possível do que é.

Segundo Omerey (1983), citado por Botelho (1994:23), a fenomenologia “fornece um método que permite estudar a experiência humana como ela é vivida, incluindo a descrição dos significados que essas experiências têm para os indivíduos que participam nelas”. No método fenomenológico, os relatos dos sujeitos são os dados do estudo, que serão analisados para compreender o significado do fenómeno para os mesmos. Não se pretende encontrar relações causa-efeito, mas sim como é vivenciado determinado fenómeno pelos sujeitos.

Neste trabalho, a par do questionário com respostas fechadas, utilizou-se questões abertas que pretendem compreender mais além, ou seja, a experiência vivida dos enfermeiros quanto ao fenómeno da qualidade e da comunicação na organização de saúde em causa.

Spiegelberg (1976), citado por Botelho (1994:24), refere que, quando investigamos um determinado fenómeno, existem quatro operações essenciais: a redução, a intuição, a análise e a descrição:

- A redução é o processo através do qual se identificam todos os preconceitos e conhecimentos à priori acerca do fenómeno em estudo.
- A intuição é uma operação exigente, sendo necessário o olhar para a experiência de uma forma concentrada, profunda, não se deixando envolver a ponto de perder a capacidade crítica. Este é o processo de conhecer o fenómeno como o sujeito o descreve.
- A análise é o processo rigoroso de estudar os elementos e a estrutura do fenómeno, ou seja, é o exame geral da estrutura do fenómeno.
- Por fim, a descrição faz parte do intuir e do analisar correspondendo ao processo de afirmar a conectividade entre o fenómeno e tudo o que é denotado e conotado por este.

O método de análise fenomenológica tem sido interpretado de várias formas e por vários autores. Nesta investigação científica, optou-se por seguir os procedimentos de Van Kaam, tendo verificado que as actividades nomeadas por este autor, enquadram as operações essenciais descritas por Spiegelberg (1976), sendo elas:

1. Extrair expressões descritivas;
2. Identificar elementos comuns;
3. Eliminar aquelas expressões não relacionadas com o fenómeno;
4. Formular uma definição hipotética do fenómeno;
5. Aplicar a definição hipotética às descrições originais;
6. Identificar a definição estrutural.

Posto tal, tornou-se premente realizar várias leituras das respostas, inicialmente uma leitura flutuante, para abranger a compreensão do todo, seguida de uma leitura pormenorizada no sentido de captar, e analisar os dados obtidos. Através destas leituras, consegue-se extrair as expressões descritivas mais significativas, para, posteriormente, ser possível identificar os elementos comuns, elaborar a definição hipotética do fenómeno para cada questão e, por fim, identificar a definição estrutural do fenómeno. Todas estas etapas têm como fim último compreender o fenómeno em estudo.

Por expressão descritiva depreende-se ser uma afirmação que contém uma ideia acerca das experiências vividas. Identificam-se as expressões descritivas, seleccionam-se as expressões identificadas como as comuns, tornando-se estas as expressões descritivas do estudo, que para Bardin (1997), constituem as Unidades de Registo.

Para a transcrição das respostas e sua organização, foi fundamental redigi-las numa base de dados em EXCEL, de forma a sistematizar e obter uma leitura comparativa mais fidedigna. Assim apresentam-se estes dados sob a forma de tabelas com o número de vezes (Unidade de Enumeração) que a unidade de registo foi referida.

Para a consecução desta parte do trabalho, interessa dividir as expressões descritivas identificadas, de acordo com os objectivos e perguntas previamente determinados.

Posto estes considerandos, ambiciona-se que este instrumento (que se apresenta em seguida, bem como a sua matriz que esteve na sua génese), o inquérito por questionário, desencadeie resultados que permitam alcançar dados que promovam mudanças organizacionais, no sentido da melhoria contínua e da subsequente prestação de um serviço que se quer sempre melhor.



3.3 Questionário e Operacionalização em Campo

Antes da realização da análise dos resultados e tendo por base o modelo, foi possível a criação da matriz que se apresenta seguidamente na tabela 5 e que está na base do questionário elaborado (ver Apêndice 2).

Tabela 5 - Matriz do Questionário

| CATEGORIAS | SUB-CATEGORIAS | FONTES BIBLIOGRÁFICAS | QUESTÕES | OBJECTIVOS |
|-------------------------------|--|---|---|---|
| CARACTERIZAÇÃO DO RESPONDENTE | Caracterização Pessoal e Profissional | | <ul style="list-style-type: none"> • Género • Idade • Estado Civil • Habilitações Literárias • Tempo de exercício Profissional • Tempo de exercício Profissional na presente instituição • Categoria Profissional • Vínculo laboral com a instituição | Caracterizar os respondentes relativamente à idade, género, habilitações literárias, tempo de exercício profissional total e na instituição, categoria profissional e vínculo laboral, de forma a averiguar se estas características influenciam a opinião dos respondentes às diversas questões seguintes. |
| | | | <p>QUALIDADE EM SAÚDE</p> <p>Conceitos</p> <p>Missão Visão Valores</p> | Complementaridade de modelos Deming (1986), Juran (1988) e Crosby (1979) |
| Objectivos | <ul style="list-style-type: none"> • Considera conhecer os Objectivos do serviço onde desempenha a sua actividade profissional? • Os objectivos do serviço existem e são delineados com a participação da enfermagem, por isso são conhecidos e cada um compreende como eles se relacionam com o seu trabalho. | Pretende-se conhecer de que forma os enfermeiros estão envolvidos com a organização, nomeadamente através do conhecimento dos objectivos do serviço e se são chamados a participar na sua elaboração. | | |

| CATEGORIAS | SUB-CATEGORIAS | FONTES BIBLIOGRÁFICAS | QUESTÕES | OBJECTIVOS |
|------------|--------------------|--|---|--|
| | Qualidade em Saúde | Mezomo (2001) Sale (2000) e Hesbeen (2001) | <ul style="list-style-type: none"> • Tem presente o conceito de qualidade em Saúde? | <p>Investigar o conhecimento relativamente ao conceito de qualidade em saúde já transmitido pelo departamento da qualidade do Hospital Cuf Infante Santo (HCIS).</p> |
| | Formação | Chiavenato (1989-2004), Druker (1985-2000) e Ishikawa (1995) | <ul style="list-style-type: none"> • Considera que possui os conhecimentos e as competências necessárias para aderir a um projecto de mudança, que vise a Qualidade do serviço prestado? • A enfermagem frequenta regularmente formações, de modo a ampliar e aperfeiçoar os seus conhecimentos. • A organização disponibiliza formação que possibilite aos seus enfermeiros oportunidade de actualização dos seus conhecimentos. • A participação em congressos e cursos fora da organização é incentivada. • A implementação de inovações, de novas tecnologias e de novas formas de comunicação é precedida de uma formação adequada. • A organização preocupa-se em adequar o tempo necessário à integração dos enfermeiros recém-admitidos ou transferidos ao desempenho da sua actividade profissional. • As pessoas que possuem mais informação e conhecimento partilhável são aquelas que mais contribuem com conteúdos para as formações. | <p>Pretende-se conhecer de que forma se realiza a formação dentro e fora do HCIS: como os enfermeiros estão empenhados na sua formação, se a organização está envolvida disponibilizando acções de formação e sensibilizando para a sua frequência fora da organização.</p> <p>Pretende-se perceber qual o investimento feito na formação, especificamente quando se introduzem novos meios tecnológicos ou comunicacionais, ou quando ocorre uma integração no serviço.</p> <p>Pretende-se verificar a disponibilidade dos enfermeiros para a partilha de informação nas formações.</p> |

| CATEGORIAS | SUB-CATEGORIAS | FONTES BIBLIOGRÁFICAS | QUESTÕES | OBJECTIVOS |
|------------|---|--|---|--|
| | <p>Qualidade em Saúde relação com a Organização, Processo de Melhoria Contínua, na perspectiva dos enfermeiros</p> | <p>Biscaia (2000), Imperatori (1999), Lopes e Capricho (2007) e Ordem dos Enfermeiros (2004)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Tem presente o conceito de qualidade em Saúde? • Na prestação de cuidados, os enfermeiros têm em conta a qualidade do serviço prestado ao utente. • Se um enfermeiro errar, as consequências verificam-se a vários níveis do processo de atendimento do utente, implicando outros profissionais e outros serviços. • A enfermagem preocupa-se em identificar problemas e resolvê-los de acordo com a sua prioridade. • O enfermeiro tem consciência de que os serviços que presta ao utente fazem parte de um processo de atendimento contínuo. • Verifica-se cooperação entre os diferentes serviços de enfermagem e os diferentes sectores da organização. • Na enfermagem, as mudanças são discutidas antes de serem implementadas. • A enfermagem participa nos projectos relacionados com a Gestão da Qualidade da Organização. • Na enfermagem, o profissional tem condições de aproveitar todo o seu potencial para a melhoria do trabalho. • Os enfermeiros estão envolvidos na elaboração de projectos relacionados com a melhoria contínua na prestação de cuidados. | <p>Pretende-se investigar qual a avaliação que fazem dos cuidados de enfermagem que praticam, por meio da compreensão do conceito de qualidade preconizado pela organização, se o trabalho que desenvolvem incorpora esse conceito de qualidade e se o consideram como integrante de um processo contínuo, encadeado e que se implica.</p> <p>Pretende-se indagar se os enfermeiros consideram que estão envolvidos nas políticas de mudança e de qualidade da organização.</p> <p>Pretende-se compreender se os enfermeiros participam em projectos de gestão de cuidados de qualidade.</p> |

| CATEGORIAS | SUB-CATEGORIAS | FONTES BIBLIOGRÁFICAS | QUESTÕES | OBJECTIVOS |
|--|---|---|---|--|
| <p style="text-align: center;">COMUNICAÇÃO NA ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE HCIS</p> | <p style="text-align: center;">Comunicação Interna</p> | <p>Chiavenato (1989-2004), Ciampitt (2001), Eltz (1995), Pina e Cunha (2004) e Serrano (2005)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Existem canais de comunicação interna, suficientes, para a disseminação da informação, dentro da organização? • São-lhe transmitidas informações sobre os objectivos do serviço, onde desenvolve a sua actividade profissional? • Considera que tem à sua disposição informação necessária para o excelente desempenho das suas funções? • São-lhe transmitidas informações sobre os planos a curto e longo prazo do serviço, onde desenvolve a sua actividade profissional? • São-lhe transmitidas informações sobre o resultado do seu desempenho em relação ao seu serviço? • Considera que a organização tem uma cultura de comunicação e diálogo? • Considera que tem à sua disposição os meios tecnológicos necessários para o bom desenvolvimento do seu trabalho? | <p>Pretende-se saber qual a opinião dos enfermeiros quanto à comunicação interna existente no HCIS, nomeadamente, quanto aos canais de comunicação existentes; quanto à informação disponibilizada relativamente a organização (objectivos do serviço, planos a curto e longo prazos); e relativamente aos resultados do desempenho profissional.</p> <p>Pretende-se identificar se existe, na perspectiva dos enfermeiros uma cultura de comunicação e diálogo.</p> <p>Pretende-se identificar se existem os meios tecnológicos necessários ao bom desenvolvimento do trabalho.</p> |
| | <p style="text-align: center;">Inovação</p> | <p>Antonelli (2003), Comissão Europeia (2007), Druker (1985-2000) e Hamel (1994)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Considerava útil a implementação da <i>intranet</i> na instituição? • Na enfermagem, as inovações são bem recebidas, nomeadamente novas tecnologias e novos meios de comunicação sendo estes incorporados no serviço, gradualmente. • A implementação de inovações, de novas tecnologias e de novas formas de comunicação é precedida de uma formação adequada. | <p>Pretende-se conhecer qual a receptividade à implementação da <i>intranet</i> na organização.</p> <p>Pretende-se verificar a receptividade a inovações no âmbito da comunicação e das novas tecnologias.</p> <p>Pretende-se compreender o nível de formação dispensado aquando da implementação de novas tecnologias e de novas formas de comunicação e quais as mudanças necessárias para potencializar os meios já existente, na perspectiva dos enfermeiros do HCIS.</p> |

| CATEGORIAS | SUB-CATEGORIAS | FONTES BIBLIOGRÁFICAS | QUESTÕES | OBJECTIVOS |
|------------|----------------------------|--|--|---|
| | Imagem Global | Almeida (2003), Martins (2007) e Vilar (2006) | <ul style="list-style-type: none"> • Compreende qual a imagem que a organização pretende projectar? • A enfermagem conhece os clientes da organização. • A enfermagem preocupa-se com a opinião dos utentes/significantes, dando espaço para estes a verbalizarem, de forma a promover a melhoria do atendimento. • Para além de pretender satisfazer as necessidades dos utentes, os enfermeiros procuram exceder as expectativas destes. | <p>Pretende-se perceber a concepção dos enfermeiros quanto à imagem global que o Hospital CUF Infante Santo (HCIS) transmite.</p> <p>Pretende-se compreender se os enfermeiros conhecem o cliente da organização.</p> <p>Pretende-se averiguar se os enfermeiros têm a preocupação de satisfazer as necessidades e de exceder as expectativas do cliente.</p> |
| | O Papel da <i>Intranet</i> | Desantis e Monge (1999), Jeffries (1992), Maurício (2006), Serrano (2005) e Souza (2000) | <ul style="list-style-type: none"> • Considerava útil a implementação da <i>intranet</i> na instituição? • A implementação da <i>intranet</i> na organização de saúde viria a alterar de forma positiva a comunicação e partilha de conhecimento organizacional. • Quando procura informação na <i>intranet</i> da JMS, sobre serviços da organização, normalmente encontra o que pretende. • Se existissem iniciativas de cursos de <i>e-learning</i> através da <i>intranet</i>, em temas relevantes para a estratégia da organização e/ou para a melhoria das competências pessoais, estaria interessado em frequentá-los. • Se existissem comunidades de partilha de informação na <i>intranet</i>, sobre temas importantes para a organização e/ou para a(s) função(ões) que desempenha, inscrever-se-ia nelas. • Se existissem comunidades de partilha de informação na <i>intranet</i>, estaria disposto a contribuir de forma regular com a informação e conhecimento que possui. | <p>Pretende-se identificar a necessidade da implementação da <i>intranet</i>.</p> <p>Pretende conhecer-se a satisfação dos enfermeiros relativamente à <i>intranet</i> do grupo JMS</p> <p>Pretende-se conhecer o grau de envolvimento que os enfermeiros estariam dispostos a ter, relativamente à participação em formações e comunidades de partilha por meio da <i>intranet</i>, como receptores e / ou emissores de informação e conhecimento.</p> |

| CATEGORIAS | SUB-CATEGORIAS | FONTES BIBLIOGRÁFICAS | QUESTÕES | OBJECTIVOS |
|------------|---------------------|---------------------------------------|--|--|
| | Circulares Internas | Clampitt (2001) e Pina e Cunha (2004) | <ul style="list-style-type: none"> • Quando precisa de informação actualizada e fidedigna, continua a pesquisar nos dossiers de circulares internas, revistas e dossiers de informações do serviço. • A comunicação através das circulares internas é vista de uma forma positiva, dentro da organização. • Considera que as circulares internas são uma forma de partilha de conhecimento organizacional. • Recorre às circulares internas quando necessita de obter informações acerca da organização. | <p>Pretende-se saber se os enfermeiros recorrem aos dossiers de circulares internas e de informações dos serviços quando precisam de informações actualizadas e fidedignas.</p> <p>Pretende-se conhecer se as circulares internas são vistas de forma positiva.</p> <p>Pretende-se identificar se as circulares internas constituem uma forma de conhecimento organizacional e se respondem às necessidades de informação no HCIS.</p> |

Fonte: Elaboração própria

No momento da distribuição dos questionários foi apresentado e explicado o estudo e quais os seus objectivos, às respectivas Enfermeiras Chefe dos serviços e aos colegas de enfermagem que estavam presentes no momento. Afixou-se, por serviço, a nota introdutória do questionário e junto um envelope opaco, para que após o preenchimento dos questionários, os enfermeiros tivessem onde colocá-los. Assim, a participação estava acessível, visível e o anonimato garantido para todos. Foi disponibilizado um questionário por enfermeiro, de forma a poder controlar o nível de participação por serviço e para que não ocorressem repetições, nem excesso nem deficit de questionários distribuídos por serviço.

A colheita dos dados para a investigação científica decorreu no período de 1 de Setembro a 31 de Outubro de 2008, em todos os serviços do Hospital CUF Infante Santo (HCIS), desde que existissem enfermeiros nesses serviços, pois a eles se dirigia o trabalho.

O tempo previsto para o preenchimento do questionário foi de cerca de 25 minutos, sendo o resultado do cálculo da média dos tempos apresentados pelos enfermeiros no pré-teste.

Designados estes aspectos importa sistematizar que a recolha dos dados efectuou-se através da distribuição e recolha dos questionários em todos os serviços do HCIS, para todos os enfermeiros da organização. A escolha da população prende-se com o facto de ser a mesma categoria

profissional da investigadora e, por isso, ser o objecto de interesse da mesma a nível profissional. Simultaneamente, nas organizações de saúde, é certo que é a nível operacional que se conseguem as mudanças ou a adesão a políticas e, por isso, é a nível operacional que interessa medir e avaliar a introdução de novas políticas, neste caso de qualidade e de meios de comunicação.

Tendo a noção exacta que é a categoria profissional mais vinculada à instituição e com maior peso, na medida em que, a classe clínica, na maioria das organizações, e no caso particular das organizações de saúde privadas não está vinculada, surgindo automaticamente a classe de enfermagem e eventualmente dos técnicos de meios auxiliares de diagnóstico como os grupos mais representativos da organização, podem por isso, funcionar como catalisadores ou detonadores quanto às políticas implementadas. Estes colaboradores ao se encontrarem vinculados, conseqüentemente, terão interesse acrescido na organização, deste modo, é fulcral investigar e colocar o nosso enfoque nestes colaboradores perante as organizações.

Assim, a população para o trabalho de investigação em causa são todos os enfermeiros do HCIS, tendo, deste modo, sido distribuído o inquérito por questionário a 164 enfermeiros. É sobre este universo, que constitui a totalidade dos casos, que se pretende tirar conclusões.

Em estatística, a população é sinónimo de universo, isto é, a colecção completa de unidades (por exemplo, pessoas, organizações, registos, acontecimentos), a partir do qual se podem constituir amostras. Tendo por base Fortin (1999:373) corresponde a um “conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação”. Estas características definem-se por um conjunto de critérios, nomeadamente todos os elementos alvo da investigação constituem a equipe de enfermagem do HCIS, de todos os serviços e a todos os níveis hierárquicos.

Normalmente, os trabalhos de investigação não conseguem incidir sobre a totalidade da população, quando se trata, por exemplo de uma população de um país, de uma cidade, etc, não sendo, no entanto, esta a situação. Porém, quando tal acontece, a solução passa então por trabalhar sobre uma pequena porção desta realidade, constituindo-se uma amostra, que deve ser representativa do universo em estudo. Esta amostra deverá funcionar como um retrato a uma escala reduzida do universo total para se chegar a conclusões gerais (Fortin, 1999).

Neste estudo, não se pretende realizar qualquer técnica de amostragem, na medida em que, se ambiciona atingir toda a população. Todavia, o mesmo não se operacionalizou, devido ao número de questionários recolhidos ter sido menor, relativamente aos distribuídos. Deste modo, obteve-se

89 respostas aos 164 questionários distribuídos, que representa 100% da população, equivalendo a uma taxa de eficácia de 54,2%. A tabela 6 mostra as frequências absolutas e relativas referentes aos questionários distribuídos e recolhidos, junto dos enfermeiros do Hospital CUF Infante Santo.

Tabela 6 - Frequências absolutas e relativas referentes aos questionários distribuídos e recolhidos no HCIS

| Serviços | Questionários distribuídos (Total enfermeiros ²) | | Questionários recolhidos | | Taxa de resposta por serviço(%) |
|---|--|-------------|--------------------------|-------------|---------------------------------|
| | Quantidade | Porcentagem | Quantidade | Porcentagem | |
| Bloco Operatório I | 30 | 18.3% | 20 | 22.4% | 66.6% |
| Bloco Operatório II | 16 | 9.8% | 13 | 14.6% | 81.3% |
| Qtos Particulares0 | 7 | 4.3% | 7 | 7.8% | 100% |
| Qtos Particulares1 | 15 | 9.1% | 3 | 3.3% | 20% |
| Qtos Particulares2 | 16 | 9.8% | 6 | 6.7% | 37.5% |
| Unidade Cuidados Intensivos Polivalente | 22 | 13.4% | 10 | 11.2% | 45.4% |
| Atendimento Permanente | 13 | 7.9% | 10 | 11.2% | 76.9% |
| Serviço Enfermaria | 21 | 12.8% | 5 | 5.6% | 23.8% |
| Serviço de Gastroenterologia | 9 | 5.5% | 7 | 7.8% | 77.7% |
| Serviço de Hematologia Oncologia | 8 | 4.9% | 6 | 6.7% | 75% |
| Serviço de Hemodinâmica | 2 | 1.2% | 0 | - | 0% |
| Serviço de Gamma-Knife | 1 | 0.6% | 0 | - | 0% |
| Consultas Inf.Santo | 2 | 1.2% | 2 | 2.2% | 100% |
| Central Esterilização | 2 | 1.2% | 0 | - | 0% |
| Total | 164 | | 89 | | 54.2% |

Fonte: Elaboração própria

Seguidamente, e de forma a conhecer a organização de saúde onde se desenvolveu o trabalho de investigação, proceder-se-á a uma breve caracterização do Hospital CUF Infante Santo.

² Enfermeiros onde têm o seu horário correspondente à sua actividade principal (se trabalharem noutra instituição em simultâneo não respondem no segundo local de trabalho)

3.4 Caracterização do Hospital CUF Infante Santo

O Hospital CUF Infante Santo nasceu de uma política social de um conjunto de empresas, que tinham em comum uma cultura de responsabilidade social, fazendo deste objectivo uma condição essencial do seu desenvolvimento, pelo que a sua abertura, a 10 de Junho de 1945, pretendia beneficiar e dar assistência médica aos funcionários das fábricas do Barreiro e de Lisboa. CUF significa, exactamente, Companhia União Fabril.

Este hospital viveu a par de todas as alterações políticas e históricas do país, sendo que se até ao 25 de Abril o seu objectivo principal era o de prestar assistência aos empregados e familiares destes das empresas CUF, não o da obtenção de lucros, depois daquela data isso alterou-se. O hospital assume-se como prestador de serviços a quem deles necessite, entidades públicas ou privadas. Muitos são os cognomes atribuídos: Clínica Modelo, Clínica de Luxo, Clínica da Moda, Clínica dos Mellos, Clínica das Inovações. A questão a assinalar é que nesse momento e nos decénios seguintes quem adocesse poderia recorrer a esta organização.

Um ciclo de cinquenta anos fecha-se e outro sem tempo previsível abre-se. O hospital foi redimensionado, reequipado, para encarar com solidez uma nova época.

Durante anos, foi líder no sector privado em Portugal e com uma rentabilidade aceitável, como menciona Maria Amélia de Mello Bleck, neta de Amélia de Mello (Cardoso, 1995). Aquando da abertura, oitenta por cento da sua actividade era canalizada para fins sociais, actualmente com a generalização dos seguros de saúde, uma das alterações mais significativas, os beneficiários destes seguros têm aqui uma possibilidade de serem tratados. A Império foi a primeira seguradora que criou o Seguro de Saúde Hospital CUF. A saúde custa cada vez mais dinheiro, apesar dos diagnósticos se efectuarem cada vez mais rapidamente, através dos meios tecnológicos inovadores e eficazes. É de mencionar que o primeiro intensificador de imagem do país, foi aqui montado, em 1963, o mesmo aconteceu com o primeiro TAC (Tomografia Axial Computarizada), em 1979, existindo posteriormente apenas outro em Lisboa, e, em 1982, avançou-se para a ecografia.

Como acontece habitualmente em qualquer organização viva, atenta à evolução da sociedade e da ciência, o Hospital CUF não é excepção, sendo obra dos profissionais que nele trabalham ao longo dos anos e que asseguram a continuidade e a qualidade dos serviços prestados.

Actualmente, o hospital é uma referência de qualidade de cuidados hospitalares privados em Portugal, com uma vasta oferta de serviços:

A nível de Internamento:

- 186 camas distribuídas por quartos individuais, divididos em três pisos (Piso0, Piso1 e Piso2) e serviço de enfermaria (localizado no Piso1);
- Bloco Cirúrgico central com 8 salas, uma sala de pensos e uma sala de Litotricia (Piso 2e Piso3);
- Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP), localizada no Piso3.

A nível de Ambulatório:

- 37 Gabinetes de consultas de especialidade. Meios de Diagnóstico: Análises, RX, TAC, Ecografia, Ressonância Magnética, Mamografia, Osteodensitometria e Angiografia;
- Exames Especiais: Cardiologia, Gastroenterologia, Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Pneumologia e Urologia;
- Tratamentos: Medicina Física e de Reabilitação, Quimioterapia, Hemodiálise e Litotricia;
- Check-Up.

Atendimento Permanente (Urgência)

- O Serviço de Atendimento Permanente (Urgência) do Hospital CUF Infante Santo (HCIS) encontra-se disponível 24 horas por dia para Atendimento Geral (com médicos de Medicina Interna, encontrando-se disponíveis, por chamada, as restantes especialidades).

Após mencionado os meios disponíveis, evidencia-se que o Hospital CUF Infante Santo conta com a colaboração da equipa multidisciplinar composta por:

- 250 Médicos
- 164 Enfermeiros
- 69 Técnicos
- Cerca de 200 Administrativos /Outro pessoal

O grupo de saúde, José de Mello Saúde trabalha em complementaridade com outras unidades de que dispõe como o Hospital CUF Descobertas, as Clínicas CUF Belém, Alvalade, Cascais e Torres Vedras e o Instituto de Diagnóstico e Tratamento sediado no Porto. O Hospital CUF Porto é um projecto já com pedra lançada e com data de abertura prevista. Outro projecto em implementação é o Hospital CUF Braga.

Tem uma parceria estabelecida no ano transacto com o Grupo Hospitalário de Quirón. Esta parceria estratégica tem como principal objectivo a criação de um grupo ibérico de referência na prestação privada de cuidados de saúde, com ampla cobertura territorial nas principais cidades dos dois países (Portugal e Espanha).

Os hospitais CUF assumem a Qualidade como valor fundamental e estão empenhados em garantir a sua melhoria contínua. Neste sentido, são definidos os níveis de serviço da sua prestação e avaliada a satisfação dos clientes através de mecanismos específicos. Os hospitais CUF comprometem-se a desenvolver acções de actualização contínua e valorização dos seus colaboradores. A par destas acções, preocupam-se com o lançamento de programas de Gestão da Qualidade e com o desenvolvimento de processos de reconhecimento externo, afectando os recursos adequados aos objectivos fixados nestes programas. De acordo com os princípios estabelecidos na política da qualidade dos hospitais CUF, o Hospital CUF Infante Santo (HCIS) tem promovido a certificação das suas unidades através do reconhecimento externo do Sistema de Gestão da Qualidade. Neste sentido, o HCIS está certificado nas unidades de Imagiologia, Blocos (Bloco 1 e Bloco 2), Central de Esterilização, Farmácia, Medicina Física e de Reabilitação, Hospital de Dia de hemato-Oncologia, Litotricia, Lasik, Exames de Cardiologia e Exames de Otorrinolaringologia, Consultas Externas, Centro de Gastrenterologia, no Atendimento Permanente, UCIP (Unidade de Cuidados Intensivos) e Exames de Pneumologia e de Neurofisiologia e Internamento, de acordo com as normas ISO 9001:2000 - Sistemas de Gestão da Qualidade.

A José de Mello Saúde, com o apoio da Fundação Amélia da Silva de Mello, atribui anualmente o Prémio Qualidade, com o fim de contribuir para o progresso e melhoria da qualidade dos serviços de saúde das unidades José de Mello Saúde. Desta forma, foram distinguidos os Trabalhos com o Prémio Qualidade 2005: "Melhoria Contínua na Unidade de Medicina Física e de Reabilitação" da Unidade de Medicina Física e de Reabilitação do Hospital CUF Descobertas e com a Menção Honrosa os trabalhos do Centro do Coração dos Hospital CUF Infante Santo "A Quantificação da Morbilidade após Cirurgia Cardíaca. Relevância para a Gestão do Risco Clínico e para a Promoção da Qualidade" e o trabalho "Integrar sem Fronteiras" da unidade do Hospital Fernando Fonseca.

No Hospital CUF Infante Santo (HCIS) todos os colaboradores estão vocacionados e orientados para assistir o utente através de uma ampla oferta de serviços que abrange quase todas as especialidades médicas e cirúrgicas. A qualidade do corpo médico, a forte componente técnica e humana do quadro de enfermagem, de técnicos e de auxiliares, a disponibilidade da mais avançada tecnologia ao serviço da medicina e a concepção de uma organização especialmente pensada para melhor prestar os cuidados, caracterizam a missão do HCIS, unidade hospitalar privada que pretende vir a assumir um lugar de destaque na prestação de cuidados de saúde no país.

Assim, como Missão pretende:

"Promover a prestação de serviços de saúde com os mais elevados níveis de conhecimento, respeitando o primado da vida e o ambiente, através do desenvolvimento do capital intelectual das organizações, numa busca permanente do melhor" (www.josedemellosaude.pt).

Como Visão:

"Ser líder na Península Ibérica na prestação de cuidados de saúde de qualidade distintiva, suportada numa rede integrada de unidades de elevada performance, tanto no sector privado como no sector público, e apresentando opções de crescimento em mercados internacionais seleccionados." (www.josedemellosaude.pt)

A cultura da organização e os valores constituem o padrão de comportamento a respeitar e expressar na gestão das actividades. Os colaboradores do Grupo, nomeadamente os enfermeiros, têm responsabilidades acrescidas na consolidação desta identidade, através da concretização da missão e visão, e pela afirmação e transmissão, pelo exemplo, dos valores (www.josedemellosaude.pt):

- Respeito pela dignidade e bem-estar da pessoa, que se materializa em nunca esquecer que a pessoa pelo facto de estar doente e carecer de ajuda, não perde nenhum dos direitos que configuram a sua dignidade e não pode ser discriminada; e assumir, colectiva e individualmente, o compromisso de tudo fazer para assegurar, em primeiro lugar o melhor interesse da pessoa.
- Desenvolvimento Humano, que passa pelo crescimento paralelo com a organização, apostando no contributo individual para a obtenção de resultados colectivos; acreditar nas pessoas, na crença de que são princípio e o fim do sucesso, o elemento que faz a diferença; e na prática é fazer do dia a dia um permanente desafio de troca de experiências.
- Competência que se verifica através da concretização de acções com determinação e rigor; na realização com emblema do conhecimento e da experiência; é ter vontade de ser exemplo e de demonstrar que em cada dificuldade existe uma oportunidade.
- Inovação, é sobretudo o espírito de antecipação e capacidade para gerar alternativas e soluções novas; Diz-se que alguém é inovador quando surpreende, cria; É um ser profissional que pela sua originalidade, estimula os que o rodeiam.

Qualquer pessoa pode utilizar os serviços do Hospital CUF Infante Santo, sendo que o hospital celebrou acordos com as mais diversas entidades públicas e privadas, de modo a disponibilizar aos seus associados ou clientes o acesso aos serviços.

Após a devida exposição do instrumento aplicado e da organização de saúde onde este foi aplicado, o capítulo seguinte apresentará os resultados e, posteriormente, as conclusões mais importantes e pertinentes ao estudo. Salienta-se que em apêndice apresenta-se resumidamente a caracterização do HCIS onde se evidenciam os centros de especialidades médicas, a localização e acessibilidades, a estrutura do edifício e serviços existentes (ver Apêndice 3).

CAPÍTULOS 4 - RESULTADOS

“No que diz respeito à interpretação dos Resultados, ela implica tomar em consideração todos os aspectos da investigação: o processo inicia-se por um exame profundo dos resultados tendo em vista o problema em estudo, o quadro de referência, o objectivo de investigação, e o conjunto de decisões que foram tomadas no momento do estabelecimento da fase empírica”.

Fortin (1999, 329)

O quarto capítulo deste trabalho de investigação incorrerá na explanação dos resultados obtidos, resultantes da aplicação do inquérito por questionário na instituição. Após a exposição dos resultados, fez-se a análise dos mesmos e extraem-se considerações finais e conclusões que se apresentam de seguida.

Procedeu-se apenas a uma análise estatística descritiva, cujo teor se caracteriza pela abordagem de dois grandes temas qualidade em saúde e comunicação numa organização de saúde efectuando-se primeiramente, uma caracterização pessoal e profissional dos colaboradores alvo da presente investigação.

Neste sentido, realizou-se uma análise de frequências absolutas, a transformação de resultados em valor de percentagem (frequências relativas), uma análise estatística descritiva, tendo por base as médias dos factores analisados, o cruzamento de vários factores e alguns testes de variância. Apresenta-se o teste ANOVA, seguindo-se o teste de Duncan, e de homogeneidade de variâncias através do teste de Levene, para as variáveis em que foi possível aplicar e aquelas onde se tornava pertinente a sua aplicabilidade.

4.1 Caracterização Pessoal do Hospital CUF Infante Santo

Neste ponto, apresentam-se os dados relacionados com a caracterização a nível pessoal, nomeadamente o sexo, idade, habilitações literárias e a nível profissional como o tempo de exercício profissional, o tempo de exercício na presente instituição, a categoria profissional e o regime contratual, tendo como ponto de partida que a população inquirida por este estudo de investigação foram todos os enfermeiros do Hospital CUF Infante Santo que corresponde a uma total de 164, sendo que apenas 89 responderam ao questionário, não existindo, deste modo uma técnica de amostragem.

Destes 89, foi eliminado da análise somente 1 questionário, pois não foram respondidas a maior parte das perguntas, sendo por isso considerado um questionário inválido. Apesar de num outro questionário, também se verificar uma elevada percentagem de “não resposta”, este questionário não foi invalidado, porque o inquirido respondeu a mais de 50% das questões. Por conseguinte, muitas vezes afigura-se 87 ou 88 respostas totais obtidas.

Ao longo da exposição dos dados obtidos, apresentam-se as frequências em valores absolutos e em valores relativos (percentagem), considerando o total de respostas para cada questão e não em relação aos 100%. Deste modo, a amostra obtida corresponde a 54,2% da população e foi conseguida através do número de enfermeiros que respondeu casualmente, não existindo qualquer opção ou interferência por parte da investigadora. Pretendia-se atingir a população na sua totalidade.

A caracterização da organização corresponde a um factor fundamental para o desenvolvimento e empreendimento de qualquer estudo, para permitir a manipulação dos dados, à *posteriori*. Evidencia-se, simultaneamente, crucial, para a organização, na medida em que, para uma boa gestão dos recursos humanos torna-se necessário conhecer os profissionais, sob risco de incorrer numa gestão de risco. Os recursos humanos da organização de saúde, podem contribuir para o desenvolvimento da qualidade dessa mesma organização. Directa ou indirectamente, prestam cuidados de saúde aos clientes, podendo resistir ou apoiar a introdução de novas práticas, por controlarem a sua actividade e estarem mais próximo da realidade. Assim, uma gestão empenhada na qualidade, nunca pode esquecer que são as pessoas (os colaboradores) que

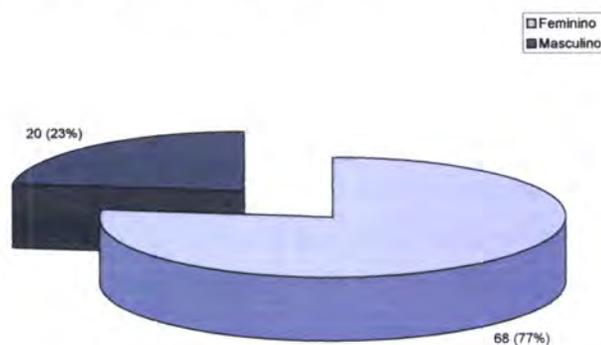
fazem a qualidade sendo elas que possuem a melhor posição para influenciar a qualidade dos serviços prestados.

Não se pretende com uma simples caracterização, alcançar o cerne da cultura organizacional, nem os dados obtidos têm essa pretensão, uma vez que também não constitui um objectivo deste estudo científico, todavia, é do conhecimento de determinadas características dos actores da organização e da sua relação com o sistema organização que se consegue compreender de que forma estes se influenciam mutuamente.

GÉNERO

A amostra obtida consiste principalmente em 68 do sexo feminino (77%) com idades compreendidas entre os 23 e 61 anos. E em 20 indivíduos do sexo masculino, o que representa 23% da amostra, como apresenta o gráfico 1. Esta discrepância não é surpresa na medida em que, a profissão do ramo da enfermagem, até há poucos anos era dominada por profissionais do sexo feminino. A história da enfermagem conhece o seu princípio com Florence Nightingale no século XIX, aquando da Guerra da Criméia e teve durante anos a dedicação de ordens religiosas de freiras católicas. Esta situação começou gradualmente a reverter apenas nos finais do século XX sendo notória, apenas neste século, uma progressiva apresentação de enfermeiros do sexo masculino nesta categoria profissional.

Gráfico 1 - Frequências absolutas e percentagem por sexo



IDADE

A variável idade foi categorizada em 8 classes de forma a ser mais fácil trabalhar os dados. A média de idades é de 33,5 anos com 50% (Mediana) dos enfermeiros com idade inferior a 29

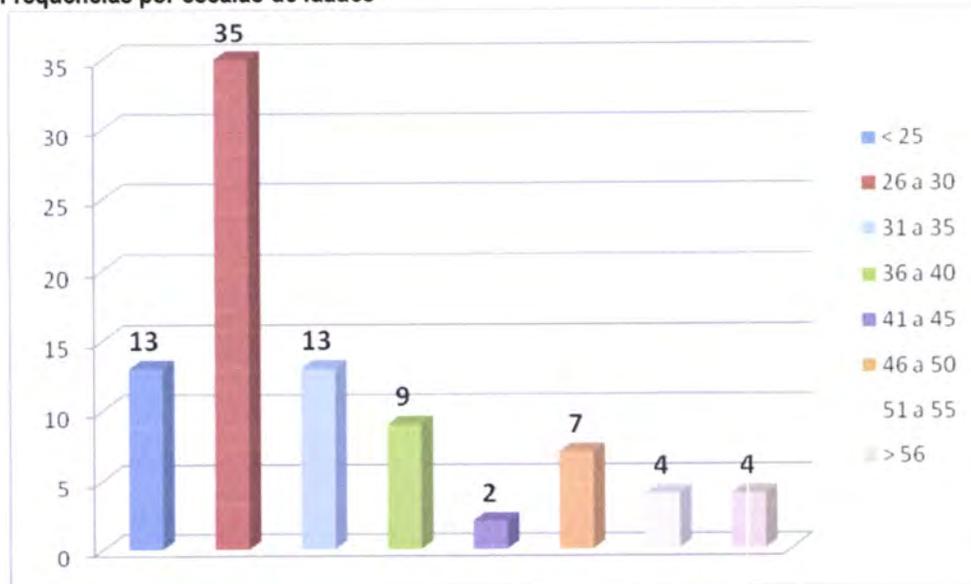
anos. Sendo a idade mínima de 23 e o valor máximo 61, entre os enfermeiros respondentes. Como se pode observar no *output* do SPSS apresentado na tabela 7. A classe modal é o dos “25-30 anos” pois observa-se, pelo gráfico 2 que é a classe de maior frequência (35 indivíduos), sendo a moda (a maior frequência) a idade dos 27 anos, seguindo-se as classes dos “menos de 25 anos” e dos “30 aos 35 anos.” Também, se conclui que mais de 50% dos enfermeiros possuem menos de 30 anos. Para uma análise estatística mais pormenorizada, posteriormente, neste trabalho, efectuou-se uma nova categorização das classes de idades.

Tabela 7 - Estatísticas descritivas para caracterização da amostra: factor idade

| | | |
|----------------|---------|----------|
| N | Valid | 87 |
| | Missing | 1 |
| Mean | | 33.5172 |
| Median | | 29.0000 |
| Mode | | 27.00 |
| Std. Deviation | | 10.17505 |
| Variance | | 103.532 |
| Sum | | 2916.00 |
| Percentiles | 10 | 24.0000 |
| | 20 | 26.0000 |
| | 25 | 26.0000 |
| | 30 | 27.0000 |
| | 40 | 27.0000 |
| | 50 | 29.0000 |
| | 60 | 32.0000 |
| | 70 | 35.6000 |
| | 75 | 38.0000 |
| | 80 | 41.2000 |
| | 90 | 50.4000 |

Esta situação pode dever-se ao facto de ter sido revisto o acordo de empresa, à cerca de 5 anos, na organização e, por conseguinte, foram vários os enfermeiros que se reformaram, sendo o quadro da organização preenchido por novos enfermeiros, resultando nestes dados. Esta reestruturação dos recursos humanos, foi também facultada pela opção emergente dos recém-formados pelas instituições de saúde do sector privado para início de carreira, na medida em que, o sector público se encontra com os quadros fechados há mais de oito anos e sem as garantias de outrora quanto ao vínculo vitalício. A coadjuvar esta situação, deve-se o facto da carreira de enfermagem não se encontrar actualmente definida no sector público, observando-se, assim, uma maior procura destes profissionais a esta organização.

Gráfico 2 - Frequências por escalão de idades



ESTADO CIVIL

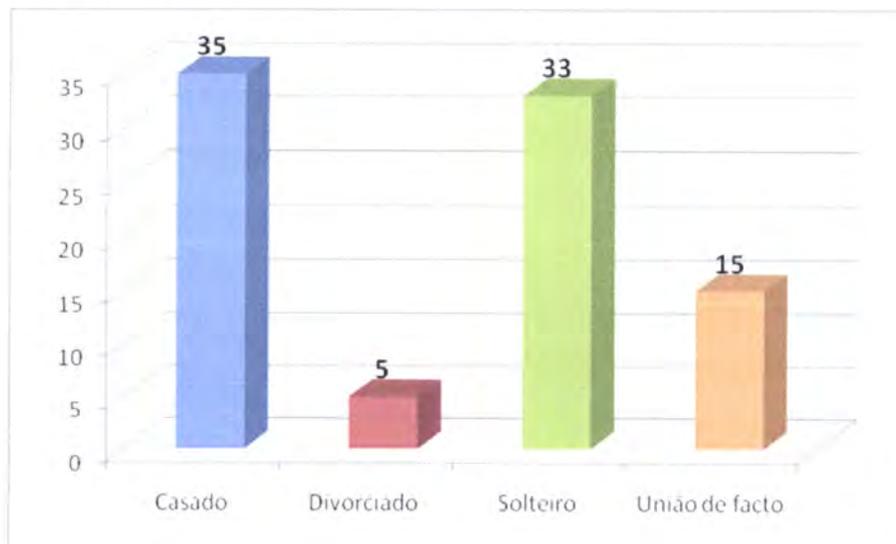
Verifica-se que 35 dos enfermeiros são casados (39% das respostas), o que corresponde à maioria seguindo-se os solteiros (38% das respostas, que corresponde a 33 dos respondentes). Restam ainda 5 divorciados e 15 com situações de união de facto. A elevada frequência de solteiros deve-se seguramente à baixa média de idades dos enfermeiros. (ver tabela 8.)

Tabela 8 - Frequências e % por Estado Civil

| Estado Civil | | | | |
|----------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Casado | 35 | 39.8 | 39.8 | 39.8 |
| Divorciado | 5 | 5.7 | 5.7 | 45.5 |
| Solteiro | 33 | 37.5 | 37.5 | 83.0 |
| União de facto | 15 | 17.0 | 17.0 | 100.0 |
| Total | 88 | 100.0 | 100.0 | |

Gráficamente, apresenta-se do seguinte modo (ver gráfico 3):

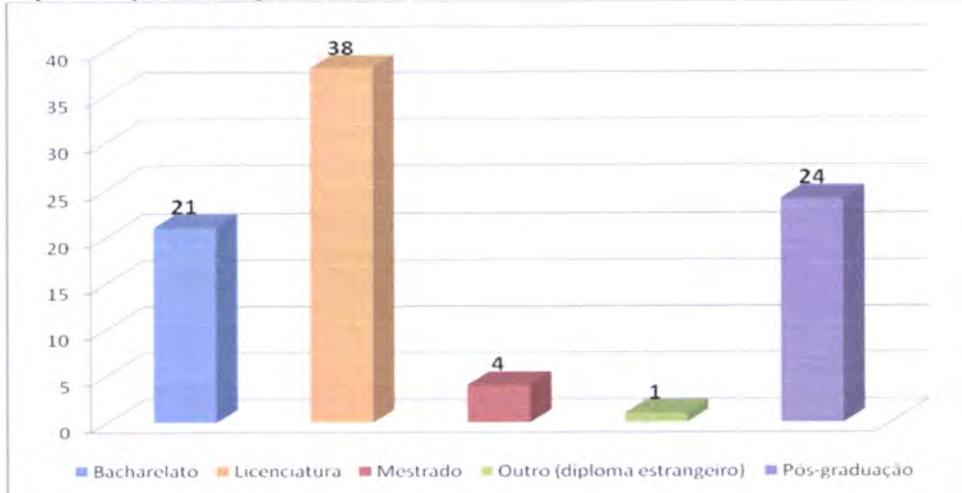
Gráfico 3 - Frequências por Estado Civil



HABILITAÇÕES LITERÁRIAS

O gráfico 4 revela que a maioria dos enfermeiros afirma ter o grau de licenciado (43%), seguindo-se os pós-graduados com 27% e 24% são bacharéis. Este resultado também pode ser explicado pela elevada frequência de enfermeiros com menos de 30 anos, uma vez que, a estes corresponde o título de licenciado, pois o primeiro Curso de Licenciatura em Enfermagem iniciou-se em 1999. Assim, são enfermeiros que começaram a exercer funções em 2003 com a idade de 22 anos enquadrando agora a faixa etária de menos de 30 anos. A grande maioria destes prosseguiu estudos e possui agora o grau de pós-graduados e de mestrados, pois os enfermeiros com mais idade e apenas com o título de bacharéis não podem prosseguir estudos sem realizar primeiro a licenciatura através do curso de complemento em enfermagem de modo a conseguir a equivalência, situação declarada pela Ordem dos Enfermeiros como uma necessidade premente no intuito de uniformização de competências.

Gráfico 4 - Frequências por habilitações literárias

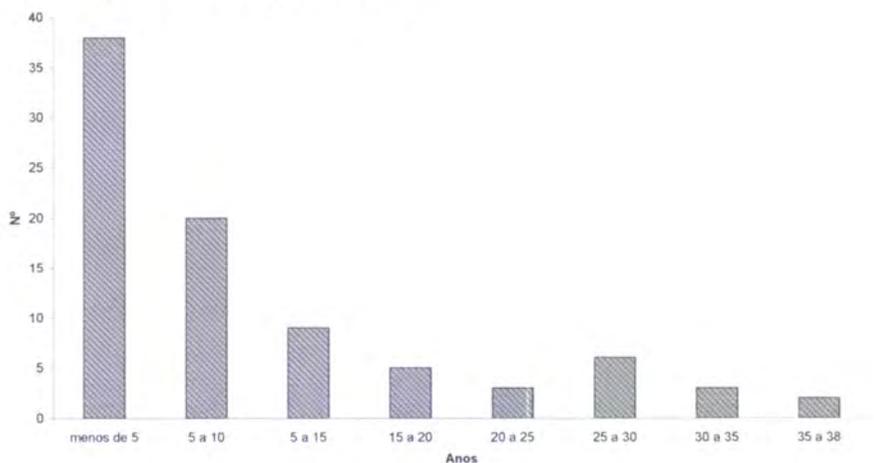


A profissão de enfermagem possui, deste modo, profissionais com uma panóplia de habilitações diversificadas, estando no activo e a exercer funções lado a lado, enfermeiros mais e menos diferenciados.

TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL

O gráfico 5 permite observar que o maior número de enfermeiros tem como tempo de exercício profissional "menos que 5 anos" que corresponde a 43%, seguindo-se a classe entre "5 a 10 anos". Estão incluídos nestas duas classes 58 enfermeiros de um total de 88. Esta situação corrobora o facto já verificado que os profissionais de enfermagem têm menos de 30 anos de idade.

Gráfico 5 - Frequência por escala de tempo de exercício profissional

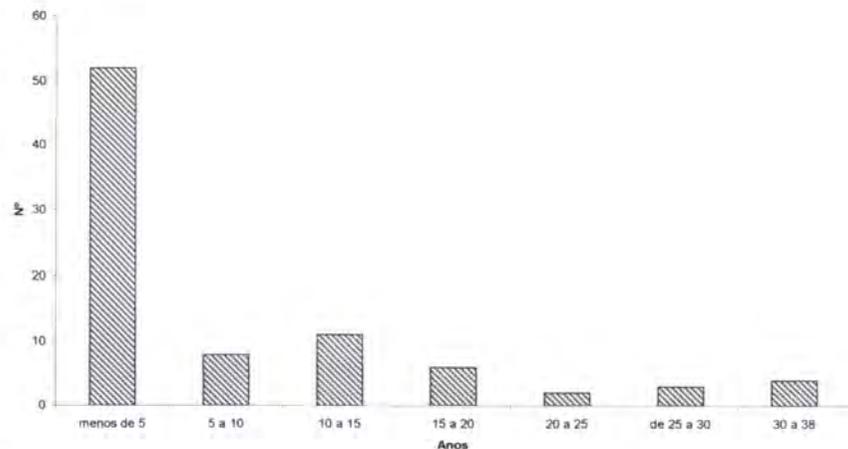


TEMPO DE EXERCÍCIO

PROFISSIONAL NA ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE HCIS

Na análise do gráfico 6 observa-se que 52 enfermeiros (65% das respostas) têm menos de 5 anos de tempo de exercício profissional no HCIS, sendo essa a classe modal. Esta situação é um reflexo, por um lado da idade dos profissionais de enfermagem ser jovem, e por outro lado, que para muitos representa a primeira e única organização de saúde em que trabalharam. Este gráfico é um espelho do apresentado anteriormente e só por isso foram demonstrados os dois, sendo desta forma mais visível a sua sobreposição.

Gráfico 6 - Frequência por escala de tempo de exercício profissional na Organização de Saúde HCIS



Se por um lado o facto de não trabalharem na organização há muito tempo pode ser considerado prejudicial quanto ao envolvimento na mesma, nas suas políticas de qualidade, no conhecimento que detém desta, nomeadamente da missão, visão, valores, objectivos (que vamos observar à *posteriori* nesta análise de resultados), por outro, o facto de só terem trabalhado nesta organização não lhes permite efectuar comparações e, por isso, ser passível “vestir a camisola” da mesma, na medida em que é a realidade que conhecem.

N opinião da investigadora, dada a sua experiência profissional e observação do meio em que se insere, desde 2005 que se verifica que a procura de um primeiro emprego na área de enfermagem se tornou complexa, facto verificado pelo crescente número de currículos entregues, sem admissão na organização, e pelo número de currículos enviados por cada enfermeiro para várias instituições de saúde, tanto no sector público ou privado, na vertente de cuidados primários, secundários ou terciários, que ficam sem resposta. Este pode, igualmente, constituir um ponto forte para encarar a organização como o local que lhe possibilitou um primeiro trabalho e por isso estar mais disponível para as mudanças necessárias que promovam a melhoria dos serviços.

CATEGORIA PROFISSIONAL

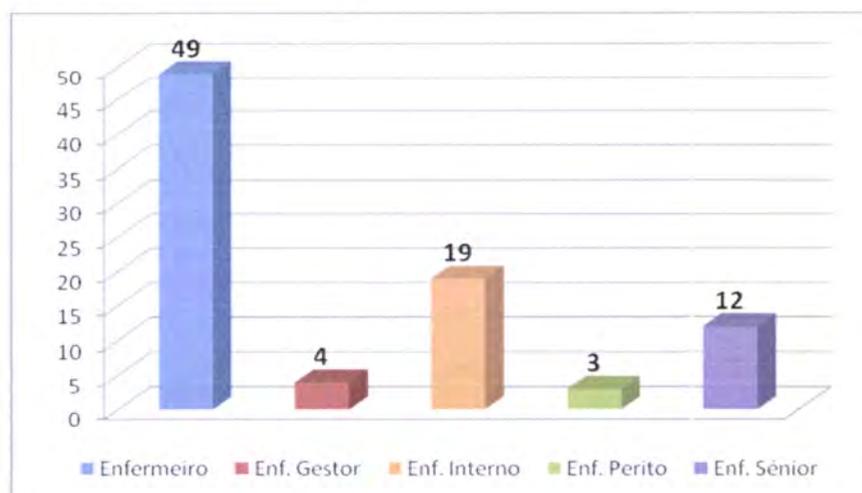
De acordo com a informação recolhida dos questionários e apresentada na tabela 9, a maior parte da amostra (56% das respostas) são enfermeiros indiferenciados e que estão na instituição há mais de dois anos, na medida em que, após dois anos, cumpre-se a passagem automática de enfermeiro interno a enfermeiro, passagem essa que é a única automática, todas as outras devem-se a nomeação após avaliação com o enfermeiro gestor de cada serviço.

Tabela 9 - Frequência e percentagem por categoria profissional

| Categoria Profissional | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|------------------------|------------|---------|---------------|--------------------|
| | Enfermeiro | 50 | 56.8 | 56.8 |
| Enf. Gestor | 4 | 4.5 | 4.5 | 61.4 |
| Enf. Interno | 19 | 21.6 | 21.6 | 83.0 |
| Enf. Perito | 3 | 3.4 | 3.4 | 86.4 |
| Enf. Sénior | 12 | 13.6 | 13.6 | 100.0 |
| Total | 88 | 100.0 | 100.0 | |

A representação gráfica apresentada em seguida no gráfico 7, permite a observação esquemática das frequências.

Gráfico 7 - Frequência por categoria profissional



Constata-se ainda o baixo número de Enfermeiros peritos e gestores que responderam. Quanto aos peritos é difícil de controlar quantos existem no HCIS, sendo difícil de equacionar, portanto, se a percentagem é grande ou pequena e, por conseguinte, quais as causas possíveis para a pouca

adesão ao preenchimento do questionário. Os enfermeiros gestores, são um grupo menor, pois um pode gerir até 3 serviços, existindo ao todo 8, para os 14 serviços do HCIS. Deste modo, 50% dos gestores responderam ao questionário, o que se considera satisfatório.

VÍNCULO LABORAL COM A INSTITUIÇÃO

A apreciação dos resultados relativamente ao regime contratual estabelecido com a organização, como se observa pelo gráfico 8, evidencia que 56 dos enfermeiros (63% das respostas) pertencem ao quadro. Esta situação pode dever-se ao já mencionado no tópico das idades, ou seja, devido à saída de alguns enfermeiros, abriam vagas para o quadro da instituição.

O número de enfermeiros que não pertence ao quadro ou que está numa situação precária é relevante (37% das respostas).

Gráfico 8 - Frequência por tipo de vínculo com a instituição



Observadas as características da amostra, foi sentida a necessidade de cruzar o factor idade com outras variáveis, na medida em que, parece ser um factor de influência sobre as restantes.

Assim, foi possível cruzar as classes de idade relativamente à caracterização pessoal com as variáveis da caracterização profissional, tais como as habilitações literárias, o vínculo laboral e com a categoria profissional.

Tabela 10 - Classe de idades e habilitações literárias

| | Bacharelato | | Licenciatura | | Mestrado | | Outro (diploma estrangeiro) | | Pós-graduação | |
|---------|----------------|------------|----------------|------------|----------------|------------|-----------------------------|------------|----------------|------------|
| | N ^a | % Repostas | N ^a | % Repostas | N ^a | % Repostas | N ^a | % Repostas | N ^a | % Repostas |
| <25 | 0 | 0.0% | 11 | 12.5% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 2 | 2.3% |
| 26 - 30 | 2 | 2.3% | 15 | 17.0% | 2 | 2.3% | 0 | 0.0% | 16 | 18.2% |
| 31 - 35 | 3 | 3.4% | 6 | 6.8% | 0 | 0.0% | 1 | 1.1% | 3 | 3.4% |
| 36 - 40 | 4 | 4.5% | 3 | 3.4% | 1 | 1.1% | 0 | 0.0% | 1 | 1.1% |
| 41 - 45 | 1 | 1.1% | 1 | 1.1% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% |
| 46 - 50 | 4 | 4.5% | 1 | 1.1% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 2 | 2.3% |
| 51 - 55 | 3 | 3.4% | 0 | 0.0% | 1 | 1.1% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% |
| > 56 | 4 | 4.5% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% |

Deste modo, após a apreciação da tabela 10 reconhece-se uma predominância de indivíduos com menos de 35 anos com licenciatura, verificando-se ainda um elevado número de enfermeiros com idades compreendidas entre 26 e 30 anos com pós-graduação. Os enfermeiros com mais de 50 anos, responderam maioritariamente que detinham o diploma de bacharéis. Estes dados corroboram a análise prévia.

Tabela 11 - Classe de idades e tipo de vínculo laboral

| | Não Pertence ao Quadro | | Outro (recibos verdes) | | Outros (contrato com termo certo) | | Pertence ao quadro | |
|--------------|------------------------|------------|------------------------|------------|-----------------------------------|------------|--------------------|------------|
| | N ^a | % Repostas | N ^a | % Repostas | N ^a | % Repostas | N ^a | % Repostas |
| <25 ANOS | 12 | 13.6% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 1 | 1.1% |
| 26 - 30 ANOS | 5 | 5.7% | 3 | 3.4% | 2 | 2.3% | 25 | 28.4% |
| 31 - 35 ANOS | 4 | 4.5% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 9 | 10.2% |
| 36 - 40 ANOS | 1 | 1.1% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 8 | 9.1% |
| 41 - 45 ANOS | 1 | 1.1% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 1 | 1.1% |
| 46 - 50 ANOS | 2 | 2.3% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 5 | 5.7% |
| 51 - 55 ANOS | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 4 | 4.5% |
| > 56 ANOS | 1 | 1.1% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 3 | 3.4% |

Após a apresentação da tabela 11 é evidente que os enfermeiros com menos de 25 anos não pertencem ao quadro e que a maior parte dos indivíduos com idades compreendidas entre 26 e 40 anos pertence ao quadro. Não se identificando nenhum padrão para as restantes classes de idades.

Em relação à categoria profissional é evidente, pela visualização da tabela 12, que os enfermeiros sénior, perito e gestores detêm mais de 46 anos e que, pelo contrário, os enfermeiros internos são aqueles que possuem idades inferiores a 30 anos (com a exceção de um que tem idade compreendida entre 41-45 anos, caso de um enfermeiro que se formou em enfermagem, recentemente e noutra etapa da sua vida).

Tabela 12 - Classe de idades e Categoria profissional

| | Enfermeiro | | Enf. Gestor | | Enf. Interno | | Enf. Perito | | Enf. Sénior | |
|---------|----------------|---------------|----------------|---------------|----------------|---------------|----------------|---------------|----------------|---------------|
| | N ^a | % Repostas |
| <25 | 4 | 4.5% | 0 | 0.0% | 9 | 10.2% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% |
| 26 - 30 | 25 | 28.4% | 0 | 0.0% | 9 | 10.2% | 0 | 0.0% | 1 | 1.1% |
| 31 - 35 | 9 | 10.2% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 4 | 4.5% |
| 36 - 40 | 6 | 6.8% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 1 | 1.1% | 2 | 2.3% |
| 41 - 45 | 1 | 1.1% | 0 | 0.0% | 1 | 1.1% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% |
| 46 - 50 | 1 | 1.1% | 2 | 2.3% | 0 | 0.0% | 2 | 2.3% | 2 | 2.3% |
| 51 - 55 | 2 | 2.3% | 1 | 1.1% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 1 | 1.1% |
| > 56 | 1 | 1.1% | 1 | 1.1% | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 2 | 2.3% |

Verifica-se mais uma vez, que prevalecem os enfermeiros com idades compreendiam entre 26 e 35 anos (38,6% das respostas).

SINOPSE

Sumariamente, e tendo por base as respostas obtidas, pode inferir-se que o perfil dos respondentes, quanto à caracterização pessoal é de jovens adultos com idades compreendidas dos 25 aos 30 anos, do sexo feminino (77%), com os grupos de casados (39%) e solteiros (38%) a dominarem com as maiores percentagens, e são maioritariamente licenciados (43%).

No que diz respeito à caracterização profissional, pode afirmar-se que 43% dos respondentes trabalha a menos de 5 anos, sendo que 65% está na instituição também à menos de 5 anos, são portanto profissionais ainda com pouca experiência profissional.

Quanto à categoria profissional, 56% correspondem a enfermeiros indiferenciados, seguindo-se os enfermeiros internos, o que espelha uma categoria profissional eminentemente jovem. 63% Dos enfermeiros pertence ao quadro, tendo uma relação jurídica a longo prazo com a organização.

Após a devida explanação da caracterização pessoal e profissional dos respondentes, efectua-se a análise dos resultados, tendo por base a matriz anteriormente exposta, como forma de facilitar a ordenação dos dados. Deste modo, os dados analisam-se com a seguinte organização:

- Qualidade em Saúde
 - Conceitos
 - Formação
 - Qualidade em Saúde relação com a Organização, Processo de Melhoria Contínua
- Comunicação numa Organização de Saúde
 - Comunicação Interna
 - Inovação
 - Imagem Global
 - O papel da *Intranet*
 - Circulares Internas

| |
|--------------------|
| Missão |
| Visão |
| Valores |
| Objectivos |
| Qualidade em Saúde |

Realizou-se uma sinopse no fim de cada tópico de forma a sistematizar os dados obtidos, para posteriormente ser mais fácil extrair as ideias mais relevantes de acordo com os objectivos.

4.2 Qualidade em Saúde

Como mencionado no enquadramento teórico, nas organizações é essencial ter consciência da existência das diferentes dimensões da qualidade, pois como refere Silva et al (2004), é difícil planejar uma estratégia coerente para a qualidade quando a comunicação não é precisa relativamente aos conceitos chave. Os conceitos chave para toda e qualquer organização, de saúde ou outra, passam pela MISSÃO, VISÃO, VALORES E OBJECTIVOS. Estes correspondem a conceitos pilar para uma sustentabilidade da organização, na medida em que, correspondem ao propósito da organização, à essência da sua existência. É do conhecimento destes aspectos, por parte de todos, que se consegue que organização e colaboradores comunguem dos mesmos objectivos e concorram para a manutenção dos mais elevados padrões de qualidade.

A comunicação destes conceitos, torna-se portanto, uma arma a utilizar pela organização, de forma a adequar o desempenho aos propósitos pretendidos, bem como decisões ou alterações, causas e motivações de determinadas acções. Torna-se imperativo comunicar, sendo uma mensagem a ser reforçada permanentemente.

A organização materializa-se numa organização com uma comunicação eficiente, relativamente a estes aspectos, quando os colaboradores (Jeffries, 1992):

- estão cientes da visão, dos valores da organização e dos seus objectivos a longo prazo;
- compreendem os objectivos do seu trabalho, onde ele se enquadra na restante organização e têm informação suficiente para desenvolverem o seu trabalho eficientemente;
- participam na tomada de decisão;
- dialogam eficazmente com superiores e inferiores hierárquicos;

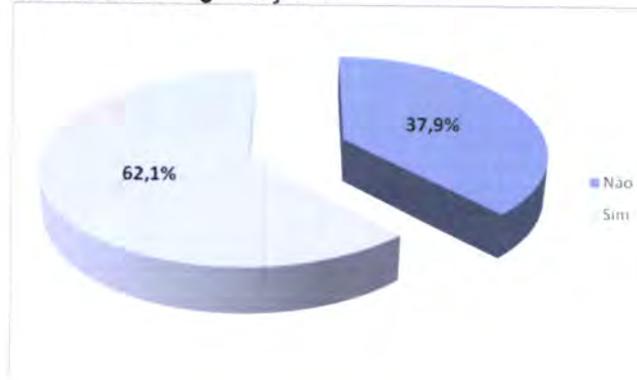
4.2.1 Conceitos

Com este ponto de partida, revelou-se de crucial importância fazer o diagnóstico quanto ao conhecimento que os colaboradores detinham relativamente ao propósito da organização a médio e longo prazos, se dominam os valores da organização e os objectivos estratégicos dos serviços em que se encontravam inseridos, bem como quais os conceitos de missão, visão e de qualidade em saúde que consideram ser os preconizados.

MISSÃO, VISÃO, VALORES

Para conhecer estes aspectos, projectaram-se no questionário 4 perguntas, que após a análise estatística descritiva das respostas, por meio do programa de SPSS 16.0, apurou-se que quanto à questão relativa ao conhecimento que detinham sobre a missão da organização, que apenas 62,1% afirmaram conhecer a Missão da Organização (ver gráfico 9).

Gráfico 9 - Considera conhecer a Missão da Organização?:



Desses 62,1%, ou seja, 19 responderam que a missão passava pela “prestação de cuidados de qualidade”, seguindo-se 11 que definiram que era a “prestação de cuidados de excelência” e 9 “a prestação de cuidados fundamentados no conhecimento”. 4 focam, ainda, um aspecto importante e relevante, na medida em que constitui parte da definição formal da missão da organização “prestação de cuidados visando o respeito pela vida”. No entanto, salienta-se que, a maioria não definiu o que considerava ser a missão (41 respostas em branco), tal como é apresentado na tabela 13.

Apenas 4 enfermeiros introduziram o conceito de melhoria contínua, todavia este fica aqui mencionado por se tratar de um aspecto relevante para a temática da qualidade.

Tabela 13 - Indique resumidamente o que considera ser a Missão:

| Unidades de Registo | Unidades Enumeração |
|--|---------------------|
| Respostas em BRANCO | 41 |
| "... prestação de cuidados de qualidade..." | 19 |
| "... prestação de cuidados de excelência..." | 11 |
| "... prestação de cuidados fundamentados no conhecimento..." | 9 |
| "... satisfação das necessidades do cliente..." | 6 |
| "... promover imagem externa da instituição..." | 5 |
| "... obter ganhos para a instituição..." | 5 |
| "... prestação de cuidados visando o respeito pela vida..." | 4 |
| "... melhoria contínua..." | 4 |
| "... alcançar objectivos propostos pela organização..." | 3 |
| "... disponibilização de vários serviços..." | 3 |
| "... fidelização dos clientes através da boa prestação de cuidados..." | 1 |
| "... prestação de cuidados responsáveis..." | 1 |

Fonte: Elaboração própria

A "prestação de cuidados de qualidade", de "excelência", "a prestação de cuidados fundamentados no conhecimento", a "prestação de cuidados visando o respeito pela vida" e a "melhoria contínua" consolidam partes da missão projectada pela Organização de Saúde do HCIS (www.josedemellosaude.pt) "Promover a **prestação de serviços de saúde** com os mais elevados níveis de **conhecimento**, **respeitando o primado da vida** e o ambiente, através do desenvolvimento do capital intelectual das organizações, numa **busca permanente do melhor**", sendo este facto positivo, pois quem respondeu, descrevendo a missão, tinha uma noção de parte da missão efectiva.

Não obstante, realça-se o facto de não existir uma resposta mais completa, ou seja, que abrangesse mais aspectos ao nível da missão, ficando aquém da definição formal.

Levantam-se questões sobre o porquê da não resposta, uma vez que se trata de um número avultado (41 respostas em branco). Na opinião da investigadora, poderá ser por incapacidade de descrever apesar de saberem a missão; por indisponibilidade para responder a questões abertas (por uma questão de tempo); por considerarem que não saberiam descrever a missão na sua totalidade, ficando longe do desejado.

Relativamente à Visão formulada para a Organização, como se apresenta na tabela 14, apenas 57% considera conhecê-la, sendo uma percentagem menor em relação à missão. Todavia, a maioria dos que respondeu conhecer a visão não a definiu, como se verifica na tabela 15, 48 respostas ficaram em branco, sendo a resposta mais verificada, que a visão da organização corresponde à "liderança na prestação de cuidados público-privada" (16 respostas).

Tabela 14.- Considera conhecer a Visão da Organização?

| | Nº | % |
|----------------|----|-------|
| Não | 37 | 43.0 |
| Sim | 49 | 57.0 |
| Total | 86 | 100.0 |
| Valor em falta | 2 | |

A representação gráfica (gráfico 10) das frequências absolutas demonstra que apenas 49 dos 86 que responderam considera conhecer a Visão da organização.

Gráfico 10 - Considera conhecer a Visão da Organização?



Tabela 15 - Indique resumidamente o que considera ser a Visão:

| Unidades de Registo | Unidades Enumeração |
|--|---------------------|
| Respostas em BRANCO | 48 |
| "...liderança na prestação público-privada..." | 16 |
| "...qualidade na prestação de cuidados..." | 13 |
| "...expansão da organização para mais unidades..." | 9 |
| "...obter ganhos para a organização..." | 7 |
| "...inovar..." | 6 |
| "...melhoria nos cuidados..." | 3 |
| "...modernização dos recursos materiais e tecnológicos..." | 2 |
| "...recursos humanos com formação..." | 2 |
| "...fidelizar clientes..." | 1 |
| "...competência..." | 1 |

Fonte: Elaboração própria

Dos poucos que definiram a visão evidencia-se que as respostas apresentadas têm alguns elementos comuns com a definição da visão dada pela organização, nomeadamente as respostas "liderança na prestação de cuidados público-privada", "qualidade na prestação de cuidados" e "expansão da organização para mais unidades" coincidem com a definição apresentada: "Ser líder na Península Ibérica na prestação de cuidados de saúde de **qualidade distintiva**, suportada

Tabela 14.- Considera conhecer a Visão da Organização?

| | Nº | % |
|----------------|----|-------|
| Não | 37 | 43.0 |
| Sim | 49 | 57.0 |
| Total | 86 | 100.0 |
| Valor em falta | 2 | |

A representação gráfica (gráfico 10) das frequências absolutas demonstra que apenas 49 dos 86 que responderam considera conhecer a Visão da organização.

Gráfico 10 - Considera conhecer a Visão da Organização?



Tabela 15 - Indique resumidamente o que considera ser a Visão:

| Unidades de Registo | Unidades Enumeração |
|--|---------------------|
| Respostas em BRANCO | 4 8 |
| "...liderança na prestação público-privada..." | 16 |
| "...qualidade na prestação de cuidados..." | 13 |
| "...expansão da organização para mais unidades..." | 9 |
| "...obter ganhos para a organização..." | 7 |
| "...inovar..." | 6 |
| "...melhoria nos cuidados..." | 3 |
| "...modernização dos recursos materiais e tecnológicos..." | 2 |
| "...recursos humanos com formação..." | 2 |
| "...fidelizar clientes..." | 1 |
| "...competência..." | 1 |

Fonte: Elaboração própria

Dos poucos que definiram a visão evidencia-se que as respostas apresentadas têm alguns elementos comuns com a definição da visão dada pela organização, nomeadamente as respostas "liderança na prestação de cuidados público-privada", "qualidade na prestação de cuidados" e "expansão da organização para mais unidades" coincidem com a definição apresentada: "Ser líder na Península Ibérica na prestação de cuidados de saúde de **qualidade distintiva**, suportada

Estas respostas coincidem com os valores efectivos da organização, não havendo uma ordem obrigatória, pois todos detêm o mesmo nível de importância (www.josedemellosaude.pt).

- **Respeito pela dignidade e bem-estar da pessoa**, que se materializa em nunca esquecer que a pessoa pelo facto de estar doente e carecer de ajuda, não perde nenhum dos direitos que configuram a sua dignidade e não pode ser discriminada; e assumir, colectiva e individualmente, o compromisso de tudo fazer para assegurar, em primeiro lugar o melhor interesse da pessoa.
- **Desenvolvimento Humano**, que passa pelo crescimento paralelo com a organização, apostando no contributo individual para a obtenção de resultados colectivos; acreditar nas pessoas, na crença de que são princípio e o fim do sucesso, o elemento que faz a diferença; e na prática é fazer do dia a dia um permanente desafio de troca de experiências.
- **Competência** que se verifica através da concretização de acções com determinação e rigor; na realização com emblema do conhecimento e da experiência; é ter vontade de ser exemplo e de demonstrar que em cada dificuldade existe uma oportunidade.
- **Inovação** é sobretudo o espírito de antecipação e capacidade para gerar alternativas e soluções novas; Diz-se que alguém é Inovador quando surpreende, cria; É um ser profissional que pela sua originalidade, estimula os que o rodeiam.

Este facto pode dever-se à forma como estão expostos e comunicados por toda a organização, uma vez que em cada serviço há um quadro com os valores de referência, bem como nos corredores e salas de espera, na contracapa dos calendários, no ambiente de trabalho dos computadores e no sitio da Internet de José de Mello Saúde, passam constantemente como nota de cabeçalho. Desta forma, depreende-se que a comunicação foi eficaz, que o departamento de marketing se preocupou com essa transmissão e conseguiu fazer passar a mensagem pretendida, na medida em que os colaboradores demonstram saber, enunciando correctamente e associando inclusive às imagens que a cada um destes valores foi agregado.

Relativamente à forma como consideram contribuir para a construção e manutenção da missão e dos valores, verifica-se pelos dados recolhidos e apresentados na tabela 18, que 79.3% dos enfermeiros considera que contribui para a manutenção e construção da missão e visão da Organização. É de evidenciar que é um número superior ao obtido, quando questionados relativamente ao conhecimento dos conceitos (para a missão 62,1% e para a visão apenas 57% detinham esse conceito). Apesar de desconhecerem a missão e a visão da instituição, ou pelo

Estas respostas coincidem com os valores efectivos da organização, não havendo uma ordem obrigatória, pois todos detêm o mesmo nível de importância (www.josedemellosaude.pt).

- **Respeito pela dignidade e bem-estar da pessoa**, que se materializa em nunca esquecer que a pessoa pelo facto de estar doente e carecer de ajuda, não perde nenhum dos direitos que configuram a sua dignidade e não pode ser discriminada; e assumir, colectiva e individualmente, o compromisso de tudo fazer para assegurar, em primeiro lugar o melhor interesse da pessoa.
- **Desenvolvimento Humano**, que passa pelo crescimento paralelo com a organização, apostando no contributo individual para a obtenção de resultados colectivos; acreditar nas pessoas, na crença de que são princípio e o fim do sucesso, o elemento que faz a diferença; e na prática é fazer do dia a dia um permanente desafio de troca de experiências.
- **Competência** que se verifica através da concretização de acções com determinação e rigor; na realização com emblema do conhecimento e da experiência; é ter vontade de ser exemplo e de demonstrar que em cada dificuldade existe uma oportunidade.
- **Inovação** é sobretudo o espírito de antecipação e capacidade para gerar alternativas e soluções novas; Diz-se que alguém é Inovador quando surpreende, cria; É um ser profissional que pela sua originalidade, estimula os que o rodeiam.

Este facto pode dever-se à forma como estão expostos e comunicados por toda a organização, uma vez que em cada serviço há um quadro com os valores de referência, bem como nos corredores e salas de espera, na contracapa dos calendários, no ambiente de trabalho dos computadores e no sitio da Internet de José de Mello Saúde, passam constantemente como nota de cabeçalho. Desta forma, depreende-se que a comunicação foi eficaz, que o departamento de marketing se preocupou com essa transmissão e conseguiu fazer passar a mensagem pretendida, na medida em que os colaboradores demonstram saber, enunciando correctamente e associando inclusive às imagens que a cada um destes valores foi agregado.

Relativamente à forma como consideram contribuir para a construção e manutenção da missão e dos valores, verifica-se pelos dados recolhidos e apresentados na tabela 18, que 79.3% dos enfermeiros considera que contribui para a manutenção e construção da missão e visão da Organização. É de evidenciar que é um número superior ao obtido, quando questionados relativamente ao conhecimento dos conceitos (para a missão 62,1% e para a visão apenas 57% detinham esse conceito). Apesar de desconhecerem a missão e a visão da instituição, ou pelo

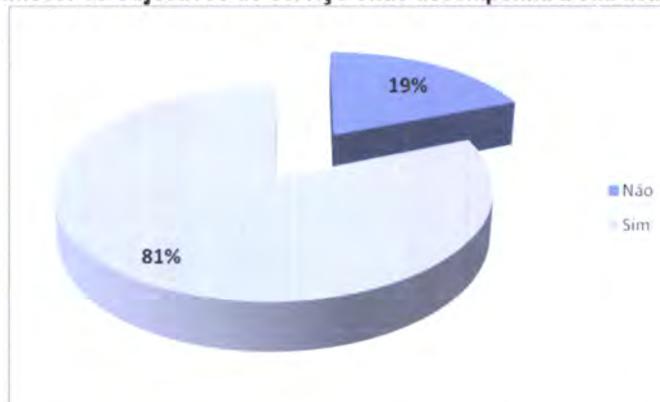
Porém, 4 respostas foram consideradas inválidas por não resposta, como se constata na tabela 20.

Tabela 20 - Considera conhecer os Objectivos do serviço onde desempenha a sua actividade profissional?

| | Nº | % |
|----------------|----|-------|
| Não | 16 | 19.0 |
| Sim | 68 | 81.0 |
| Total | 84 | 100.0 |
| Valor em falta | 4 | |

Representa-se graficamente da seguinte forma:

Gráfico 11 - Considera conhecer os Objectivos do serviço onde desempenha a sua actividade profissional?



Foi pedido aos inqueridos que enumerassem alguns desses objectivos (ver tabela 21), tendo ficado 40 respostas com não resposta, e dos que responderam, 15 referiram que o serviço esperava uma prestação de cuidados de qualidade e a evidência de competência na prestação desses cuidados. Segue-se com 12 respostas uma resposta que foge ao âmbito da pergunta, na medida em que se pretendia que enunciasses os objectivos e as repostas foram que os objectivos são impostos não se verificando discussão, nem envolvimento dos profissionais. As respostas seguintes com 10 e 9 respostas, respectivamente, revelam que como objectivos determinados são uma "Gestão para optimização e maximização dos recursos existentes" "Gestão de stocks/ diminuição de gastos". Estes objectivos especificados, estão intimamente ligados com o foro da gestão dos serviços.

Tabela 21 - Conhecimento dos Objectivos do Serviço

| Unidades de Registo | Unidades Enumeração |
|---|---------------------|
| Respostas em BRANCO | 40 |
| "... prestação de cuidados de qualidade /competência na prestação de cuidados..." | 15 |

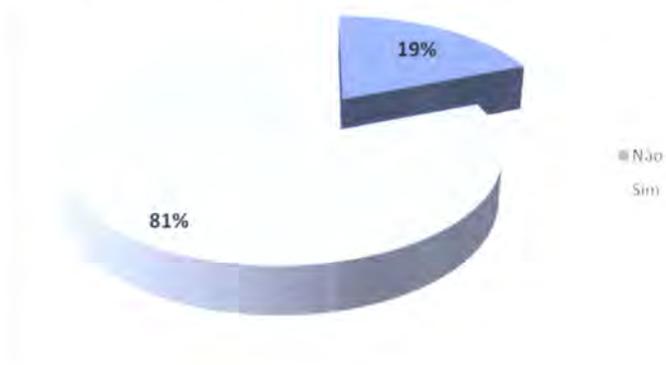
Porém, 4 respostas foram consideradas inválidas por não resposta, como se constata na tabela 20.

Tabela 20 - Considera conhecer os Objectivos do serviço onde desempenha a sua actividade profissional?

| | Nº | % |
|----------------|----|-------|
| Não | 16 | 19.0 |
| Sim | 68 | 81.0 |
| Total | 84 | 100.0 |
| Valor em falta | 4 | |

Representa-se graficamente da seguinte forma:

Gráfico 11 - Considera conhecer os Objectivos do serviço onde desempenha a sua actividade profissional?



Foi pedido aos inqueridos que enumerassem alguns desses objectivos (ver tabela 21), tendo ficado 40 respostas com não resposta, e dos que responderam, 15 referiram que o serviço esperava uma prestação de cuidados de qualidade e a evidência de competência na prestação desses cuidados. Segue-se com 12 respostas uma resposta que foge ao âmbito da pergunta, na medida em que se pretendia que enunciassem os objectivos e as repostas foram que os objectivos são impostos não se verificando discussão, nem envolvimento dos profissionais. As respostas seguintes com 10 e 9 respostas, respectivamente, revelam que como objectivos determinados são uma "Gestão para optimização e maximização dos recursos existentes" "Gestão de stocks/ diminuição de gastos". Estes objectivos especificados, estão intimamente ligados com o foro da gestão dos serviços.

Tabela 21 - Conhecimento dos Objectivos do Serviço

| Unidades de Registo | Unidades Enumeração |
|--|---------------------|
| Respostas em BRANCO | 40 |
| "...prestação de cuidados de qualidade /competência na prestação de cuidados..." | 15 |

Deste modo é possível verificar que as 12 respostas podem reflectir a opinião dos 30 que discordavam, ou dos 10 que discordavam completamente, com a afirmação apresentada na pergunta II.9.

Por outro lado, temos 33 que concordam e 7 que concordam completamente, o que em somatório, nos dá 40 respostas, precisamente o mesmo número dos que respondem negativamente. Observa-se que as opiniões se repartem equitativamente (50% para cada situação), o que significa que metade desconhece os objectivos definidos.

De qualquer forma, todos os serviços têm objectivos particulares, ou seja, específicos para determinado serviço. No entanto, alguns são comuns a toda a organização e consistem nomeadamente na continuação da manutenção do processo de certificação dos serviços e empenhamento na melhoria contínua.

Estes objectivos não estão concordantes, com os objectivos enunciados, pela maioria dos respondentes (tabela x):

- 15- "Prestação de cuidados de qualidade /competência na prestação de cuidados"
- 10- "Gestão para optimização e maximização dos recursos existentes"
- 9- "Gestão de stocks/ diminuição de gastos"

De qualquer forma, alguns enfermeiros (apesar de serem somente 6 respostas) referiram os objectivos mencionados:

- 5- "Manutenção da certificação da qualidade, cumprimento de normas"
- 1- "Processo de melhoria contínua"

Verifica-se que os objectivos transversais aos serviços constituem, efectivamente, objectivos de gestão e por isso não foram nomeados pelos enfermeiros que se preocupam e valorizam os objectivos específicos inerentes à sua actividade profissional. Na opinião da investigadora, denota-se, ainda, pouca motivação para os objectivos da gestão da organização. Poderá ser falta de investimento neste domínio? Por pouco trabalho da gestão de topo e intermédia, em envolver os profissionais de enfermagem nas questões relacionadas com a certificação dos serviços e com o processo de melhoria contínua?

CONCEITO DE QUALIDADE EM SAÚDE

Cada organização deve conhecer os seus profissionais e a definição que estes têm de qualidade, como refere António e Teixeira (2007). A definição de qualidade de cada profissional reflecte a sua atitude perante o fenómeno, mais conservadora ou não, dependendo esta dos interesses e pontos de vista de cada um. Pelo que, é indispensável estudar a definição de qualidade em saúde dos profissionais pois esta deverá direccionar-se no mesmo sentido que a definição da própria organização.

Deste modo é possível verificar que as 12 respostas podem reflectir a opinião dos 30 que discordavam, ou dos 10 que discordavam completamente, com a afirmação apresentada na pergunta II.9.

Por outro lado, temos 33 que concordam e 7 que concordam completamente, o que em somatório, nos dá 40 respostas, precisamente o mesmo número dos que respondem negativamente. Observa-se que as opiniões se repartem equitativamente (50% para cada situação), o que significa que metade desconhece os objectivos definidos.

De qualquer forma, todos os serviços têm objectivos particulares, ou seja, específicos para determinado serviço. No entanto, alguns são comuns a toda a organização e consistem nomeadamente na continuação da manutenção do processo de certificação dos serviços e empenhamento na melhoria contínua.

Estes objectivos não estão concordantes, com os objectivos enunciados, pela maioria dos respondentes (tabela x):

- 15- "Prestação de cuidados de qualidade /competência na prestação de cuidados"
- 10- "Gestão para optimização e maximização dos recursos existentes"
- 9- "Gestão de stocks/ diminuição de gastos"

De qualquer forma, alguns enfermeiros (apesar de serem somente 6 respostas) referiram os objectivos mencionados:

- 5- "Manutenção da certificação da qualidade, cumprimento de normas"
- 1- "Processo de melhoria contínua"

Verifica-se que os objectivos transversais aos serviços constituem, efectivamente, objectivos de gestão e por isso não foram nomeados pelos enfermeiros que se preocupam e valorizam os objectivos específicos inerentes à sua actividade profissional. Na opinião da investigadora, denota-se, ainda, pouca motivação para os objectivos da gestão da organização. Poderá ser falta de investimento neste domínio? Por pouco trabalho da gestão de topo e intermédia, em envolver os profissionais de enfermagem nas questões relacionadas com a certificação dos serviços e com o processo de melhoria contínua?

CONCEITO DE QUALIDADE EM SAÚDE

Cada organização deve conhecer os seus profissionais e a definição que estes têm de qualidade, como refere António e Teixeira (2007). A definição de qualidade de cada profissional reflecte a sua atitude perante o fenómeno, mais conservadora ou não, dependendo esta dos interesses e pontos de vista de cada um. Pelo que, é indispensável estudar a definição de qualidade em saúde dos profissionais pois esta deverá direccionar-se no mesmo sentido que a definição da própria organização.

Além de se considerar de enorme relevância a existência de 49 respostas em branco, (ver Tabela 24) surge com mais predominância a “satisfação das necessidades do cliente” com 18 respostas e 11 respostas para a “Obtenção de uma boa gestão de recursos humanos e materiais/optimização dos recursos”. Salienta-se 9 respostas que evidenciam o “Profissionalismo e a Competência para uma boa prestação de cuidados”, como o conceito de qualidade em saúde.

Distingue-se, também, 4 respostas (apesar do pouco número) que vão mais além, aproximando-se das definições de qualidade consideradas no enquadramento teórico, uma vez que referem a “Satisfação das expectativas do cliente” e outros 4 os “Cuidados de Excelência”. Esta distinção deve-se ao facto dos termos utilizados serem promulgados, nomeadamente pelo Deming (1986) “Qualidade é tudo o que o cliente necessita e quer”; “As necessidades e expectativas dos consumidores são o ponto de partida para a melhoria da qualidade.” E por Sale (2000), que define os cuidados de enfermagem com garantia de qualidade, mencionando a Organização Mundial da Saúde, como:

“O objectivo da garantia da qualidade consiste em assegurar, ao consumidor de cuidados de enfermagem, que estes possuam um grau específico de excelência proveniente das suas contínuas medição e avaliação”.

Tabela 24 - Definição do conceito de qualidade em saúde da organização pelos inquiridos

| Unidades de Registo | Unidades Enumeração |
|---|---------------------|
| Respostas em BRANCO | 49 |
| “...satisfação das necessidades do cliente...” | 18 |
| “...obtenção de uma boa gestão de recursos humanos e materiais/optimização dos recursos...” | 11 |
| “...profissionalismo, Competência, para uma boa prestação de cuidados...” | 9 |
| “...humanização nos cuidados, Empatia...” | 7 |
| “...melhoria Contínua...” | 6 |
| “...segurança/ Gestão de Risco...” | 6 |
| “...satisfação das expectativas do cliente...” | 4 |
| “...cuidados de Excelência...” | 4 |
| “...formação...” | 4 |
| “...uniformização dos Cuidados...” | 2 |
| “...inovação...” | 2 |
| “...trabalho em equipa...” | 1 |

Fonte: Elaboração própria

Pode constatar-se que as duas primeiras definições apresentadas “Satisfação das necessidades do cliente”, “Obtenção de uma boa gestão de recursos humanos e materiais/optimização dos recursos”, quando unificadas, conduzem à definição do Gabinete de Qualidade da organização Hospital Cuf Infante Santo: “satisfação das necessidades e expectativas dos clientes, com a colaboração e satisfação dos colaboradores ao menor custo”, deste modo, um total de 29 dos enfermeiros possuem conhecimento relativo à definição de qualidade em saúde preconizada pela organização.

Além de se considerar de enorme relevância a existência de 49 respostas em branco, (ver Tabela 24) surge com mais predominância a “satisfação das necessidades do cliente” com 18 respostas e 11 respostas para a “Obtenção de uma boa gestão de recursos humanos e materiais/otimização dos recursos”. Salienta-se 9 respostas que evidenciam o “Profissionalismo e a Competência para uma boa prestação de cuidados”, como o conceito de qualidade em saúde.

Distingue-se, também, 4 respostas (apesar do pouco número) que vão mais além, aproximando-se das definições de qualidade consideradas no enquadramento teórico, uma vez que referem a “Satisfação das expectativas do cliente” e outros 4 os “Cuidados de Excelência”. Esta distinção deve-se ao facto dos termos utilizados serem promulgados, nomeadamente pelo Deming (1986) “Qualidade é tudo o que o cliente necessita e quer”; “As necessidades e **expectativas** dos consumidores são o ponto de partida para a melhoria da qualidade.” E por Sale (2000), que define os cuidados de enfermagem com garantia de qualidade, mencionando a Organização Mundial da Saúde, como:

“O objectivo da garantia da qualidade consiste em assegurar, ao consumidor de cuidados de enfermagem, que estes possuam um grau **específico de excelência** proveniente das suas contínuas medição e avaliação”.

Tabela 24 - Definição do conceito de qualidade em saúde da organização pelos inquiridos

| Unidades de Registo | Unidades Enumeração |
|--|---------------------|
| Respostas em BRANCO | 49 |
| “...satisfação das necessidades do cliente...” | 18 |
| “...obtenção de uma boa gestão de recursos humanos e materiais/otimização dos recursos...” | 11 |
| “...profissionalismo, Competência, para uma boa prestação de cuidados...” | 9 |
| “...humanização nos cuidados, Empatia...” | 7 |
| “...melhoria Contínua...” | 6 |
| “...segurança/ Gestão de Risco...” | 6 |
| “...satisfação das expectativas do cliente...” | 4 |
| “...cuidados de Excelência...” | 4 |
| “...formação...” | 4 |
| “...uniformização dos Cuidados...” | 2 |
| “...inovação...” | 2 |
| “...trabalho em equipa...” | 1 |

Fonte: Elaboração própria

Pode constatar-se que as duas primeiras definições apresentadas “Satisfação das necessidades do cliente”, “Obtenção de uma boa gestão de recursos humanos e materiais/otimização dos recursos”, quando unificadas, conduzem à definição do Gabinete de Qualidade da organização Hospital Cuf Infante Santo: “satisfação das necessidades e expectativas dos clientes, com a colaboração e satisfação dos colaboradores ao menor custo”, deste modo, um total de 29 dos enfermeiros possuem conhecimento relativo à definição de qualidade em saúde preconizada pela organização.

humana é simplesmente uma rede comunicacional: se a comunicação falha, uma parte da estrutura organizacional também falha”, como defende WILCO (1995:95). É preponderante manter este nível de envolvimento e cumprimento para com os enfermeiros, pois assim seria o garante de que estes conhecem a organização de saúde em que trabalham.

Quando questionados relativamente ao seu contributo para a manutenção da missão e da visão, 79,3% mencionam que contribuem. Este valor torna-se contraditório, na medida em que, segundo os resultados anteriores apenas 62% afirmaram conhecimento sobre estes aspectos, no entanto, consideram que contribuem para estes.

81% dos enfermeiros refere conhecer os objectivos que os seus serviços preconizam. Todavia, quando chamados a denominá-los centram-se em objectivos muito específicos dos seus serviços e poucos referem os objectivos transversais a todos os serviços da organização que correspondem à continuação da manutenção do processo de certificação dos serviços e empenhamento na melhoria contínua.

No entanto, não se consegue extrair se estes são apenas comunicados, ou se os objectivos, aquando da sua consecução são delineados com a participação da enfermagem. Se houvesse participação deveriam ser conhecidos e cada um compreenderia como eles se relacionam com o seu trabalho. Observa-se que as opiniões se repartem equitativamente (50% para cada situação), o que significa que metade desconhece os objectivos definidos.

Terminando a categoria dos conceitos, relativamente ao conceito de Qualidade em Saúde, 74,4% referem conhecer o conceito de qualidade em saúde, o que é uma percentagem de enorme relevância. E quando questionada a sua definição, 29 dos 61 que responderam afirmativamente quanto ao conhecimento do conceito de qualidade, aproximaram-se da definição preconizada pelo Gabinete de Qualidade do Hospital Cuf Infante Santo: “satisfação das necessidades e expectativas dos clientes, com a colaboração e satisfação dos colaboradores ao menor custo”. Este conceito evidencia, igualmente, parcelas de vários autores, como por exemplo Deming (1986), Lewis (1989), Reeves e Bednar (1994).

Encontram-se conhecidos os conceitos na perspectiva dos enfermeiros. Segue-se a noção de formação, preponderante na temática da qualidade e na óptica do envolvimento dos colaboradores na organização.

humana é simplesmente uma rede comunicacional: se a comunicação falha, uma parte da estrutura organizacional também falha”, como defende WIIO (1995:95). É preponderante manter este nível de envolvimento e cumprimento para com os enfermeiros, pois assim seria o garante de que estes conhecem a organização de saúde em que trabalham.

Quando questionados relativamente ao seu contributo para a manutenção da missão e da visão, 79,3% mencionam que contribuem. Este valor torna-se contraditório, na medida em que, segundo os resultados anteriores apenas 62% afirmaram conhecimento sobre estes aspectos, no entanto, consideram que contribuem para estes.

81% dos enfermeiros refere conhecer os objectivos que os seus serviços preconizam. Todavia, quando chamados a denominá-los centram-se em objectivos muito específicos dos seus serviços e poucos referem os objectivos transversais a todos os serviços da organização que correspondem à continuação da manutenção do processo de certificação dos serviços e empenhamento na melhoria contínua.

No entanto, não se consegue extrair se estes são apenas comunicados, ou se os objectivos, aquando da sua consecução são delineados com a participação da enfermagem. Se houvesse participação deveriam ser conhecidos e cada um compreenderia como eles se relacionam com o seu trabalho. Observa-se que as opiniões se repartem equitativamente (50% para cada situação), o que significa que metade desconhece os objectivos definidos.

Terminando a categoria dos conceitos, relativamente ao conceito de Qualidade em Saúde, 74,4% referem conhecer o conceito de qualidade em saúde, o que é uma percentagem de enorme relevância. E quando questionada a sua definição, 29 dos 61 que responderam afirmativamente quanto ao conhecimento do conceito de qualidade, aproximaram-se da definição preconizada pelo Gabinete de Qualidade do Hospital Cuf Infante Santo: “satisfação das necessidades e expectativas dos clientes, com a colaboração e satisfação dos colaboradores ao menor custo”. Este conceito evidencia, igualmente, parcelas de vários autores, como por exemplo Deming (1986), Lewis (1989), Reeves e Bednar (1994).

Encontram-se conhecidos os conceitos na perspectiva dos enfermeiros. Segue-se a noção de formação, preponderante na temática da qualidade e na óptica do envolvimento dos colaboradores na organização.

O gráfico 13 mostra que apenas 37,9% dos enfermeiros (33 em 87dos respondentes) considera não possuir conhecimentos e competências necessárias para aderir a um projecto de mudança, que vise a Qualidade dos serviços. Os 33 (37,9%) enfermeiros que responderam negativamente indicaram, como causa fundamental, a falta de acções de sensibilização para a qualidade (85%). Mais de metade (60%) dos enfermeiros referiram que fazia falta formação em tecnologias de informação e comunicações. Destaca-se, pela observação da tabela 26 que apenas 7 enfermeiros (que representa 21%) afirmaram que lhes faltava competências específicas.

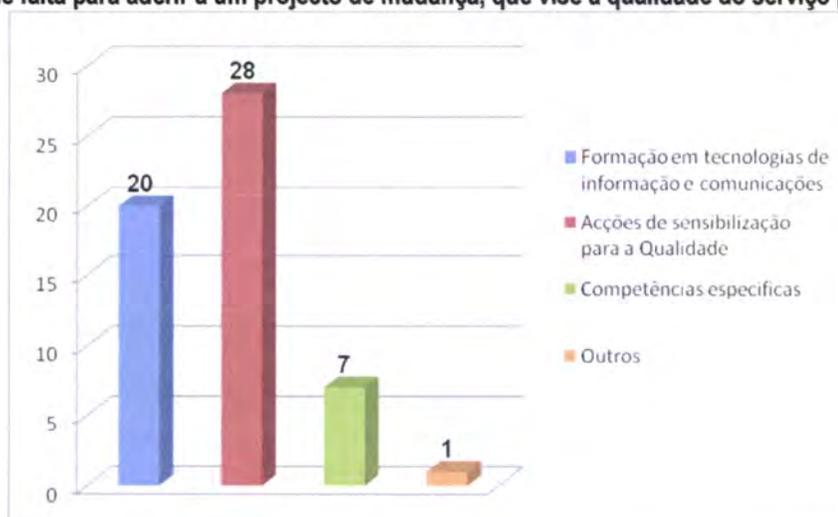
Tabela 26 - Se respondeu Não indique o que falta?

| | Nº | % |
|--|----|----|
| Formação em tecnologias de informação e comunicações | 20 | 60 |
| Acções de sensibilização para a Qualidade | 28 | 85 |
| Competências específicas | 7 | 21 |
| Outros | 1 | 3 |

Formação e integração insuficientes

Representa-se graficamente da seguinte forma:

Gráfico 14 - O que falta para aderir a um projecto de mudança, que vise a qualidade do serviço prestado.



Os aspectos mais mencionados prendem-se com causas organizacionais, sendo que a própria organização tem possibilidade de intervir, de melhorar e subsequentemente de modificar este resultado. É de salientar e do interesse do presente trabalho, o aspecto mencionado quanto à necessidade expressa de formação em tecnologias de informação e comunicações, denunciando a uma vontade e urgência nesta formação e inovação neste domínio.

O gráfico 13 mostra que apenas 37,9% dos enfermeiros (33 em 87dos respondentes) considera não possuir conhecimentos e competências necessárias para aderir a um projecto de mudança, que vise a Qualidade dos serviços. Os 33 (37,9%) enfermeiros que responderam negativamente indicaram, como causa fundamental, a falta de acções de sensibilização para a qualidade (85%). Mais de metade (60%) dos enfermeiros referiram que fazia falta formação em tecnologias de informação e comunicações. Destaca-se, pela observação da tabela 26 que apenas 7 enfermeiros (que representa 21%) afirmaram que lhes faltava competências específicas.

Tabela 26 - Se respondeu Não indique o que falta?

| | Nº | % |
|--|----|----|
| Formação em tecnologias de informação e comunicações | 20 | 60 |
| Acções de sensibilização para a Qualidade | 28 | 85 |
| Competências específicas | 7 | 21 |
| Outros | 1 | 3 |

Formação e integração insuficientes

Representa-se graficamente da seguinte forma:

Gráfico 14 - O que falta para aderir a um projecto de mudança, que vise a qualidade do serviço prestado.



Os aspectos mais mencionados prendem-se com causas organizacionais, sendo que a própria organização tem possibilidade de intervir, de melhorar e subsequentemente de modificar este resultado. É de salientar e do interesse do presente trabalho, o aspecto mencionado quanto à necessidade expressa de formação em tecnologias de informação e comunicações, denunciando a uma vontade e urgência nesta formação e inovação neste domínio.

conhecimentos. Por outro lado, 26 referiram discordar com a afirmação. Deverá ocorrer formação no sentido crítico da realidade organizacional, ou seja, adaptada às necessidades, de forma a promover o sucesso, na medida em que, os conhecimentos produzem mais-valias, uma vez que se verifica aplicabilidade no desempenho diário, seja da enfermagem na direcção de topo ou dos enfermeiros na prestação de cuidados. Uma vez que, como mencionado no estado da arte, por Ishikawa (1995) deve-se ter ciente que educar e não só formar. É formar com objectivos definidos e enquadrados. Observa-se que mais de metade dos respondentes considera que frequenta formações com objectivo de ampliar e aperfeiçoar conhecimentos.

Todavia, a afirmação II.18 (A organização disponibiliza formação que possibilite aos seus enfermeiros oportunidade de actualização dos seus conhecimentos) pretende perceber quais as oportunidades disponibilizadas pela organização para formação e actualização, sendo os resultados alarmantes, no sentido em que, 40 concordam com a afirmação e 45 discordam, representando os discordantes 51,7%, dos quais 8,0% discordam completamente. Evidencia-se aqui uma necessidade de investimento na área de formação dentro da organização.

A afirmação II.19 exacerba o resultado anterior em que apenas 31 dos 87 enfermeiros que responderam referem concordar com a afirmação: A participação em congressos e cursos fora da organização é incentivada. 51 Enfermeiros discordam o que representa 58,6% dos respondentes.

A necessidade de formação impera na sociedade contemporânea, falando-se actualmente em sociedades de conhecimento. Assim, a actualização deverá acompanhar a rápida modernização, a aproveitar os desenvolvimentos tecnológicos e comunicacionais para esse mesmo fim, de modo a incentivar a formação e educação a uma escala cada vez mais global. Se os enfermeiros consideram que frequentam regularmente formações, mas estas não são, na opinião da maioria disponibilizadas pela organização, nem incentivadas fora desta, torna-se crucial compreender o que falha a este nível, não sendo muitas vezes fácil percepção efectivamente a lacuna existente.

Muitos obstáculos poderão ser ultrapassados melhorando o nível de comunicação, como referido no enquadramento teórico, de forma a alcançar uma gestão de qualidade, tornando-se crucial identificar o que se tem de melhorar, nomeadamente Jeffries (1992) sugere:

- Melhorar a eficácia das reuniões;
- Melhorar a qualidade da informação interdepartamental;
- Melhorar a qualidade da informação entre os vários escalões da organização;
- Assegurar que todos os colaboradores estejam ao corrente dos assuntos importantes relacionados com a organização, desde, mudanças a qualquer nível e que interfiram com o

conhecimentos. Por outro lado, 26 referiram discordar com a afirmação. Deverá ocorrer formação no sentido crítico da realidade organizacional, ou seja, adaptada às necessidades, de forma a promover o sucesso, na medida em que, os conhecimentos produzem mais-valias, uma vez que se verifica aplicabilidade no desempenho diário, seja da enfermagem na direcção de topo ou dos enfermeiros na prestação de cuidados. Uma vez que, como mencionado no estado da arte, por Ishikawa (1995) deve-se ter ciente que educar e não só formar. É formar com objectivos definidos e enquadrados. Observa-se que mais de metade dos respondentes considera que frequenta formações com objectivo de ampliar e aperfeiçoar conhecimentos.

Todavia, a afirmação II.18 (A organização disponibiliza formação que possibilite aos seus enfermeiros oportunidade de actualização dos seus conhecimentos) pretende perceber quais as oportunidades disponibilizadas pela organização para formação e actualização, sendo os resultados alarmantes, no sentido em que, 40 concordam com a afirmação e 45 discordam, representando os discordantes 51,7%, dos quais 8,0% discordam completamente. Evidencia-se aqui uma necessidade de investimento na área de formação dentro da organização.

A afirmação II.19 exacerba o resultado anterior em que apenas 31 dos 87 enfermeiros que responderam referem concordar com a afirmação: A participação em congressos e cursos fora da organização é incentivada. 51 Enfermeiros discordam o que representa 58,6% dos respondentes.

A necessidade de formação impera na sociedade contemporânea, falando-se actualmente em sociedades de conhecimento. Assim, a actualização deverá acompanhar a rápida modernização, a aproveitar os desenvolvimentos tecnológicos e comunicacionais para esse mesmo fim, de modo a incentivar a formação e educação a uma escala cada vez mais global. Se os enfermeiros consideram que frequentam regularmente formações, mas estas não são, na opinião da maioria disponibilizadas pela organização, nem incentivadas fora desta, torna-se crucial compreender o que falha a este nível, não sendo muitas vezes fácil perceber efectivamente a lacuna existente.

Muitos obstáculos poderão ser ultrapassados melhorando o nível de comunicação, como referido no enquadramento teórico, de forma a alcançar uma gestão de qualidade, tornando-se crucial identificar o que se tem de melhorar, nomeadamente Jeffries (1992) sugere:

- Melhorar a eficácia das reuniões;
- Melhorar a qualidade da informação interdepartamental;
- Melhorar a qualidade da informação entre os vários escalões da organização;
- Assegurar que todos os colaboradores estejam ao corrente dos assuntos importantes relacionados com a organização, desde, mudanças a qualquer nível e que interfiram com o

enfermeiro chefe no quotidiano dos enfermeiros prestadores de cuidados, pois a formação inicial no local e informal é decisiva. Na perspectiva dos enfermeiros é peremptória a desadequação do tempo de integração, face às necessidades e esta poderá ser uma causa para o grande número de enfermeiros que deixou em branco as respostas a relacionadas com o conhecimento mais profundo da organização, como as definições relativas a missão, visão, valores, objectivos e qualidade em saúde.

Uma última afirmação foi colocada no âmbito da temática da formação, mas na terceira parte do questionário, estando, também, intimamente, ligada com a vertente da comunicação, apresentando-se na tabela 28 as respostas obtidas.

Tabela 28 - Grau de concordância Grupo III, perguntas relacionadas com a formação:

| | Concordo completamente | Concordo | Discordo | Discordo completamente | Não sei Não se aplica Indeciso |
|--------|------------------------|----------|----------|------------------------|--------------------------------------|
| III.15 | 11 | 27 | 32 | 8 | 9 |

Legenda:

III.15 As pessoas que possuem mais informação e conhecimento partilhável são aquelas que mais contribuem com conteúdos para as formações

Nesta afirmação verifica-se uma grande semelhança no número de respostas obtidas, ou seja, obteve-se 38 respondentes que concordam (43,6%) e 40 respondentes (45,9%) que se posicionam no discordam, sendo decisivo os 9 enfermeiros respondentes (10,3%) que se colocaram no não sei, não se aplica, indeciso, pois poderiam fazer a balança pender mais para um dos lados.

Pode especular-se o porquê de as pessoas que possuem mais informação e conhecimento partilhável não contribuírem com conteúdos para as formações, uma vez que, anteriormente, se referiu que as formações não são disponibilizadas regularmente, e na opinião de muitos, não são incentivadas externamente à organização.

SINOPSE

62,1% dos enfermeiros respondentes considera possuir conhecimentos e competências necessárias para aderir a um projecto de mudança que vise a qualidade dos serviços. Dos 37,9% dos enfermeiros que responderam negativamente destacam como necessidades e eventuais causas para o desconhecimento a falta de acções de formação de sensibilização para a qualidade (85%) e a falta de formação em tecnologias de informação e comunicações (60% dos enfermeiros). As falhas indicadas prendem-se com causas inerentes à organização e, como tal,

enfermeiro chefe no quotidiano dos enfermeiros prestadores de cuidados, pois a formação inicial no local e informal é decisiva. Na perspectiva dos enfermeiros é peremptória a desadequação do tempo de integração, face às necessidades e esta poderá ser uma causa para o grande número de enfermeiros que deixou em branco as respostas a relacionadas com o conhecimento mais profundo da organização, como as definições relativas a missão, visão, valores, objectivos e qualidade em saúde.

Uma última afirmação foi colocada no âmbito da temática da formação, mas na terceira parte do questionário, estando, também, intimamente, ligada com a vertente da comunicação, apresentando-se na tabela 28 as respostas obtidas.

Tabela 28 - Grau de concordância Grupo III, perguntas relacionadas com a formação:

| | Concordo completamente | Concordo | Discordo | Discordo completamente | Não sei Não se aplica Indeciso |
|--------|------------------------|----------|----------|------------------------|--------------------------------------|
| III.15 | 11 | 27 | 32 | 8 | 9 |

Legenda:

III.15 As pessoas que possuem mais informação e conhecimento partilhável são aquelas que mais contribuem com conteúdos para as formações

Nesta afirmação verifica-se uma grande semelhança no número de respostas obtidas, ou seja, obteve-se 38 respondentes que concordam (43,6%) e 40 respondentes (45,9%) que se posicionam no discordam, sendo decisivo os 9 enfermeiros respondentes (10,3%) que se colocaram no não sei, não se aplica, indeciso, pois poderiam fazer a balança pender mais para um dos lados.

Pode especular-se o porquê de as pessoas que possuem mais informação e conhecimento partilhável não contribuírem com conteúdos para as formações, uma vez que, anteriormente, se referiu que as formações não são disponibilizadas regularmente, e na opinião de muitos, não são incentivadas externamente à organização.

SINOPSE

62,1% dos enfermeiros respondentes considera possuir conhecimentos e competências necessárias para aderir a um projecto de mudança que vise a qualidade dos serviços. Dos 37,9% dos enfermeiros que responderam negativamente destacam como necessidades e eventuais causas para o desconhecimento a falta de acções de formação de sensibilização para a qualidade (85%) e a falta de formação em tecnologias de informação e comunicações (60% dos enfermeiros). As falhas indicadas prendem-se com causas inerentes à organização e, como tal,

Para terminar este vasto tema em análise, a qualidade na organização de saúde, Hospital CUF Infante Santo, impõe-se o estudo do tópico seguinte que inclui a constituição de qualidade em saúde na vertente relacional com a organização e com o processo de melhoria contínua.

4.2.3 Qualidade em Saúde, relação com a Organização, Processo de Melhoria Contínua

Pretende-se, neste ponto, analisar o conceito de qualidade na perspectiva de enfermagem, pois como refere Hesbeen (2001), a orientação para o cuidar legitima muita da desmotivação destes profissionais, perante metodologias de medição da qualidade mensuráveis, porém, muitas vezes, na sua essência, redutores e que por isso não atingem o cerne da avaliação dos cuidados. Muitas vezes, a avaliação quando redutível poderá ser errónea. Assim, é relevante verificar que a avaliação dos cuidados pressuponha a consequente satisfação das necessidades do cliente, estando inculcada a imprescindibilidade desta satisfação na definição de qualidade da organização de saúde.

A determinação do conceito de Qualidade em Enfermagem infere-se por meio das respostas obtidas quanto ao Conceito de Qualidade em Saúde da organização, na perspectiva dos enfermeiros.

Deste modo, tem-se que, como analisado anteriormente, estes conceitos comungam do mesmo sentido, estando conectados na mesma direcção.

Assim, como já supramencionado o Gabinete de Qualidade do Hospital Cuf Infante Santo preconiza a seguinte definição de qualidade em saúde: "satisfação das necessidades e expectativas dos clientes, com a colaboração e satisfação dos colaboradores ao menor custo". As definições mais proferidas pelos enfermeiros (num total de 29 dos enfermeiros) descrevem que qualidade em saúde está intrinsecamente ligada a "Satisfação das necessidades do cliente", "Obtenção de uma boa gestão de recursos humanos e materiais/optimização dos recursos". Ambas se complementam e demonstram conhecimento relativo à definição de qualidade em saúde instituída pela organização.

O enquadramento teórico profere a indispensabilidade de satisfação do cliente e das suas necessidades (focando, deste modo, os resultados) e este aspecto é efectivamente o mais referido pelos enfermeiros. Denota-se, todavia, que os enfermeiros, não desprezam a estrutura e processos, ao mencionarem (11 enfermeiros) a "gestão de recursos humanos e materiais / optimização dos recursos", como se observa na tabela 29.

Para terminar este vasto tema em análise, a qualidade na organização de saúde, Hospital CUF Infante Santo, impõe-se o estudo do tópico seguinte que inclui a constituição de qualidade em saúde na vertente relacional com a organização e com o processo de melhoria contínua.

4.2.3 Qualidade em Saúde, relação com a Organização, Processo de Melhoria Contínua

Pretende-se, neste ponto, analisar o conceito de qualidade na perspectiva de enfermagem, pois como refere Hesbeen (2001), a orientação para o cuidar legitima muita da desmotivação destes profissionais, perante metodologias de medição da qualidade mensuráveis, porém, muitas vezes, na sua essência, redutores e que por isso não atingem o cerne da avaliação dos cuidados. Muitas vezes, a avaliação quando redutível poderá ser errónea. Assim, é relevante verificar que a avaliação dos cuidados pressuponha a conseqüente satisfação das necessidades do cliente, estando inculcada a imprescindibilidade desta satisfação na definição de qualidade da organização de saúde.

A determinação do conceito de Qualidade em Enfermagem infere-se por meio das respostas obtidas quanto ao Conceito de Qualidade em Saúde da organização, na perspectiva dos enfermeiros.

Deste modo, tem-se que, como analisado anteriormente, estes conceitos comungam do mesmo sentido, estando conectados na mesma direcção.

Assim, como já supramencionado o Gabinete de Qualidade do Hospital Cuf Infante Santo preconiza a seguinte definição de qualidade em saúde: “satisfação das necessidades e expectativas dos clientes, com a colaboração e satisfação dos colaboradores ao menor custo”. As definições mais proferidas pelos enfermeiros (num total de 29 dos enfermeiros) descrevem que qualidade em saúde está intrinsecamente ligada a “**Satisfação das necessidades do cliente**”, “**Obtenção de uma boa gestão de recursos humanos e materiais/optimização dos recursos**”. Ambas se complementam e demonstram conhecimento relativo à definição de qualidade em saúde instituída pela organização.

O enquadramento teórico profere a indispensabilidade de satisfação do cliente e das suas necessidades (focando, deste modo, os resultados) e este aspecto é efectivamente o mais referido pelos enfermeiros. Denota-se, todavia, que os enfermeiros, não desprezam a estrutura e processos, ao mencionarem (11 enfermeiros) a “gestão de recursos humanos e materiais / optimização dos recursos”, como se observa na tabela 29.

Assim, abordada a questão do conceito da qualidade na perspectiva de enfermagem, impõe-se a análise do modo como percebem a monitorização, quanto à relação deste conceito com a organização. Ou seja, de que forma os seus colaboradores, incorporam na prestação de cuidados (no processo) e como este se verifica aquando da aplicação da metodologia da melhoria contínua.

Numa abordagem inicial, na pergunta II.10 Na prestação de cuidados, os enfermeiros têm em conta a qualidade do serviço prestado ao utente, é extremamente importante e digno de referência que 86 enfermeiros considera ter em conta a qualidade no serviço que prestam ao utente, isto dos 87 que responderam o que representa 98,9% dos enfermeiros.

Dos 87 enfermeiros que responderam à questão II.12 O enfermeiro tem consciência de que os serviços que presta ao utente, fazem parte de um processo de atendimento contínuo, 78 enfermeiros (89,6%) afirmam concordar com o facto de compreenderem que os cuidados que prestam constituem uma parte do processo de atendimento contínuo e 73 enfermeiros (que corresponde a 83,9% das respostas) têm noção que dessa cadeia resulta, que ao existir a ocorrência de um erro, devido ao processo de cuidados contínuo, este erro poderá reflectir-se a outros níveis do atendimento, como questionado na pergunta II.13 (Se um enfermeiro errar, as consequências verificam-se a vários níveis do processo de atendimento do utente, implicando outros profissionais e outros serviços).

Todavia, verifica-se através da questão II.23 Verifica-se cooperação entre os diferentes serviços de enfermagem e os diferentes sectores da organização, que apenas 50,5%, concorda com a afirmação, o que corresponde a 44 respostas, existindo 39 que discordam (44,8%). Deste modo, evidencia-se que o trabalho de prestação de cuidados se efectua num encadeado contínuo, estando este facto ciente e evidente para a maioria dos respondentes. Pelo que, deveria pressupor cooperação. No entanto, esta não reúne o consenso, na medida em que, praticamente, metade dos respondentes referem não perceberem a existência de cooperação, que é uma necessidade premente para o funcionamento da organização.

Um aspecto crucial, desde o ensino elementar da enfermagem, é a importância da definição de prioridades na prestação de cuidados ao cliente, sendo este conteúdo incorporado na formação de base e um peça chave para um atendimento com qualidade. Quando confrontados com esta dimensão, na questão II.15 A enfermagem preocupa-se em identificar problemas e resolvê-los de acordo com a sua prioridade, 93,1% dos enfermeiros demonstram essa preocupação, estando inerente à atribuição de prioridades a organização do próprio trabalho. Destes mais de 50% (55,1%) concordam completamente com a afirmação.

A Ordem dos Enfermeiros (O.E.) em 2001 indicou, como referido no enquadramento teórico, que “a própria evolução da sociedade portuguesa e as suas expectativas de acesso a padrões de cuidados de enfermagem de mais elevada qualificação técnica, científica e ética” espera “satisfazer níveis de saúde cada vez mais exigentes, assim como a organização desses cuidados”.

Sendo os Padrões de Qualidade de Cuidados de Enfermagem, elaborados pela O.E. (2001), definidos em seis categorias de enunciados descritivos:

- A satisfação do utente;
- A promoção da saúde;
- A prevenção de complicações;
- O bem-estar e o auto cuidado;
- A readaptação funcional;
- A organização dos cuidados de enfermagem.

Com a análise efectuada, quanto a este aspecto, depreende-se que estes profissionais estão imbuídos e motivados para a qualidade, sendo evidente a preocupação, e o importante papel destes profissionais quanto à satisfação das necessidades do utente, e conseqüentemente, à promoção de saúde e prevenção de complicações. A organização dos cuidados é igualmente um aspecto fundamental e tomado em consideração pela maioria dos enfermeiros respondentes. Os enunciados descritivos correspondem a normas de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros que numa terminologia mensurável permitem descrever nos cuidados prestados aos utentes o que é necessário para conseguir prestar esses cuidados e qual o resultado esperado, visando explicitar a natureza e englobar os diferentes aspectos da profissão de enfermagem.

Deste modo, considera-se positivo para a implementação de um sistema de qualidade, nesta organização os resultados obtidos, no sentido de que o conceito de qualidade para os enfermeiros respondentes encontra-se em consonância com o estabelecido formalmente para a organização, os enfermeiros encaram o seu trabalho, reflectindo a qualidade no serviço que prestam ao utente, têm noção de que os cuidados prestados fazem parte de um todo, não podendo ser considerados actos isolados e priorizam aquando prestam os cuidados de forma a promover o melhor, mais rápido, eficaz e assertivo atendimento.

A pesquisa do conceito da qualidade dá lugar à análise do conceito de melhoria contínua, sendo que a elaboração de guias orientadores da boas práticas de cuidados de enfermagem, baseados na evidência empírica, constitui uma base estrutural importante e sistematizada para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, permitindo que no processo de

tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, sejam incorporados os resultados da investigação da sua prática, como defendido no quadro de referência.

A questão II.21 Na enfermagem, as mudanças são discutidas antes de serem implementadas, antes de chegar a perguntas relacionadas com a melhoria contínua, pretende saber, inicialmente, se as mudanças, na percepção dos enfermeiros, são discutidas antes de ser implementadas. É demonstrativo que 45 dos 87 (51,7%) enfermeiros respondentes discordam com a afirmação e 23 enfermeiros, discordam completamente, correspondendo a 78,1% das respostas.

Assim, impõe-se que não é promovida uma discussão e análise de situação, nomeadamente através de uma análise SWOT (*Strengths, Weakness, Opportunities, e Threats*). Esta estratifica e planeia, por meio da detecção de oportunidades e ameaças (externas) e dos pontos fortes e fracos (internos) para avaliar o método utilizado para alcançar o objectivo pretendido. Esta análise pode sintetizar-se numa matriz SWOT e deverá ser, tanto quanto possível, dinâmica e permanente. Como defende Teixeira (1998), além da análise da situação actual, esta deve confrontá-la com a situação no passado, a sua evolução e a situação prevista no futuro.

Uma análise deste tipo deverá ser o princípio e o caminho para definir um desejo, um objectivo ou uma mudança estratégica, para o decisor conseguir equacionar, quando as mudanças propostas são tangíveis ou intangíveis. Infere-se deste modo, que esta análise constitui um aspecto impreterível para a adesão ao projecto de mudança (Teixeira, 1998).

Se conhecem o conceito de qualidade, têm consciência de que os serviços prestados ao utente fazem parte de um processo de atendimento contínuo. Logo, se um erro surgir, as consequências verificam-se a vários níveis do processo de atendimento do utente, implicando outros profissionais e outros serviços e se existe a preocupação em identificar problemas e resolvê-los de acordo com a sua prioridade, a consciencialização para a qualidade está no bom caminho.

Passa, então, por assessorar qualquer plano de mudança da devida análise de situação e discussão prévia antes da implementação, na medida em que, o envolvimento dos colaboradores só contribui beneficemente para o sucesso de qualquer projecto de mudança, sendo a adesão facilitada. Lopes e Capricho (2007:188) ao citarem Ishikawa (1995) advogam exactamente esta ideia, quando referem "O controle de qualidade começa com a educação e termina com a educação". Consideram, portanto, a:

“formação e a aprendizagem organizacional como detentores de um papel facilitador no processo de sensibilização, informação, comunicação, educação, adaptação e compreensão dos novos valores, princípios e objectivos culturais da mudança, sem o qual o processo de implementação da qualidade total poderá fracassar”.

Relativamente ao envolvimento dos enfermeiros em projectos de melhoria contínua, foram colocadas as seguintes questões (ver tabela x.x, apresentada anteriormente):

II.24 Os enfermeiros estão envolvidos na elaboração de projectos relacionados com a melhoria contínua na prestação de cuidados.

II.25 Na enfermagem, o profissional tem condições de aproveitar todo o seu potencial para a melhoria do trabalho.

II.26 A enfermagem participa nos projectos relacionados com a Gestão da Qualidade da Organização.

Neste sentido, 73,5% dos enfermeiros respondentes, relativamente à questão II.24 (Os enfermeiros estão envolvidos na elaboração de projectos relacionados com a melhoria contínua na prestação de cuidados) considera estar envolvido na elaboração de projectos relacionados com a melhoria contínua na prestação de cuidados. Todavia, a maioria (60,9% dos respondentes) considera ver o seu potencial desaproveitado para a melhoria do trabalho que desenvolve (II.25 Na enfermagem, o profissional tem condições de aproveitar todo o seu potencial para a melhoria do trabalho).

Na questão II.26 (A enfermagem participa nos projectos relacionados com a Gestão da Qualidade da Organização) torna-se evidente que 56 dos 87 enfermeiros respondentes (64,3%) concordam com o facto de se relacionarem com projectos ligados à Gestão da Qualidade da Organização, o que é bastante positivo.

Como refere António e Teixeira (2007), o modelo EFQM passou rapidamente a ser utilizado como uma ferramenta de diagnóstico e de auto-avaliação quanto ao sistema de gestão apropriado, para a qualidade. Este desenvolveu oito conceitos fundamentais de excelência (explanados no enquadramento teórico), sendo que aqui apenas interessa salientar a importância de 5:

- Orientação para os Resultados;
- Focalização no Cliente;
- Liderança e consistência no propósito;
- Desenvolvimentos e Envolvimentos das Pessoas;
- Aprendizagem Contínua, Inovação e Melhoria;

Os colaboradores, neste caso enfermeiros, numa organização que pretenda uma gestão de qualidade, deverão sentir-se envolvidos (que acontece quanto à maioria, como verificado). Este envolvimento passa pela capacidade da liderança quanto à transmissão dos objectivos dos projecto ou da mudança, para assim, com consistência conseguir ter enfermeiros a trabalharem no sentido da organização de saúde, numa aprendizagem e melhoria contínua, com as inovações necessárias, sem nunca olvidar a focalização derradeira, a satisfação do cliente. Estes aspectos

mencionados correspondem aos elementos determinantes da qualidade e do processo de melhoria contínua, preconizados por Chiavenato (2004) e referidos ao longo do texto:

- Satisfação do cliente
- Gestão de Processos
- Envolvimento de todas as pessoas
- Inovação constante
- Liderança.

Mencionaram-se aspectos no estado da arte que agora se consideram extremamente pertinentes, nomeadamente a menção de Mezomo (2001), que a decisão é a única arma de implementação da melhoria da qualidade. Ela pressupõe que:

- Se conheçam as suas etapas;
- Se conheçam as suas barreiras;
- Se identifique o tempo necessário para a sua operacionalização;
- Exista uma liderança verdadeira;
- Se utilizem técnicas de melhoria, sobretudo a monitorização dos processos e dos resultados;
- Se estabeleça uma eficiente COMUNICAÇÃO e COLABORAÇÃO.

Desta forma e como evidenciam Lopes e Capricho (2007), o último pressuposto torna-se vital, citando o envolvimento dos colaboradores nas políticas de gestão da qualidade, através da formação e da motivação, como modo preponderante para se conseguir a implementação.

Hesbeen (2000) e Chiavenato (2004) referem, ainda, como elementos determinantes da qualidade numa organização, para que exista melhoria dessa mesma qualidade num processo contínuo é necessário verificar-se o envolvimento de todas as pessoas e que os processos de inovação sejam aceites por todos. Uma mudança só tem sucesso quando for aceite por todos e em que todos participem activamente para a melhoria do resultado sendo, por isso, fulcral considerar todo o potencial existente e aproveitá-lo para a melhoria contínua do trabalho desenvolvido. Para que exista mudança, é necessário que exista motivação e consciencialização do problema, sendo o líder peça chave na gestão de uma equipa e da organização, como defendem estes autores.

SINOPSE

Num parâmetro em que se pretende conhecer a qualidade em saúde numa perspectiva relacional com a organização de saúde em causa, impõe-se o conhecimento da perspectiva dos enfermeiros relativamente ao conceito de qualidade em saúde que detêm, e o seu confronto com o preconizado formalmente pelo Gabinete de Qualidade do Hospital Cuf Infante Santo, evidenciando-se que as definições mais proferidas pelos enfermeiros (num total de 29 dos enfermeiros) descrevem que qualidade em saúde está intrinsecamente ligada a “Satisfação das necessidades do cliente”, “Obtenção de uma boa gestão de recursos humanos e materiais/otimização dos recursos”. Ambas se complementam e demonstram conhecimento relativo à definição de qualidade em saúde instituída pela organização.

Deste modo, imbuídos desta premissa é coerente que 98,9% dos enfermeiros considere ter em conta a qualidade no serviço que prestam ao utente. Torna-se um aspecto importante, numa organização que pretende primar pelos cuidados de qualidade. Se a prestação de cuidados, cabe directamente à classe profissional de enfermagem é preponderante que estes pensem neste conceito e o coloquem em destaque no desenvolvimento da sua actividade profissional.

Por outro lado, 89,6% afirmam concordar com o facto de compreenderem que os cuidados que prestam constituem uma parte do processo de atendimento contínuo e 83,9% dos respondentes têm noção que dessa cadeia resulta, que ao existir a ocorrência de um erro, devido ao processo de cuidados contínuo, este erro poderá reflectir-se a outros níveis do atendimento. Todavia, verifica-se que apenas 50,5% concordam com a afirmação da existência de cooperação entre os diferentes serviços da organização. A existência de cooperação é vital, ou seja, uma necessidade premente para o funcionamento de toda a engrenagem da organização, sendo, por este facto, uma necessidade examinar o fundo desta última percepção.

Um aspecto crucial, desde o ensino elementar da enfermagem, é a importância da definição de prioridades na prestação de cuidados ao cliente, sendo este conteúdo incorporado na formação de base e um peça chave para um atendimento com qualidade. Quando confrontados com esta dimensão, 93,1% dos enfermeiros demonstram essa preocupação, estando inerente à atribuição de prioridades a organização do próprio trabalho. Destes mais de 50% (55,1%) concordam completamente com a afirmação.

Procurou-se saber se as mudanças, na percepção dos enfermeiros, são discutidas antes de ser implementadas e 78,1% das respostas discordam com este facto.

Passa, então, por assessorar qualquer plano de mudança da devida análise de situação e discussão prévia antes da implementação, na medida em que o envolvimento dos colaboradores só contribui beneficentemente para o sucesso de qualquer projecto de mudança, sendo a adesão facilitada. Só após este processo de análise se consegue implementar algo novo de forma sustentada e assim passar à acção e continuar o ciclo da melhoria contínua ininterruptamente.

Dos enfermeiros respondentes, 73,5% considera estar envolvido na elaboração de projectos relacionados com a melhoria contínua na prestação de cuidados. Todavia a maioria (60,9% dos respondentes) considera ver o seu potencial desaproveitado para a melhoria do trabalho que desenvolve.

Por outro lado, 64,3% enfermeiros respondentes concordam com o facto de estarem relacionados com projectos ligados à Gestão da Qualidade da Organização, o que é bastante positivo.

Após estas reflexões, considera-se terminada a análise de todas as questões relacionadas com a qualidade em saúde, sucede-se a análise das questões relativas à comunicação na organização de saúde do Hospital Cuf Infante Santo, com a seguinte organização, que se recapitula:

- Comunicação numa Organização de Saúde
 - Comunicação Interna
 - Inovação
 - Imagem Global
 - O papel da *Intranet*
 - Circulares Internas

Manteve-se a mesma dinâmica efectuando-se uma síntese no fim de cada tópico de forma a sistematizar os dados obtidos, sendo facilitada a triagem das ideias mais importantes, de acordo com os objectivos para posterior preenchimento da matriz.

4.3 Comunicação na Organização de Saúde HCIS

A comunicação numa organização de saúde pode estabelecer-se de diversas formas, simplificando-se em comunicação interna e externa. Naturalmente cada uma das formas de comunicação cumpre objectivos distintos e reveste-se de diferentes âmbitos quanto à população alvo. Importa realçar que, nomeadamente na comunicação interna independentemente do formato que a comunicação adopte, ou seja o canal escolhido para transmitir a mensagem, as redes não são estanque, logo para diferentes graus de complexidade dos problemas e de interdependência das tarefas assim se utiliza uma via de comunicação, podendo utilizar-se várias redes na mesma organização, consoante a informação, os interlocutores que pretendem comunicar e a tarefa a realizar. É da utilização dos vários modos de comunicação que surge a eficiência organizacional, podendo alcançar-se níveis de qualidade cada vez mais elevados.

Como evidenciado no estado da arte, Hampton (1983:353) refere que um sistema de comunicação deve ser “desenhado para satisfazer os requisitos exigidos ao processamento das informações para as tarefas da organização”.

Tendo como partida estes considerandos, assume-se, como de extrema importância para o sucesso da organização o nível de envolvimento que os colaboradores, neste caso os enfermeiros, têm relativamente à comunicação interna de forma a garantir o funcionamento óptimo da organização hospitalar em causa.

4.3.1 Comunicação Interna

Nesta categoria pretende-se apreciar, como funciona a “corrente sanguínea” da organização, se os membros dos serviços, os enfermeiros, estão alimentados do seu “oxigénio e nutrientes” informacionais e tecnológicos, vitais ao seu bom funcionamento e desenvolvimento.

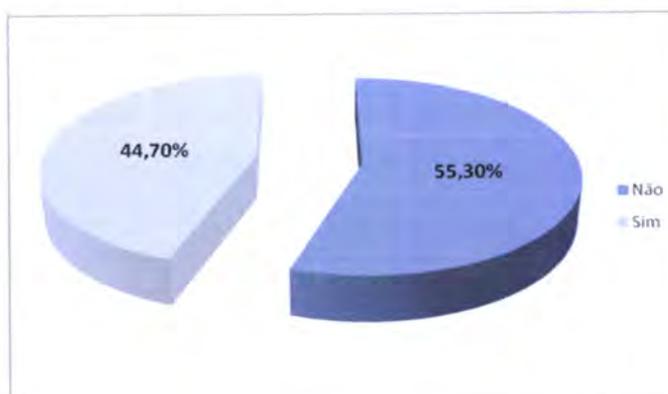
Deste modo, pretende-se conhecer o parecer dos enfermeiros relativamente aos canais de comunicação existentes (ver tabela 31 e gráfico 15), cultura de diálogo da organização (ver tabela 34 e gráfico 17), disponibilidade e transmissão de informação (tabela 36).

Tabela 31 - Existem canais de comunicação interna, suficientes para a disseminação da informação, dentro da organização?

| | Nº | % |
|----------------|----|-------|
| Não | 47 | 55.3 |
| Sim | 38 | 44.7 |
| Total | 85 | 100.0 |
| Valor em falta | 3 | |

Representa-se graficamente com o seguinte formato:

Gráfico 15 - Existem canais de comunicação interna, suficientes para a disseminação da informação, dentro da organização?



Pela observação do gráfico 15 verifica-se que mais de 50% dos enfermeiros (concretamente 55,3%), que responderam, afirmam não haver canais de comunicação interna, suficientes para a disseminação da informação, dentro da organização.

Os enfermeiros que responderam positivamente à questão anterior referem sobretudo, como se observa na tabela 33 e graficamente no Gráfico 16, que as circulares internas (86,8%), consistem no meio mais utilizado, actualmente na organização, para transmitir algo. É a forma habitual de fazer chegar informações aos serviços. Todavia, evidencia-se que este canal é utilizado para a transmissão de informações mais no sentido descendente, que como referido, por Pina (2004) flui dos níveis hierárquicos superiores para os inferiores e é meramente informativo não possibilitando o diálogo.

Aquando da opção por este canal, pode-se examinar a tabela 32, um resumo apresentado no estado da arte, para compreender as causas da escolha deste.

Tabela 32 - Os quatro elementos básicos da comunicação - algumas possíveis características

| Objectivos do Emissor | Atributos da Mensagem | Escolha do Canal | Características do Receptor |
|--|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Educar ▪ Formar ▪ Motivar/Incentivar ▪ Chamar a atenção ▪ Informar | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Terminologia ▪ Não-verbal ▪ Factos ▪ Profissionalismo ▪ Formalidade ▪ Dimensão/extensão | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Boletim informativo ▪ Circular Interna | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Acesso ao canal ▪ Localização na rede informal (alcança todos os serviços e por conseguinte todos os enfermeiros) |

Adaptado de Clarpitt (2001;103)

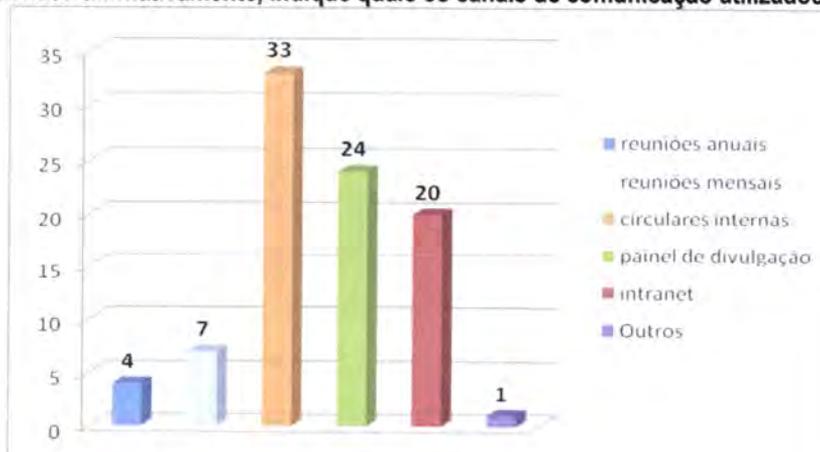
Assume-se, portanto, que este canal apenas possibilita comunicar, advertir ou eventualmente chamar a atenção, formando quando dá informações importantes para o desenvolvimento da actividade profissional, ou motivando quando simplesmente comunica a existência de um novo serviço, uma inovação na organização, ou simplesmente documenta um aumento para os profissionais. Este canal, quanto a atributos da mensagem prima pelo profissionalismo, formalidade e permite alcançar todos os colaboradores da organização, porém não permite a discussão, o diálogo, ou um simples feedback do receptor.

Tabela 33 - Se respondeu afirmativamente, indique quais os canais de comunicação utilizados:

| | Nº | % |
|-------------------------------|----|------|
| Reuniões anuais | 4 | 10.5 |
| Reuniões mensais / quinzenais | 7 | 18.4 |
| Circulares internas | 33 | 86.8 |
| Painel de divulgação | 24 | 63.2 |
| Intranet (JMS) | 20 | 52.6 |
| Outros | 1 | 2.6 |
| Internet | | - |

Graficamente apresenta a seguinte configuração:

Gráfico 16 - Se respondeu afirmativamente, indique quais os canais de comunicação utilizados:



Também, foram referidos, mas em menor número, os painéis de divulgação ou posters, por considerarem que por ser estático apenas permite a divulgação junto daqueles que passem por esse mesmo local e a *intranet* pois ainda não funciona na organização de forma eficaz, consistindo, por esta razão, uma quimera na opinião de muitos.

As reuniões têm menor percentagem de resposta, na medida em que, não são empregadas pelos serviços de igual modo. Nomeadamente, apenas um serviço efectua reuniões de serviço quinzenais para discussão de casos, como pequenos momentos de formação e esclarecimento de dúvidas. Noutra vertente, a realidade de outros serviços, passa apenas pela reunião anual para discussão de problemas pontuais que decorreram no serviço em causa, durante o ano volvido.

Um facto é que todas as mensagens atravessam algum tipo de canal como corrobora Clampitt (2001), consequentemente do mesmo modo que o fio eléctrico afecta o fluxo da electricidade, também o canal interfere nas mensagens, sendo por isso tão importante questionar sobre os canais existentes. Assim, é determinante verificar o canal mais adequado a utilizar para o envio das mensagens, na medida em que, e como menciona Pina e Cunha (2004:359) “as características dos canais determinam a natureza dos códigos que podem ser transmitidos através deles.”

Deste modo há ainda a investir nesta área, de forma a tornar a *intranet* na organização uma realidade, uma vez que esta já existe a um nível mais alargado, nomeadamente, no Grupo José de Mello Saúde (JMS), como forma de unificar as várias organizações do grupo, através da *intranet* da JMS. Neste momento será apenas necessário investir numa *intranet* a um nível mais micro-organizacional, instituindo este canal de comunicação na organização, pois os meios já existem, ou seja, os suportes informáticos.

Deve-se pensar em termos de método de comunicação interna e, posteriormente, em termos de suporte, analogamente, na medicina, diagnostica-se previamente para depois se definir um tratamento. Nesta situação, existem os meios, mas ou são incompetentemente utilizados ou até mesmo desaproveitados. Deve-se pensar e desenhar o método e em seguida, optar pelo suporte, ou canal que viabilizará a comunicação. O método corresponde ao meio para chegar ao fim previamente definido (Almeida, 2003).

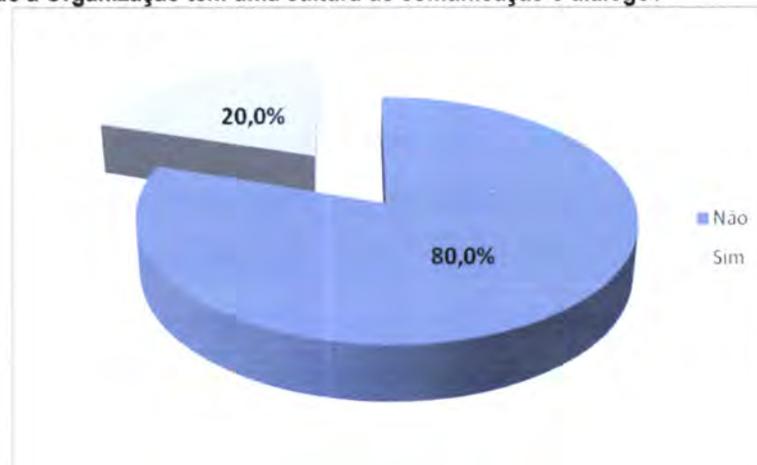
Quando questionados acerca da cultura de comunicação e diálogo, as respostas corroboram o mencionado anteriormente.

Tabela 34 - Considera que a Organização tem uma cultura de comunicação e diálogo?

| | Nº | % |
|----------------|----|-------|
| Não | 68 | 80.0 |
| Sim | 17 | 20.0 |
| Total | 85 | 100.0 |
| Valor em falta | 3 | |

A apresentação gráfica é a seguinte:

Gráfico 17 - Considera que a Organização tem uma cultura de comunicação e diálogo?



Dos enfermeiros que responderam a esta questão 80% diz que a organização não tem uma cultura de comunicação e diálogo (tabela 34).

Os 17 enfermeiros que responderam positivamente referem, novamente, como se constata na tabela 35, a existência principal, das circulares internas (92,9%), e dos painéis de divulgação (71,4%), que como já demonstrado são efectivamente meios que permitem mais a transmissão de informação do que a comunicação efectiva com dois fluxos, pois não permite o estabelecimento de diálogo e o debate de questões. A *intranet* do grupo José Mello Saúde (JMS) (57,1%), as reuniões mensais e anuais, as reuniões de equipa e “o diz que disse”, são também mencionados.

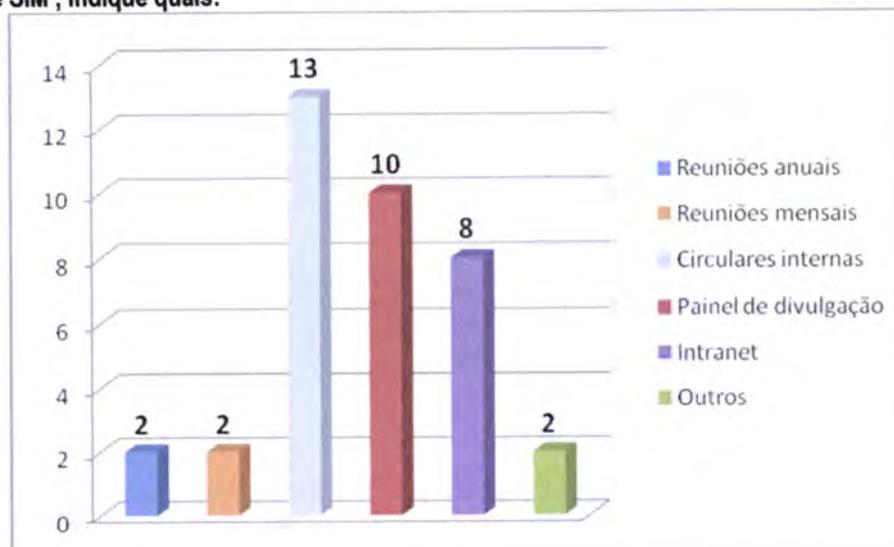
Tabela 35 - Se SIM , indique quais:

| | Nº | % |
|----------------------|----|------|
| Reuniões anuais | 2 | 14.3 |
| Reuniões mensais | 2 | 14.3 |
| Circulares internas | 13 | 92.9 |
| Painel de divulgação | 10 | 71.4 |
| Intranet JMS | 8 | 57.1 |
| Outros | 2 | 14.3 |

- Reuniões de equipa
- "Diz que disse"

Representa-se graficamente da seguinte forma:

Gráfico 18 - Se SIM , indique quais:



Deste modo e passando à questão seguinte ainda no âmbito da comunicação interna: Considera que tem à sua disposição informação necessária para o excelente desempenho das suas funções? Um número elevado dos enfermeiros (70,6%) referem que não tem à sua disposição informação necessária para o excelente desempenho das suas funções, como se observa na tabela 36. Ao nível da comunicação dentro dos serviços da organização, como forma de promoção de um bom desempenho profissional, este reflecte um escasso número.

Como apenas 25 enfermeiros responderam afirmativamente à questão quando se questionou a forma como era efectuada a transmissão da informação (ver tabela 37), apenas 8 enfermeiros referiram Instruções de trabalho, Dossiers do serviço, Normas de serviço e 7 Internet (como forma de pesquisa individual quando tem dúvidas). Apesar do número de respostas ter sido irrisório é de

referir que 3 enfermeiros mencionam ainda os Colegas, Pares, e o Trabalho em equipa como forma de fazer face à falta de informação. A entre ajuda e o auto didactismo são meios que permitem, também, alcançar resultados positivos no desenvolvimento do trabalho e a partilha de informação estimula a comunicação entre pares, tem efeitos absolutos na auto-estima, no espírito de grupo e de pertença e conduz ao desenvolvimento de capacidades comunicacionais.

Tabela 36 - Considera que tem à sua disposição informação necessária para o excelente desempenho das suas funções?

| | Nº | % |
|----------------|----|-------------|
| Não | 60 | 70.6 |
| Sim | 25 | 29.4 |
| Total | 85 | 100.0 |
| Valor em Falta | 3 | |

Tabela 37 - Transmissão de informação efectuada a partir de:

| Unidades de Registo | Unidades Enumeração |
|--|---------------------|
| Respostas em BRANCO | 74 |
| "...instruções de trabalho, Dossiers do serviço, Normas de serviço..." | 8 |
| "...internet (como forma de pesquisa individual quando tem dúvidas) ..." | 7 |
| "...colegas, Pares, Trabalho em equipa..." | 3 |
| "...orientações da chefia, comunicados, reuniões de serviço..." | 3 |
| "...canais de comunicação interna não são eficazes..." | 1 |

É inquestionavelmente relevante o número de respostas em branco.

Todavia, quando questionados acerca da disponibilização de informações relacionadas com os objectivos do serviço, 65,5% referem ser detentores dessa informação (dados na tabela 38).

Tabela 38 - São-lhes transmitidas informações sobre os objectivos do serviço, onde desenvolve a sua actividade profissional?

| | Nº | % |
|----------------|----|-------------|
| Não | 30 | 34.5 |
| Sim | 57 | 65.5 |
| Total | 87 | 100.0 |
| Valor em falta | 1 | |

Infere-se, pela observação da tabela que 65,5% dos respondentes afirmam que lhes é transmitidas informações sobre os objectivos do serviço, onde desenvolvem a sua actividade profissional, mas, apenas 45,3% afirma que lhes eram transmitidas informações sobre os planos a

curto e longo prazo do serviço, onde desenvolve a sua actividade profissional, como se expõe na tabela 40.

A forma de transmissão dessa informação vital para o funcionamento da organização, nomeadamente, a transmissão dos objectivos do serviço é efectuada através de reuniões anuais de serviço, reunião de avaliação de desempenho (também anual), reunião formal, individual (16 em 57 respostas positivas), ou através de reuniões informais com a chefe, reuniões de serviço (15 em 57 respostas positivas) (ver tabela 39).

Tabela 39 - Informação relacionada com Objectivos do Serviço (transmissão de informação efectuada a partir de):

| Unidades de Registo | Unidades de Enumeração |
|---|------------------------|
| Respostas em BRANCO | 48 |
| "...reuniões anuais, reunião de avaliação de desempenho (anual), reunião formal, individual..." | 16 |
| "...verbalmente através de reuniões informais com a chefe, reuniões de serviço..." | 15 |
| "...reuniões quinzenais de serviço com o 2º elemento..." | 7 |
| "...por escrito, através de reuniões com a chefe..." | 3 |
| "...através de colegas / pares..." | 2 |
| "...circulares internas..." | 1 |
| "...no momento de integração ao serviço..." | 1 |
| "...reunião com direcção..." | 1 |

Fonte: Elaboração própria

Tabela 40 - São-lhes transmitidas informações sobre os planos a curto e longo prazo do serviço, onde desenvolve a sua actividade profissional?

| | Nº | % |
|----------------|----|-------|
| Não | 47 | 54.7 |
| Sim | 39 | 45.3 |
| Total | 86 | 100.0 |
| Valor em falta | 2 | |

Como se evidencia na tabela 41, as informações sobre os planos a curto e longo prazo do serviço são transmitidas numa reunião formal de serviço com chefe (10 em 39 respostas positivas), as restantes respostas detêm poucos respondentes.

Tabela 41 - De que forma é transmitida a informação relacionada com os planos a Curto e Longo prazo para o serviço

| Unidades de Registo | Unidades de Enumeração |
|--|------------------------|
| Respostas em BRANCO | 67 |
| "...reunião formal de serviço com chefe..." (1 menciona que é uma reunião de informação muito importante) | 10 |
| "...reunião informal com chefe..." | 4 |

| | |
|--|---|
| "...reuniões anuais / Reuniões mensais / Na reunião de avaliação..." | 3 |
| "...informação por escrito para o serviço..." | 3 |
| "...reuniões quinzenais com 2º elemento – responsável de serviço..." | 2 |
| "...partilha com a restante equipa de trabalho..." | 2 |
| "...informação insuficiente..." | 1 |

Fonte: Elaboração própria

Tendo como ponto de partida estes aspectos importantes da comunicação interna reveste-se de especial importância o investimento de tempo, dinheiro e energia para a questão do aperfeiçoamento no envolvimento dos colaboradores nos processos organizacionais, nomeadamente na disponibilização de informação que possibilite um bom desempenho da sua actividade, o que passa pelo conhecimento dos objectivos do serviço, bem como, das metas a curto e longo prazos.

Contudo, o facto de se mencionar muitas vezes que a comunicação nas organizações é deficiente não evidencia o que está efectivamente a falhar. Torna-se, portanto, fundamental para resolver tais problemas indeterminados, distinguir particularizando qual a barreira existente, daí a pertinência destas questões e das perguntas abertas, para tentar extrair o que realmente pensam. Só conhecendo o que pensam, é possível alcançar a solução. As barreiras identificadas enquadram-se nas seguintes áreas, já estudadas por Jeffries (1992):

- os objectivos e padrões de performance encontrarem-se mal explicitados, mal compreendidos, criando por conseguinte tensões;
- os sistemas de comunicação podem ser usados inadequadamente pelos colaboradores por desconhecimento dos meios disponíveis, ou por desconhecimento das redes de comunicação a utilizar para a transmissão da mensagem, e;
- a cultura, sendo que esta última barreira prende-se com a dimensão humana da organização e resulta do modo de interacção e relacionamento entre pessoas. Para minimizar e ultrapassar problemas já instalados, nomeadamente questões relacionadas com competitividade, hierarquia, estatuto, ausência de abertura e confiança, como exemplifica o mesmo autor (1992) é prioritário reunir o grupo, departamento, ou os grupos ou departamentos de forma a permitir que em grupo se identifiquem os problemas e com a tomada de consciência, estes possam ser discutidos de forma construtiva. Para esta comunicação é fundamental uma excelente capacidade de escuta atenta, capacidade de diagnóstico e de confrontação.

Um aspecto a ressaltar, passa pelo reconhecimento de que existem os meios tecnológicos para um bom desenvolvimento do trabalho, na medida em que a maior parte (80%) dos enfermeiros, que responderam, considera que os tem à sua disposição (ver tabela 42).

Tabela 42 - Considera que tem à sua disposição os meios tecnológicos necessários para um bom desenvolvido do seu trabalho?

| | Nº | % |
|----------------|----|-------------|
| Não | 17 | 20.0 |
| Sim | 68 | 80.0 |
| Total | 85 | 100.0 |
| Valor em falta | 3 | |

Aos 17 enfermeiros que responderam negativamente, imponha-se a questão da definição do que faltava, que resultou nos dados da tabela 43. Obteve-se destes, apenas resposta de 11 respondentes que proferiram o que sentiam estar em falta.

De entre as opções, 6 Enfermeiros referiram Base de dados (informação); 1 enfermeiro referiu a *intranet*; 1 enfermeiro referiu a posse de e-mail; 1 enfermeiro referiu PDA; 1 enfermeiro referiu melhor integração do sistema informático e 1 enfermeiro referiu Software para registos de enfermagem peri-operatoria em todas as suas vertentes, cursos *e-learning*s. Tanto a internet com acesso livre, como a rede partilhada entre computadores, já existe, daí resulta os 0%.

Tabela 43 - Se NÃO indique o que falta.

| | Nº | % |
|------------------------------------|----|-------------|
| Internet com acesso livre | 0 | 0.0 |
| Rede partilhada entre computadores | 0 | 0.0 |
| <i>Intranet</i> | 1 | 5.9 |
| Base de dados (informação) | 6 | 35.3 |
| e-mail | 1 | 5.9 |
| Outros | 3 | 17.6 |

- PDA
- Melhor integração do sistema informático
- Software para registos de enfermagem peri-operatoria (bloco operatório) em todas as suas vertentes.
- Cursos de *e-learning*s

Pode então verificar-se que o que é pedido, são, na sua maioria, situações que exigem o instrumento de trabalho como o computador, e estes existem efectivamente em todos os serviços, com terminais acessíveis a todos os enfermeiros. Assim, compreende-se que não sintam a falta dos meios tecnológicos, uma vez que já existem, falta, quanto aos respondentes um aproveitamento destes meios, de modo a rentabilizá-los para mais funções.

Esta necessidade da emergência de utilização das formas tecnológicas de comunicação possibilitadas pelos meios informáticos, pode igualmente dever-se ao facto da população da organização ser maioritariamente jovem, com menos de 30 anos, e estes meios são a sua realidade desde há muito. As necessidades são sentidas pelas pessoas e criadas por estas. Há medida que a população de enfermagem da organização vai mudando e se renovando, também as necessidades se vão modificando.

Como descrito no estado da arte, como refere Santos (1998) os três grandes territórios da comunicação são os meios de comunicação, telecomunicações e informática. Esta última está difundida pela organização e massificada para a utilização de todos os colaboradores.

Actualmente, verifica-se um cruzamento íntimo das organizações com as telecomunicações, surgindo as redes, que reorganizam as culturas, os modos de estar, de ser e de transmitir o saber. A comunicação tecnológica passa pela existência de canais próprios, nomeadamente a Internet, os sistemas operativos, que permitem muitas vezes alcançar cuidados de excelência, devido ao alcance de respostas e de conhecimentos de uma forma mais imediata e eficaz. “A convergência das tecnologias no processamento de dados e de texto, na comunicação de dados e de voz, redes, correio electrónico, etc., tem contribuído para tornar mais eficazes as comunicações” nas organizações, como defende Teixeira (1998:170).

Após a investigação quanto à transmissão dos objectivos serviço e dos planos a curto e longo prazo do serviço e da organização aos enfermeiros, impõe-se a pesquisa quanto à transmissão de informações pessoais, relativamente ao desempenho profissional de cada um (ver tabela 44), sendo vital perceber de que forma e com que periodicidade é feita.

Tabela 44 - São-lhes transmitidos informações sobre o resultado do seu desempenho em relação ao seu serviço?

| | Nº | % |
|----------------|----|-------|
| Não | 20 | 23.0 |
| Sim | 67 | 77.0 |
| Total | 87 | 100.0 |
| Valor em falta | 1 | |

Dos enfermeiros inquiridos, 77% respondeu que lhes era transmitida informações sobre o resultado do seu desempenho em relação ao seu serviço. Destes 67 respondentes, 41 afirmam que a informação chega-lhes principalmente por meio de reuniões individuais (61.2% dos enfermeiros). Também, mas com menos importância, Informalmente (25.4%) e em reuniões de serviço (14.9%), como se constata na tabela 45.

Tabela 45 - Se sim, indique resumidamente de que forma?

| | Nº | % |
|----------------------|---------------------------|-------------|
| Reuniões de serviço | 10 | 14.9 |
| Reuniões individuais | 41 | 61.2 |
| Informalmente | 17 | 25.4 |
| Outros | 4 | 6.0 |
| | ▪ Avaliação anual | |
| | ▪ Avaliação com chefe | |
| | ▪ Avaliação de desempenho | |

Tendo por base os resultados ao questionário, todas estas formas de transmitir a informação têm na sua maioria periodicidade anual (89.5%), como se observa na tabela 46.

Tabela 46 - Se sim, com que frequência?

| | Nº | % |
|-----------|--|-------------|
| Semestral | 2 | 3.5 |
| Anual | 51 | 89.5 |
| Outros | 15 | 26.3 |
| | ▪ Sempre que necessário | |
| | ▪ Quando ocorre algum problema ou quando os clientes agradecem ou reclamam | |
| | ▪ Sempre que peço | |
| | ▪ Pontualmente | |
| | ▪ Informalmente | |

A comunicação relacionada com o desempenho profissional é crucial como forma de estímulo e de incentivo à melhoria contínua. Este dever-se-ia, neste sentido, efectuar semestralmente, possibilitando assim que o enfermeiro tivesse hipótese de melhorar no segundo semestre do ano, alterando a conduta ou eliminado erros, ou se estiver tudo bem, simplesmente manter a boa prestação de cuidados. Neste sentido, promovia-se um alto nível de qualidade, relativamente a aspectos como necessidade de formação, ou de outros relacionados, directamente, com a melhoria na prestação de cuidados.

SINOPSE

De acordo com os resultados anteriormente descritos, verifica-se que 55,3% dos enfermeiros afirmam não haver canais de comunicação interna, suficientes para a disseminação da informação, dentro da organização. Os que responderam positivamente à questão anterior

referem sobretudo, as circulares internas (86,8%) como forma de comunicação mais utilizada. Este canal é limitado em termos comunicacionais, uma vez que, não possibilita um parecer ou feedback do receptor, proporcionando apenas informações, ou chamadas de atenção formais, dirigidas a todos de igual modo.

A realçar o facto de 80% dos enfermeiros responderem que a organização não tem uma cultura de comunicação e diálogo, sendo que os 17 enfermeiros que responderam positivamente referem, novamente, a existência principal das circulares internas (92,9%). Um número elevado dos enfermeiros (70,6%) referem que não tem à sua disposição informação necessária para o excelente desempenho das suas funções. Contudo, 65,5% dispõem de informações relacionadas com os objectivos do serviço. Já quanto aos planos a curto e longo prazo, menos de 50% refere conhecê-los.

Um factor positivo a ter em conta é de que uma percentagem significativa (80%) refere que possui os meios tecnológicos necessários para o bom desenvolvimento da sua actividade profissional.

Deste modo, no que respeita aos meios tecnológicos evidencia-se uma necessidade de potencializar os meios existentes, considerados suficientes pelos enfermeiros. Contudo sob aproveitados, de forma a, proporcionar outras formas de comunicação, promovendo a disponibilização de e-mails pelos enfermeiros para permitir a difusão de informação para todos dentro da organização à distância de uma clique, mais imediata e acessível, bem como, a base de dados, com informação pertinente. Outro aspecto mencionado corresponde à necessidade de software que permita aos enfermeiros de bloco operatório proceder ao preenchimento, nas várias vertentes que uma cirurgia implica, do processo do doente, uma vez que constitui uma lacuna do software actualmente instalado. Os restantes serviços já o realizam informaticamente, constando todo o processo neste suporte, excepto quanto, os clientes necessitam de recorrer ao bloco operatório.

77% Respondeu que lhes era transmitida informações, anualmente, sobre o resultado do seu desempenho em relação ao seu serviço.

Para uma gestão de qualidade, a comunicação vai muito além de um mero exercício de entrega e recepção de informação. A comunicação deve estar imbuída de informações precisas e que sejam facilitadas atempadamente de modo a que seja possível a tomada de decisão em consciência de forma a actuar em conformidade com os níveis de qualidade exigidos.

Verificou-se que a comunicação interna mereceu especial atenção, por parte dos respondentes relativamente ao questionário, na medida em que, têm presente que constitui um motor da própria organização, o “oxigénio e os nutrientes” desta. Não menos importante e, igualmente, indispensável é o aspecto da inovação, para a comunicação organizacional.

4.3.2 Inovação

A inovação está indissociavelmente ligada à temática da qualidade e paralelamente conectada à utilização de novas tecnologias, o que implica uma série de factores e o investimento em áreas de excelência. Para isso, é primordial uma adequada gestão que se preocupe em canalizar os recursos humanos e materiais já existentes para o investimento em determinadas áreas, adaptando-os. Ao inovar além de estar subjacente uma questão económica, está igualmente uma questão tecnológica (Santos, 1998).

Há, portanto, três aspectos fundamentais a considerar quando se aborda a temática da inovação, como mencionado anteriormente. Para além de perpassar a Inovação Espiritual, que se caracteriza pela capacidade de acreditar no projecto e confiar no poder do pensamento livre, a Inovação deverá ter uma componente Técnica e Tecnológica, fundamental para a implementação do projecto e por fim a inevitável Inovação Económica que implica o investimento no projecto (Ulrich Blum, 2007) “Sistema de Gestão da Inovação e Normalização”, Conferência intitulada “Qualidade e Inovação – uma relação biunívoca”.

Considerando, a comunicação, para Antonelli (2001) o nível de eficácia desta depende dos recursos aplicados por cada organização, no estabelecimento de ligações tecnológicas a outras organizações ou a instituições científicas e académicas, além de considerar o volume de informação que cada organização consegue receber e assimilar do sistema de inovação em que opera. Para o mesmo autor, o contexto institucional de um sistema económico, em termos de condições de comunicação, é um aspecto fundamental na avaliação da sua capacidade de inovação, tanto como, as necessidades sentidas pelos membros da organização. Neste âmbito, insere-se a questão seguinte, apresentando-se os dados na tabela 47:

Tabela 47 - Considerava útil a implementação da *intranet* na instituição?

| | Nº | % |
|----------------|----|-------|
| Não | 3 | 3.5 |
| Sim | 82 | 96.5 |
| Total | 85 | 100.0 |
| Valor em falta | 3 | |

A grande maioria dos inquiridos (82 dos 85 que responderam) considera útil a implementação da *intranet* na instituição, sendo uma percentagem importante. É perceptível que em termos de condições de comunicação há uma lacuna na instituição e simultaneamente é demonstrada disponibilidade por parte dos enfermeiros para a sua introdução na rede comunicacional existente, devendo-se a este desejo, as quase 100% das respostas.

Os conteúdos enumerados pela maior parte dos enfermeiros, passam por, como se observa na tabela 48:

- Acções de formação disponibilizadas pela instituição (64 em 82);
- Biblioteca *on-line* (base de dados) (63 em 82);
- Base de dados de comunicados internos (49 em 82).

São ainda referidos outros aspectos pontuais como: Protocolos de actuação ; Sites de saúde ; e-mail individual ; toda a informação pertinente para o desempenho da actividade profissional; Instruções de trabalho; documento acerca da aplicação da lei da higiene e segurança no trabalho; enumeração dos objectivos e metas do hospital, de forma a melhorar a partilha de informação geral, bem como disponibilização das instruções de trabalhos e normas aplicadas em cada serviço para consultar sempre que seja necessário de uma forma prática e de fácil acesso.

Tabela 48 - Se SIM, quais os conteúdos que considera pertinentes estarem disponíveis?

| | Nº | % |
|--|----|------|
| Acções de formação disponibilizadas pela instituição | 64 | 78.0 |
| Biblioteca <i>on-line</i> (base de dados) | 63 | 76.8 |
| Comunicados internos | 49 | 59.8 |
| Outros: | 10 | 12.2 |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Protocolos de actuação ▪ Sites de saúde ▪ E-mail individual ▪ Toda a informação pertinente ▪ Instruções de trabalho ▪ Aplicação da lei da higiene e segurança no trabalho ▪ Enumeração dos objectivos e metas do hospital e melhorar a partilha informação geral ▪ Ligação entre os diferentes hospitais do grupo troca de experiências entre profissionais ▪ Melhoria da comunicação ▪ Espaço reservado para as sugestões dos profissionais ▪ Informações sobre instruções de trabalhos e normas aplicada em cada serviço para consultar sempre que seja necessário | | |

Referem ainda que deveria ser possível a ligação entre as diferentes unidades de saúde do grupo de forma a possibilitar a troca de experiências entre profissionais, promovendo uma melhoria da comunicação, podendo inclusive existir espaço reservado para as sugestões dos profissionais.

A *internet* e a *intranet*, constituem, portanto, canais inerentes à comunicação tecnológica, bem como, os sistemas operativos, que permitem muitas vezes alcançar cuidados de excelência, devido ao alcance de respostas e de conhecimentos de uma forma mais imediata e eficaz, garantindo processos de aprendizagem colectivos, encarando o conhecimento tecnológico como um bem colectivo que permitirá garantir cuidados de qualidade, como explicitado no quadro de referência deste estudo. “A convergência das tecnologias no processamento de dados e de texto, na comunicação de dados e de voz, redes, correio electrónico, etc., tem contribuído para tornar mais eficazes as comunicações” nas organizações (Teixeira, 1998:170).

Relativamente à tabela 49 do Grau de Concordância do grupo de questões II, para esta categoria, tem como pertinentes a resposta a duas questões.

Tabela 49 - Grau de concordância Grupo II, perguntas relacionadas com a inovação:

| | Concordo completamente | Concordo | Discordo | Discordo completamente | Não sei Não se aplica Indeciso |
|-------|------------------------|----------|----------|------------------------|--------------------------------------|
| II.16 | 26 | 43 | 14 | 1 | 2 |
| II.20 | 2 | 25 | 42 | 13 | 5 |

Legenda:

II.16 Na enfermagem, as inovações são bem recebidas, nomeadamente novas tecnologias e novos meios de comunicação sendo estes incorporados no serviço, gradualmente.

II.20 A implementação de inovações, de novas tecnologias e de novas formas de comunicação é precedida de uma formação adequada.

Evidencia-se pela resposta à questão número II.16 Na enfermagem, as inovações são bem recebidas, nomeadamente novas tecnologias e novos meios de comunicação sendo estes incorporados no serviço, gradualmente, que os enfermeiros que responderam ao questionário se encontram disponíveis para receber inovações tanto a nível de novas tecnologias como de novos meios de comunicação, concordando 43 respondentes e 26 concordando completamente, dos 86 que responderam à questão formulada. Estes 43 representam 50% daqueles que responderam, totalizando como concordantes da afirmação 80,2%.

As organizações devem utilizar novos recursos para optimizar o nível de conhecimento dos profissionais e, conseqüentemente, para aumentar o rendimento e a competitividade.

Um aspecto a considerar, prende-se com o facto de a comunicação electrónica ou tecnológica estar ainda fora do âmbito de muitos estudos organizacionais, sendo por isso a sua utilização mais propícia a reflexões do que a orientações peremptórias, como reflectido no quadro teórico e corroborado por DeSanctis e Monge (1999). Deste modo, a compreensão deste campo de estudo está indubitavelmente associada a alguma dificuldade relativa a generalizações ao campo organizacional.

Todavia, e tendo sempre presente este aspecto, é aceite que a comunicação tecnológica é a “mãe” da organização virtual, isto é, esta permite a um conjunto de entidades geograficamente dispersas, funcional e/ou culturalmente distintas, permanecerem ligadas por formas electrónicas de comunicação, mantendo, desta forma, relações laterais dinâmicas para efeitos de coordenação (DeSanctis e Monge, 1999).

A rapidez de comunicação e a possibilidade de emergência da teleconferência, ou teletrabalho, é inquestionável, através da comunicação tecnológica e são inovações a introduzir na realidade da organização, não pontualmente, mas mais assiduamente.

É de salientar que este tipo de comunicação não poderá estar associada a uma maior eficácia organizacional, contudo e como defende DeSanctis e Monge (1999) é indubitável o seu contributo para a eficácia de diversas actividades, particularmente a utilização de correio electrónico, ou as possibilidades da reunião de informação entre pessoas distantes por meio da videoconferência.

Como assinalado no estado da arte, Cullinan defende que (1993, 61) “devemos aprender a usar estes equipamentos como ferramentas de melhoria do processo comunicacional”, são como instrumentos úteis ao sistema.

As respostas à afirmação II.20 A implementação de inovações, de novas tecnologias e de novas formas de comunicação é precedida de uma formação adequada, reflectem o facto de que as inovações não serem precedidas da adequada formação o que pode constituir uma barreira para a sua introdução. Importa salientar na perspectiva da inovação, esta afirmação abordada na categoria da formação, uma vez que a falta de formação poderá constituir um ponto fraco organizacional, podendo conduzir ao fracasso da implementação de uma inovação. Esta é uma situação para a qual, os diversos serviços da organização deverão estar atentos aquando da implementação de algo novo.

A esta questão apenas um enfermeiro não respondeu e assim 48,2% discordam com a afirmação o que pode constituir uma ameaça às inovações, uma vez que reflecte a opinião de quase metade dos respondentes. Se a estes acrescentarmos mais 14,9% que discorda completamente,

alcançamos mais de metade dos respondentes (63,9%) o que representa um valor a considerar impondo-se a necessidade de actuação quanto à formação a este nível, sob pena de incorrer no insucesso da implementação das novas tecnologias e dos meios de comunicação.

SINOPSE

Tendo por base as informações fornecidas um aspecto positivo corresponde ao facto de 96,5% dos enfermeiros considerarem pertinente, e uma necessidade a introdução da *intranet* na instituição, surgindo outras sugestões, como *links*, criação de *e-mails* e como conteúdos a contemplar, 78% nomeiam que deveriam constar as acções de formação disponibilizadas pela instituição e 76,8% uma base de dados *on-line*, sendo visível que estes se encontram ávidos por informação de acesso rápido e imediato.

É fundamental, para que a inovação tenha sucesso, sair, observar, perguntar e ouvir de forma a realizar uma análise meticulosa do mercado e de fontes de oportunidade inovadoras. Depreende-se pelos dados obtidos que a implementação da *intranet* será bem aceite, pois configura actualmente uma necessidade expressa.

É de valorizar que mais de 50% se demonstra disponível para receber inovações tanto a nível de novas tecnologias como de novos meios de comunicação, verificando-se que 50% concordam com a afirmação e 30% concordam completamente, que na enfermagem, as inovações são bem recebidas, nomeadamente novas tecnologias e novos meios de comunicação sendo estes incorporados no serviço, gradualmente.

Um aspecto negativo e que poderá constituir uma grave ameaça deve-se ao facto de 63,9% considerarem que a implementação de inovações, de novas tecnologias e de novas formas de comunicação não é precedida de uma formação adequada. Colocando-se esta situação deverá tentar perceber-se o que na realidade acontece, quando há a implementação de algo novo. Se a formação existe, se alcança todos os colaboradores, se efectuam reforços dessa mesma formação de modo a garantir a integração com sucesso das inovações desenvolvidas. Caso isso não aconteça, deverá implementar-se um plano de acção neste sentido, para ultrapassar possíveis barreiras.

A inovação pode constituir uma “arma” para a organização, quando bem utilizada e dominada, imbuindo-se de conhecimentos que permitam a sua utilização profícua. É dessa boa gestão que se consegue transparecer a imagem pretendida. A imagem global encarna, assim, o aspecto a

mencionar em seguida, relacionando-se com a comunicação, como forma de comunicação externa.

4.3.3 Imagem Global

A temática da imagem global está intrinsecamente ligada à tecnologia, inovação e aos meios de comunicação, na medida em que, constituem os meios que permitem dar visibilidade à organização.

Um sistema de informação eficaz deve-se preocupar com o mercado, para alcançar o bom e eventualmente a excelência organizacional, devendo produzir qualidade e libertar criatividade.

Deste modo, a imagem deve constituir uma das primeiras preocupações organizacionais, uma vez que, vive e cresce a partir da “alma” da organização para transmitir uma mensagem para o mercado. O mercado actua, reciprocamente, como regulador, da própria organização, numa associação contínua.

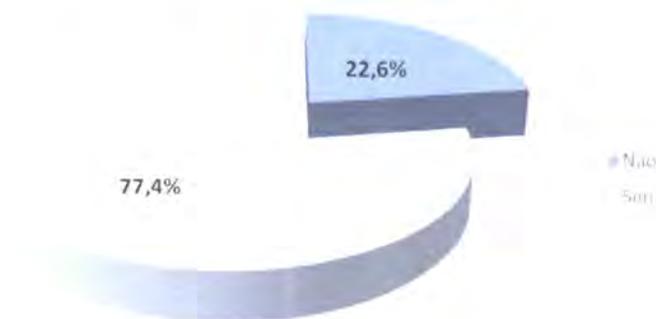
Assim, torna-se fundamental que os colaboradores da organização conheçam a imagem que se pretende projectar de forma a trabalharem nesse sentido (ver tabela 50).

Tabela 50 - Compreende qual a imagem que a organização pretende projectar?

| | Nº | % |
|----------------|----|-------------|
| Não | 19 | 22.6 |
| Sim | 65 | 77.4 |
| Total | 84 | 100.0 |
| Valor em falta | 4 | |

A representação gráfica corresponde à seguinte:

Gráfico 19 - Compreende qual a imagem que a organização pretende projectar?



Dos 65 que responderam afirmativamente (77.4%), 39 deixaram a resposta em branco, quando chamados a pormenorizar o que entendiam ser essa imagem.

De qualquer modo, a resposta mais verificada, para uma definição concreta, com uma frequência absoluta de 21 corresponde à organização com Q (maiúsculo) de qualidade na saúde, seguindo-se apenas, com menos uma resposta, 20, a afirmação de que a organização pretende transmitir a imagem de liderança na saúde, sendo pioneira, e uma organização de referência. Como este estudo pretende conhecer a perspectiva dos enfermeiros, sendo estes a população alvo, é natural que estes considerem que a organização pretenda comunicar a mensagem de que oferece cuidados de excelência, considerando estes que a imagem pretende projectar a ideia de que existe profissionalismo na saúde. A inovação surge em quarto lugar, nas respostas mais verificadas, mas já com uma frequência menos relevante, como se pode observar na tabela 51.

Tabela 51 - Compreensão da Imagem projectada pela organização

| Unidades de Registo | Unidades Enumeração |
|--|---------------------|
| Respostas em BRANCO | 39 |
| "... organização com Q de Qualidade na saúde..." | 21 |
| "... organização Líder na saúde; pioneira; de referência..." | 20 |
| "... organização com cuidados de Excelência/ Profissionalismo na saúde..." | 16 |
| "... inovação..." | 7 |
| "... eficiência e rapidez na prestação de serviços..." | 6 |
| "... criação de valor, Nome, Organização de Tradição e de Confiança..." | 5 |
| "... competitividade..." | 5 |
| "... processo de melhoria contínua..." | 1 |

Fonte: Elaboração própria

Estas respostas podem considerar-se de acordo com as novas directrizes organizacionais, pois a qualidade é o tema de ordem na actualidade da organização e o surgimento do gabinete da qualidade tornou-se um marco na história recente desta. Este gabinete e o conceito de qualidade tornaram-se panaceia para muitas das respostas dos colaboradores, relativamente à imagem da organização, uma vez que é uma imagem de qualidade que se pretende efectivamente transmitir.

A liderança e referência na saúde do país, desde há muito que constitui uma realidade da imagem transmitida, no sector público-privado para a capital e para todo o país. A excelência dos cuidados e a inovação são características que também se relacionam desde há muito com a imagem da organização, como afirma Maria Amélia de Mello Bleck, neta de Amélia de Mello (Cardoso, 1995) durante anos, foi líder no sector privado em Portugal, sendo designada, inclusive, como Clínica Modelo, Clínica de Luxo, Clínica das Inovações. Anos volvidos e o hospital mantém a preocupação em se redimensionar, reequipar para encarar com solidez um novo período que se

avizinha. Essa preocupação pretende garantir a manutenção da imagem já adquirida e de onde advêm os nomes dados à organização.

Iniciadas obras de melhoria em 2008, deverão findar em 2009.

Como, no enquadramento teórico deste estudo, nomeadamente por Chiavenato (2004), António e Teixeira (2007), o cliente deve orientar a organização, na medida em que, ele constitui um valor para esta. A organização deverá ter a incumbência de se questionar, permanentemente, na forma de oferecer mais ao cliente, e que competências organizacionais deverão desenvolver para exceder as expectativas deste.

A título de exemplo, a organização consciente desta obrigação, presentemente, promoveu obras de melhoria nas garagens da organização de forma a proporcionar uma melhor acessibilidade e estacionamento na mesma, para os clientes. Este estacionamento, até à data, era exclusivo da administração e corpo clínico, sendo agora, cedido aos clientes de forma a satisfazer uma carência há muito manifestada por estes que se prendia com a dificuldade em encontrar estacionamento nas ruas estreitas da freguesia envelhecida de Alcântara.

As questões apresentadas na tabela 52, pretendem compreender se além da compreensão da imagem, os enfermeiros estão despertados para o conhecimento do cliente que a organização atende, e se estes, se encontram preocupados com a promoção de um atendimento sempre melhor e em última análise se é uma inquietação a tentativa de exceder as expectativas deste. Só assim se conseguirá manter transmissão da imagem

Tabela 52 - Grau de concordância Grupo II, perguntas relacionadas com a imagem global:

| | Concordo completamente | Concordo | Discordo | Discordo completamente | Não sei Não se aplica Indeciso |
|-------|------------------------|----------|----------|------------------------|--------------------------------------|
| II.11 | 38 | 45 | 2 | 1 | 1 |
| II.14 | 23 | 38 | 22 | 0 | 3 |
| II.27 | 13 | 52 | 15 | 3 | 4 |

Legenda:

II.11 A enfermagem preocupa-se com a opinião dos utentes/significantes, dando espaço para estes a verbalizarem, de forma a promover a melhoria do atendimento.

II.14 Para além de pretender satisfazer as necessidades dos utentes, os enfermeiros procuram exceder as expectativas destes.

II.27 A enfermagem conhece os clientes da organização.

Através da análise dos dados da afirmação II.27 A enfermagem conhece os clientes da organização, verifica-se que os enfermeiros respondentes consideram que conhecem o cliente a que prestam cuidados, correspondendo a 59,7% das respostas (52 respondentes). Temos que mais 14,9% consideram que concordam completamente com a afirmação, logo, totaliza-se que 74,7% considera conhecer os clientes da organização. Este valor é muito relevante e demonstra o conhecimento dos

profissionais de saúde relativamente ao “alvo” que pretendem satisfazer. É crucial o conhecimento deste, para saber cumprir a premissa da qualidade da satisfação das necessidades e das suas expectativas.

Parece, consensual que entre a maioria dos respondentes, existe a preocupação desta classe profissional relativamente ao *feed-back* que o cliente possa transmitir, de forma a melhorarem a prestação de cuidados, na medida em que, quanto à afirmação II.11 A enfermagem preocupa-se com a opinião dos utentes/significantes, dando espaço para estes a verbalizarem, de forma a promover a melhoria do atendimento, 51,7% dos respondentes concordam com esta afirmação e 43,6% concordam plenamente, totalizando 95,3% das respostas.

Através da análise dos dados quanto ao grau de concordância com a afirmação II.14 Para além de pretender satisfazer as necessidades dos utentes, os enfermeiros procuram exceder as expectativas destes, é menor a percentagem de enfermeiros que responde que pretende exceder as expectativas do cliente. Todavia, continua a ser uma percentagem com mais de 50% dos que concordam, em relação aos que discordam, ou seja, 44,1% Concordam e 26,7% Concordam Completamente com a afirmação. Sendo de salientar o facto de ninguém discordar completamente.

É nesta tentativa de satisfazer e, eventualmente, de exceder as próprias expectativas de satisfação dos clientes que se consegue fidelizar e vincular os clientes, bem como para a aquisição de novos clientes. Ambas as situações só existem quando há clientes satisfeitos, o que vai, conseqüentemente incrementar o valor da própria organização, devido à qualidade na prestação de cuidados, alcançada.

Estes aspectos são preponderantes, na medida em que, demonstram ser pontos fortes para a implementação de um sistema de qualidade, nesta organização. Como constatado anteriormente o conceito de qualidade para os enfermeiros respondentes foi ao encontro com o estabelecido formalmente para a organização e demonstra-se pela maioria dos enfermeiros a procura em exceder as expectativas dos utentes. Os resultados obtidos a esta última questão permitem depreender que estes profissionais estão motivados para a excelência, promovendo uma subsequente imagem positiva da organização.

Como referido no estado da arte e contextualizando a imagem utilizada no âmbito das organizações, pode-se aplicar de forma indiferenciada a conceitos como reputação, identidade, percepção, atitude, credibilidade e comunicação. (Vilar, 2006)

Na perspectiva do marketing esta definição acentua a componente exterior do seu conceito, sendo adoptada a perspectiva do público, admitindo a contribuição decisiva do receptor, ou seja, “a imagem não é aquilo que a organização acredita que é, mas o que as pessoas acreditam ou sentem, acerca da organização (dos seus produtos ou marcas)” (Vilar, 2006:19).

Relativamente à Imagem o objectivo passou a ser o de criar uma forma de aproximação entre os produtores e os consumidores. A imagem além de ser a sonhada pela organização, fundeia-se nas imagens construídas pelo público para determinado produto ou serviço. Nasce assim um novo conceito de comunicação organizacional. O desenvolvimento deste conceito de imagem passa sobretudo pela transferência para o consumidor de um papel cada vez mais decisivo, tornando-se, por este facto, imprescindível satisfazê-lo, sendo a gestão da imagem um desafio premente e permanente a conquistar para qualquer organização.

Almeida (2003, 14) refere ainda que:

“a importância da imagem, a nova credibilidade, as novas responsabilidades exigidas à empresas, o aumento do poder da informação, todos estes elementos se conjugam para favorecer, no seio das empresas, a eclosão de uma nova função: a Comunicação.”

As mensagens transmitidas pela organização para o exterior consistem, actualmente, na criação de uma identidade, uma alma face ao mercado. A imagem global obriga ao reconhecimento que as informações adquirem, agora, um valor dominante nas vidas dos consumidores.

Para o sucesso é importante surpreender o cliente e explorar o seu potencial, devendo a visão actual de uma organização, como defendido no enquadramento teórico, ser mais centrada na esfera do mercado e menos na esfera da produção, (Soares, 2007) “Qualidade e Inovação”, Conferência intitulada “Qualidade e Inovação – uma relação biunívoca. Logo o potencial de inovação e qualidade deve-se indexar ao cliente sempre na tentativa de exceder as suas expectativas, algo para a qual a população de enfermagem se encontra receptiva, de acordo com as respostas dadas.

SINOPSE

Dos 65 que afirmam compreender qual a imagem que a organização pretende transmitir (corresponde a 77.4%), 21 referem ser uma imagem de uma organização com Q (maiúsculo) de qualidade na saúde, 20 declaram que organização pretende transmitir a imagem de liderança na saúde, sendo pioneira, e uma organização de referência. 16 Expõem, ainda, que a organização

aspira comunicar a mensagem de que oferece cuidados de excelência, existindo profissionalismo na saúde e de que se trata de uma organização inovadora (7 respondentes).

Como verificado 59,7% dos enfermeiros respondentes consideram que conhecem o cliente a que prestam cuidados. A maioria dos respondentes preocupa-se com o *feed-back* que o cliente possa transmitir, de forma a melhorarem a prestação de cuidados, na medida em que, 51,7% concordam com esta afirmação: A enfermagem preocupa-se com a opinião dos utentes/significantes, dando espaço para estes a verbalizarem, de forma a promover a melhoria do atendimento, e 43.6% concordam plenamente, totalizando 95,3% das respostas.

É menor a percentagem de enfermeiros que responde que pretende exceder as expectativas do cliente, todavia, continua a ser uma percentagem com mais de 50% dos que concordam (44,1% Concordam e 26,7% Concordam Completamente com a afirmação), em relação aos que discordam.

Reforçando a ideia já transmitida e mencionada por Soares (2007) “Qualidade e Inovação”, Conferência intitulada “*Qualidade e Inovação – uma relação biunívoca*”, é nesta tentativa de satisfazer e, eventualmente, de exceder as próprias expectativas de satisfação dos clientes que se consegue fidelizar e vincular os clientes, bem como para a aquisição de novos clientes. Ambas as situações só existem quando há clientes satisfeitos, o que vai, consequentemente incrementar o valor da própria organização e promover uma boa imagem global.

Compreendida que está a questão da comunicação externa, de manifesta importância, passa-se agora a um âmbito relacionado com uma componente mais “micro” da organização”, num sentido do desenvolvimento do seu próprio trabalho através da comunicação. Nomeadamente, centra-se na percepção, necessidades e determinações dos enfermeiros quanto ao papel da *intranet*, na organização e das circulares internas.

4.3.4 O Papel da Intranet

Independentemente dos meios de comunicação disponíveis, deverá ter-se em conta que o sistema de comunicação deverá estimular o diálogo entre as pessoas de todos os serviços de forma a garantir uma gestão que se pretende de qualidade. Os sistemas e tecnologias de informação são, deste modo, ferramentas úteis a utilizar de forma a potencializar a comunicação.

Assim, a *Intranet* pode caracterizar-se por inúmeras aplicações no seio da comunicação organizacional, nomeadamente servir de motor de busca, sistema de gestão de conteúdos, ferramentas de medição, integração de aplicações internas e de aplicações externas e fontes de dados, a arquitectura do próprio sistema, o desempenho e a garantia da segurança do próprio sistema.

A este nível foram realizadas questões que pretendiam identificar as necessidades sentidas, pela população, quanto à implementação da *Intranet* na organização em causa, bem como, compreender qual o nível de interesse na utilização deste sistema de informação como forma de gerar conhecimento e, simultaneamente, como forma de partilhá-lo. Colocou-se a este propósito a questão apresentando-se os dados obtidos na tabela 53. Estes foram já abordados no tópico da inovação, pois, por não existir a utilização massificada da *intranet* na organização, o seu uso seria inovador e como evidenciado, encara-se pelos enfermeiros como uma necessidade.

Tabela 53 - Considerava útil a implementação da *intranet* na instituição?

| | Nº | % |
|----------------|----|-------------|
| Não | 3 | 3.5 |
| Sim | 82 | 96.5 |
| Total | 85 | 100.0 |
| Valor em falta | 3 | |

96,5% dos respondentes considera útil a implementação da *intranet* na organização (como observado anteriormente), sendo uma percentagem digna de registo. É perceptível que em termos de condições de comunicação há uma lacuna na instituição e simultaneamente demonstra-se disponibilidade por parte dos enfermeiros para a sua introdução na rede comunicacional existente.

Os conteúdos pertinentes a disponibilizarem através da *intranet*, enumerados pela maior parte dos enfermeiros, passam por (ver tabela 54):

- Acções de formação disponibilizadas pela instituição (64 em 82);
- Biblioteca *on-line* (base de dados) (63 em 82)
- Base de dados de comunicados internos (49 em 82).

Tabela 54 - Se SIM, quais os conteúdos que considera pertinentes estarem disponíveis?

| | Nº | % |
|--|--|------|
| Acções de formação disponibilizadas pela instituição | 64 | 78.0 |
| Biblioteca <i>on-line</i> (base de dados) | 63 | 76.8 |
| Comunicados internos | 49 | 59.8 |
| Outros: | 10 | 12.2 |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Protocolos de actuação ▪ Sites de saúde ▪ E-mail individual ▪ Toda a informação pertinente ▪ Instruções de trabalho ▪ Aplicação da lei da higiene e segurança no trabalho ▪ Enumeração dos objectivos e metas do hospital e melhorar a partilha informação geral ▪ Ligação entre os diferentes hospitais do grupo troca de experiências entre profissionais ▪ Melhoria da comunicação ▪ Espaço reservado para as sugestões dos profissionais ▪ Informações sobre instruções de trabalhos e normas aplicada em cada serviço para consultar sempre que seja necessário | |

São ainda supramencionados outros aspectos pontuais, nomeadamente: protocolos de actuação; sites de saúde; e-mail individual; toda a informação pertinente para o desempenho da actividade profissional; instruções de trabalho; documento acerca da aplicação da lei da higiene e segurança no trabalho; enumeração dos objectivos e metas do hospital, de forma a melhorar a partilha de informação geral, bem como disponibilização das instruções de trabalhos e normas aplicadas em cada serviço para consultar sempre que seja necessário.

Denota-se, também, que deveria ser possível a ligação entre as diferentes unidades de saúde do grupo de forma a possibilitar a troca de experiências entre profissionais, promovendo a melhoria da comunicação, podendo inclusive existir espaço reservado para as sugestões dos profissionais.

Observam-se de seguida a tabela 55 com as afirmações e as respostas, quanto ao nível de concordância dos respondentes.

Tabela 55 - Grau de concordância Grupo III, perguntas relacionadas com o papel da *intranet*:

| | Concordo completamente | Concordo | Discordo | Discordo completamente | Não sei Não se aplica Indeciso |
|--------|------------------------|----------|----------|------------------------|--------------------------------------|
| III.9 | 25 | 54 | 6 | 2 | 0 |
| III.10 | 2 | 36 | 32 | 8 | 9 |
| III.11 | 33 | 44 | 7 | 3 | 0 |
| III.12 | 38 | 40 | 4 | 1 | 3 |
| III.13 | 32 | 41 | 5 | 1 | 7 |

Legenda:

III.9.A implementação da *intranet* na organização de saúde viria a alterar de forma positiva a comunicação e partilha de conhecimento organizacional.

III.10 Quando procura informação na *intranet* da JMS, sobre serviços da organização, normalmente encontra o que pretende.

III.11 Se existissem iniciativas de cursos de *e-learning* através da *intranet*, em temas relevantes para a estratégia da organização e/ou para a melhoria das competências pessoais, estaria interessado em frequentá-los.

III.12 Se existissem comunidades de partilha de informação na *intranet*, sobre temas importantes para a organização e/ou para a(s) função(ões) que desempenha, inscrever-se-ia nelas.

III.13 Se existissem comunidades de partilha de informação na *intranet*, estaria disposto a contribuir de forma regular com a informação e conhecimento que possui.

Verifica-se que os respondentes se demonstram altamente receptivos quanto à comunicação e partilha de conhecimento, através deste sistema de informação, evidenciando-se essa disponibilidade através da concordância com a afirmação número III.9 A implementação da *intranet* na organização de saúde viria a alterar de forma positiva a comunicação e partilha de conhecimento organizacional, que afirma que a implementação da *intranet* seria uma fonte promotora de alterações positivas quanto à partilha e conhecimento da organização.

62% Concordam com a afirmação e mais 28,7% concordam completamente, somando um total de 90,7%, o que é um valor a relevar.

A cultura organizacional pode funcionar como catalisador ou inibidor da implementação de alguns projectos de tecnologias e de sistemas de informação. Assim, como referido no quadro de referência, não basta analisar apenas a tecnologia de informação a implementar, sendo igualmente importante considerar a cultura organizacional, pois vai interferir no sucesso da implementação de forma significativa. Com as respostas obtidas verifica-se a existência de uma oportunidade para a sua implementação.

Os dados obtidos relativamente à afirmação número III.10 Quando procura informação na *intranet* da JMS, sobre serviços da organização, normalmente encontra o que pretende, demonstra que praticamente 50% dos respondentes

concordam com a afirmação e 50% discordam, na medida em que, os valores do acordo e discordo são praticamente coincidentes. Os extremos só vêm nivelar mais esse valor, totalizando 38 dos respondentes na concordância e 40 na discordância. Os 9 respondentes que se posicionaram no não sei, não se aplica, indeciso, poderiam fazer “balançar o prato” numa perspectiva.

Analisando conjuntamente as afirmações III.11, III.12 e III.13:

III.11 Se existissem iniciativas de cursos de *e-learning* através da *intranet*, em temas relevantes para a estratégia da organização e/ou para a melhoria das competências pessoais, **estaria interessado em frequentá-los.**

III.12 Se existissem comunidades de partilha de informação na *intranet*, sobre temas importantes para a organização e/ou para a(s) função(ões) que desempenha, **inscrever-se-ia** nelas.

III.13 Se existissem comunidades de partilha de informação na *intranet*, estaria disposto a **contribuir de forma regular** com a informação e conhecimento que possui, **pode sintetizar-se** que a III.11 foca o aspecto da frequência de cursos disponibilizados via *intranet*, a afirmação III.12 centra-se na vontade de se inscrever neles e a afirmação III.13 pretende perceber qual a disponibilidade para contribuir com informação para a comunidade de partilha via *intranet*.

Observando os resultados da afirmação III.11, 88,5% dos respondentes referem que estariam dispostos a frequentar cursos promovidos através da *intranet*.

Dos 86 que responderam às questões III.12, 78 (o que representa 90,6% das respostas obtidas) demonstram-se disponíveis para integrar as comunidades de partilha de informação por meio da *intranet*, inscrevendo-se em cursos ou outros, promovidos por este meio.

A afirmação III.13 tem como respondentes concordantes 41 respostas. É notório que há, igualmente, muita disponibilidade para a participação com informação, na medida em que corresponde a 47,6% concordam que se encontram disponíveis para tal e 37,2% chegam a concordar completamente com a afirmação, totalizando um valor digno de registo de 84,8%.

Em suma, verifica-se que é grande o interesse demonstrado na frequência, inscrição e partilha de informação nas comunidades de partilha de informação através da *intranet*. Uma vez que, se obteve para estas afirmações níveis de concordância elevados, superiores a 80%, demonstrando-se uma elevada disponibilidade para a implementação da *intranet* e para a sua utilização nas diversas vertentes de frequência e participação activas.

Um dos ganhos da *Intranet*, referida por Maurício (2006), mencionando Ruppel (2001), relaciona-se com a melhoria da produtividade dos trabalhadores, com o aumento de motivação, com melhoria de processos de tomada de decisão e com a facilidade de partilha de informação. Essa

facilidade de partilha seria possível na medida em que estes parecem motivados para participarem.

Mais do que as ferramentas proporcionadas pela tecnologia, o sucesso da transferência de conhecimentos através da comunicação depende em larga medida das normas, das motivações e dos padrões de comportamento que incorporam a cultura organizacional. Pelos dados recolhidos é possível inferir que os enfermeiros da organização em causa estão disponíveis para “abraçar” os proveitos provenientes da incorporação da *intranet* e encontram-se motivados para a sua implementação.

SINOPSE

96,5% Dos respondentes evidencia interesse na comunicação e partilha de conhecimento, através da *intranet*, sendo esta motivação uma oportunidade para a implementação deste sistema de informação.

Outros aspectos positivos a salientar, prendem-se com a disponibilidade para a integração das comunidades de partilha de informação, tanto como receptor de conhecimento como, como emissor. Esta situação constata-se e é afirmada, pelo facto de 90,7% considerarem positivo a alteração do modo de comunicação organizacional por meio da *intranet*, 88,5% dos respondentes referirem que estariam dispostos a frequentar cursos promovidos através da *intranet*, 90,6% dos respondentes demonstram-se disponíveis para integrar as comunidades de partilha de informação por meio da *intranet*, inscrevendo-se em cursos ou outros, promovidos por este meio e por último 84,8% respondentes, referem, inclusive, disponibilidade para participação com informação, de modo a contribuir de forma regular. Analisando estes valores, considera-se profícuo a emergência deste sistema de informação na organização de modo a contribuir para a melhoria dos sistemas inerentes ao conhecimento organizacional.

Como defendido no estado da arte, para Maurício (2006), relativamente à área de gestão, o conhecimento organizacional é um dos recursos económicos mais importantes, sobre o qual assenta a capacidade das empresas se diferenciarem nos mercados onde actuam e, deste modo, construir as suas vantagens competitivas.

Assim, é essencial considerar que a criação do conhecimento pode realizar-se a três níveis: indivíduo, grupo, organização. Mas, encarando um sentido estrito, como a organização em si mesma não existe sem indivíduos é nestes que reside a capacidade final de criação do conhecimento. Deste pressuposto, encara-se, os grupos e a organização como fonte de estímulo e suporte das actividades criadoras dos indivíduos, fornecendo e fomentando contextos

adequados à produção de conhecimento, de forma a integrá-lo à *posteriori* nas suas estruturas, ou redes para amplificar e disseminar em última instância. O conhecimento gerado fica incorporado na organização em produtos, serviços, e sistemas, através do diálogo, partilha de experiências e observação (Maurício, 2006; Serrano, 2005).

Passa-se, seguidamente, à análise da utilização das circulares internas, na organização, na perspectiva dos enfermeiros.

4.3.5 Circulares Internas

Tendo por base o conhecimento que a investigadora tinha da realidade comunicacional da organização de saúde, sabendo antecipadamente que este é o meio mais difundido para a transmissão de informação na organização em causa, tornou-se pertinente um grupo de questões direccionadas para este canal de comunicação. Simultaneamente, permitia enriquecer os dados recolhidos, não cingindo apenas a um único meio de comunicação. Após as repostas anteriores, relacionadas com a categoria da comunicação interna, comprovou-se que este era de facto um dos meios utilizados mais referidos.

Como este meio de disseminação de informação, foi algumas vezes supracitado pelos respondentes, torna-se relevante uma análise de forma a identificar se as circulares internas respondem às necessidades de informação efectivas dos enfermeiros do HCIS, ou se constituem o principal meio de comunicação existente e, por isso, o mais utilizado.

Tabela 56 - Grau de concordância Grupo III, perguntas relacionadas com as circulares internas:

| | Concordo completamente | Concordo | Discordo | Discordo completamente | Não sei Não se aplica Indeciso |
|--------|------------------------|----------|----------|------------------------|--------------------------------------|
| III.14 | 11 | 36 | 24 | 6 | 10 |
| III.16 | 9 | 50 | 14 | 14 | 0 |
| III.17 | 14 | 60 | 7 | 3 | 2 |
| III.18 | 9 | 42 | 24 | 4 | 8 |

Legenda:

III.14. Quando precisa de informação actualizada e fidedigna, continua a pesquisar nos dossiers de circulares internas, revistas e dossiers de informações do serviço.

III.16. A comunicação através das circulares internas é vista de uma forma positiva, dentro da organização.

III.17. Considera que as circulares internas são uma forma de partilha de conhecimento organizacional.

III.18. Recorre às circulares internas quando necessita de obter informações acerca da organização.

Através da análise dos resultados obtidos na tabela 56, à afirmação III.14, torna-se pouco evidente se as necessidades de informação são satisfeitas através dos meios disponibilizados

actualmente, pois a afirmação: Quando precisa de informação actualizada e fidedigna, continua a pesquisar nos dossiers de circulares internas, revistas e dossiers de informações do serviço, o valor de respostas entre o concordo e discordo é muito semelhante o que torna pouco conclusivo. De qualquer forma, prevalece o concordo com 36 e o concordo completamente com 11, totalizando, quando somados 47 respostas o que equivale a 54% dos respondentes. Todavia este valor é metade.

Em relação a esta questão é, ainda, notório que é a resposta da tabela com mais respondentes (10) na posição: Não sei, não se aplica, indeciso, o que corresponde a 11,5%. Este valor poderá demonstrar inúmeras situações, nomeadamente, que podem não encontrar informação actualizada nesses locais, ou que não identificam esses locais como meios habituais para as suas pesquisas. Esta situação seria passível de investigação mais pomenorizada.

A evidenciar o facto de na questão número III.16: A comunicação através das circulares internas é vista de uma forma positiva, dentro da organização, se verificar o maior número de discordo completamente, em relação a toda a tabela, representando 16% dos respondentes. De qualquer modo, verifica-se uma concordância positiva com esta afirmação (67,8%). Por um lado, alguns enfermeiros apresentam-se completamente em desacordo com o facto de as circulares internas constituírem uma forma positiva de comunicação, pois efectivamente estas apenas possibilitam a transmissão de informação unidireccionalmente, não permitindo o *feed-back*. Por outro lado e na opinião da investigadora, tendo por base a experiência vivida na organização de saúde em causa, os 67,8% dos respondentes que concordam com a afirmação, referem-no por constituir o meio mais utilizado e por isso aquele com que se encontram mais familiarizados.

Particularizando para as circulares internas como forma de partilha de conhecimentos (III.17 Considera que as circulares internas são uma forma de partilha de conhecimento organizacional) ou como formas de obter informações acerca da organização (III.18 Recorre às circulares internas quando necessita de obter informações acerca da organização), é permitido determinar que a maioria concorda que as circulares internas constituem uma forma de partilha de conhecimento organizacional e recorre a estas para obter informações acerca da organização. Para a afirmação III.17 Considera que as circulares internas são uma forma de partilha de conhecimento organizacional temos uma percentagem de concordância de 86%. Para a afirmação III.18 Recorre às circulares internas quando necessita de obter informações acerca da organização temos como percentagem de concordância 58,6%. Assim, depreende-se que estes considerem uma forma de partilha de conhecimento e de informação, mas apenas cerca de pouco mais de metade refere utilizar face às necessidades.

SINOPSE

Nesta categoria verifica-se que quando precisa de informação actualizada e fidedigna, 54% dos respondentes continua a pesquisar nos dossiers de circulares internas, revistas e dossiers de informações do serviço, no entanto 11,5% enquadra a sua resposta na escala, na posição: Não sei, não se aplica, indeciso.

A comunicação através das circulares internas é vista de uma forma positiva, dentro da organização por 67,8% dos respondentes. No entanto, verifica-se o maior número de discordo completamente, em relação a toda a tabela, representando 16% dos respondentes.

Ainda, no que respeita às circulares internas, uma análise às respostas dadas, reflecte que a maioria (86%) concorda que a ferramenta existente constitui uma forma de partilha de conhecimento organizacional e 58,6% dos respondentes recorre as circulares internas para obter informações acerca da organização.

Após a análise de todas as questões, divididas pelas categorias da matriz, quanto a frequências absolutas e relativas (percentagens) concretizou-se uma análise estatística descritiva um pouco mais profunda, tendo em conta todas as questões do questionário e agrupando da forma já apresentada.

4.4 Análise Estatística Descritiva e Análise de Variância

Após a apresentação dos dados obtidos foi possível agrupá-los pelo número de vezes que se verificam as respostas (frequências absolutas) e estimar as percentagens (frequências relativas) que permitem extrair alguns valores (estatísticas) importantes e consequentes ilações. Pretende-se, neste momento, aprofundar a análise estatística descritiva e efectuar uma análise de variância, sem, no entanto, procurar esgotar os testes existentes. Ambiciona-se uma abordagem simples através da análise estatística de forma a fornecer mais alguns dados de análise que enriqueçam o presente estudo.

4.4.1 Formação de Classes para algumas variáveis

Realizou-se uma caracterização dos respondentes de acordo com as variáveis sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, tempo de exercício profissional, tempo de exercício profissional na organização, tipo de vínculo e categoria profissional. Calcularam-se algumas estatísticas descritivas tendo por base a variável Idade. Formaram-se classes de idade; <25 anos; 26 a 30anos; 31 a 35anos; 36 a 40anos; 41 a 45anos; 46 a 50anos; 51 a 55anos; e> 56 anos.

Com o intuito de se proceder, primeiramente, a uma análise estatística descritiva dos dados obtidos, houve a necessidade de formar classes para os diferentes factores mencionados: idade, habilitações literárias, tempo de exercício profissional, tempo de exercício profissional na instituição, categoria profissional e vinculo laboral, com o objectivo de torná-las mais homogéneas. Além desta necessidade, torna-se, também, numa vantagem para o tratamento dos dados, uma vez que torna mais operacional a existência destas classes.

Para o factor idade consideraram-se dois tipos de classes. O primeiro, já apresentado, organizou-se em 7 classes: menos de 25 anos; de 26 a 30 anos; de 31 a 35 anos; de 36 a 40 anos; de 41 a 50 anos; de 50 a 55 anos e mais de 56 anos. Após a observação das frequências absolutas, de forma a tornar os grupos mais homogéneos, compôs-se o segundo tipo de classes, categorizando em 3 classes: menos de 30 anos; de 30 a 40 anos; mais de 41 anos.

Após assinalados estes argumentos, procedeu-se à formação das novas classes sendo, as frequências absolutas e percentagens para as novas classes apresentadas nas tabelas, subsequentes. Como referido, ao agrupar os inquiridos em 7 classes de idade, constatou-se que a

distribuição não era homogénea (ver tabela 57). As classes superiores a 4 apresentam um número reduzido e como são 7 classes não permitem comparações entre as elas.

Tabela 57 - Idade: Codificação Idade1

Frequencies

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 1.00 | 13 | 14.8 | 14.9 | 14.9 |
| | 2.00 | 35 | 39.8 | 40.2 | 55.2 |
| | 3.00 | 13 | 14.8 | 14.9 | 70.1 |
| | 4.00 | 9 | 10.2 | 10.3 | 80.5 |
| | 5.00 | 9 | 10.2 | 10.3 | 90.8 |
| | 6.00 | 4 | 4.5 | 4.6 | 95.4 |
| | 7.00 | 4 | 4.5 | 4.6 | 100.0 |
| | Total | 87 | 98.9 | 100.0 | |
| Missing | System | 1 | 1.1 | | |
| Total | | 88 | 100.0 | | |

Assim, associaram-se os respondentes em 3 classes, como se observa na tabela 58, sendo a classe 1 menos de 30 anos, a classe 2 de 30 a 40 anos; e com mais de 41 anos corresponde à classe 3.

Tabela 58 - Idade: Codificação Idade2

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 1.00 | 48 | 54.5 | 55.2 | 55.2 |
| | 2.00 | 22 | 25.0 | 25.3 | 80.5 |
| | 3.00 | 17 | 19.3 | 19.5 | 100.0 |
| | Total | 87 | 98.9 | 100.0 | |
| Missing | System | 1 | 1.1 | | |
| Total | | 88 | 100.0 | | |

As classes passam a ser mais equilibradas, todavia ainda se verifica uma grande diferença entre a classe 1 e as restantes.

Relativamente aos outros factores cumpre-se a mesma "bitola", isto é, as classes tornaram-se mais homogéneas em número, apesar de haver algumas classes com número de respondentes superiores.

Os *outputs* do SPSS que estiveram na base das tabelas elaboradas e apresentadas seguidamente encontram-se em anexo 3. A execução destas tabelas pretendeu reunir apenas os dados mais importantes, de forma a tornar uma leitura mais agradável e simples dos dados.

Para o tempo de exercício profissional (observar tabela 59) e tempo de exercício profissional na organização (observar tabela 60) foram alinhadas 4 classes: menos de 5 anos; entre 5 e 9 anos; entre 10 e 19 anos; mais de 20 anos.

Tabela 59 - Tempo de exercício na profissão

| | Nº | % |
|-----------------|----|-----|
| Menos de 5 anos | 26 | 30 |
| De 5 a 9 anos | 30 | 34 |
| De 10 a 19 anos | 16 | 18 |
| Mais de 20 | 16 | 18 |
| Total | 88 | 100 |

Tabela em SPSS 16.0 em Anexo (Anexo 3)

Tabela 60 - Tempo de serviço na profissional na organização

| | Nº | % |
|-----------------|----|-----|
| Menos de 5 anos | 44 | 50 |
| De 5 a 9 anos | 16 | 18 |
| De 10 a 19 anos | 18 | 20 |
| Mais de 20 anos | 10 | 11 |
| Total | 88 | 100 |

Tabela em SPSS 16.0 em Anexo (Anexo 3)

Relativamente ao factor habilitações literárias, criou-se um grupo que incluía enfermeiros com mestrado e com pós-graduação, devido ao número reduzido de enfermeiros com mestrado, construindo-se a tabela 61.

Tabela 61 - Habilitações literárias

| | Nº | % |
|-----------------------|----|-----|
| Bacharelato | 21 | 24 |
| Licenciatura | 38 | 43 |
| Mais que licenciatura | 29 | 33 |
| Total | 88 | 100 |

Tabela em SPSS 16.0 em Anexo (Anexo 3)

Também, pela mesma razão, ou seja, pelo número reduzido de enfermeiros com a categoria de enfermeiros sénior, enfermeiros peritos e enfermeiros gestores, foram formados 3 classes, em relação à categoria profissional: enfermeiro interno, enfermeiro e outros. (ver tabela 62).

Tabela 62 - Categoria profissional

| | Nº | % |
|--------------|----|-----|
| Enfermeiro | 50 | 57 |
| Enf. Interno | 19 | 22 |
| Outros | 19 | 22 |
| Total | 88 | 100 |

Tabela em SPSS 16.0 em Anexo (Anexo 3)

Por último, quanto ao factor vínculo laboral a análise dos dados obtidos configurou-se na tabela 63.

Tabela 63 - Vínculo Laboral

| Vínculo laboral com a organização | | | | |
|-----------------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Não Pertence ao Quadro | 27 | 30.7 | 30.7 | 30.7 |
| Outro (recibos verdes) | 3 | 3.4 | 3.4 | 34.1 |
| Outros (contrato com termo certo) | 2 | 2.3 | 2.3 | 36.4 |
| Pertence ao quadro | 56 | 63.6 | 63.6 | 100.0 |
| Total | 88 | 100.0 | 100.0 | |

Tendo por base os dados obtidos através da análise da tabela de SPSS e assumido que podiam ser considerados como “Não pertence ao quadro” os recibos verdes e os contratos a termo certo estabeleceram-se apenas duas classes: “Pertencente ao quadro”; “Não pertence ao quadro”, resultando a tabela 64.

Tabela 64 - Codificação por classes do Vínculo Laboral

| | Nº | % |
|------------------------|----|------|
| Pertence ao quadro | 56 | 63.6 |
| Não pertence ao quadro | 32 | 36.4 |
| Total | 88 | 100 |

Fonte: Elaboração própria

Outro aspecto a considerar prende-se com as tabelas do questionário, relativas às afirmações, onde se pretendia que expusessem o grau de concordância, para as quais foi utilizada, uma escala do tipo Lickert com 5 níveis.

As variáveis foram analisadas com respostas pela escala de 4 pontos, desde Concordo completamente a Discordo completamente, foram recodificadas e passaram a ser variáveis numéricas. Deste modo, e como se apresenta na tabela 65, considerou-se:

Tabela 65 - Recodificação das variáveis pela escala de 4 pontos

| Grau de Concordância | Valor |
|--------------------------------|-------|
| Concordo completamente | 4 |
| Concordo | 3 |
| Discordo | 2 |
| Discordo completamente | 1 |
| Não sei/Não se aplica/Indeciso | 0 |

Fonte: Elaboração própria

As respostas, não sei, não se aplica, indeciso tomam valor 0 e não são consideradas na análise estatística.

Os resultados seguintes mostram a frequência absoluta e relativa de cada classe.

4.4.2 Comparação de Parâmetros - Teste de Levene

A comparação de parâmetros, como a média ou a variância, a partir de amostras, é uma necessidade em análise estatística, sendo este tipo de inferência estatística, particularmente útil para testar a significância dos factores, como refere Maroco (2007). Essencialmente, existem duas metodologias para fazer este tipo de testes: os testes paramétricos e os testes não paramétricos, que muito sumariamente: os primeiros exigem que a forma de distribuição da amostra seja conhecida, já os testes não paramétricos não exigem como ponto de partida o conhecimento da distribuição amostral, como o nome indica, não testam parâmetros, constituindo uma alternativa a utilizar quando os pressupostos não estão verificados.

Deste modo, realizou-se o teste paramétrico, Teste de Levene, para testar a homogeneidade das variâncias, que é particularmente robusto a desvios da normalidade, como afirma Maroco (2007).

Os testes paramétricos, à partida, tornam-se mais potentes que os teste não paramétricos, isto é, a probabilidade de rejeitar H_0 , correctamente, é maior num teste paramétrico, do que num teste não paramétrico.

Os resultados dos testes de Levene mostraram que existia homogeneidade das variâncias na maior parte das variáveis a analisar.

A Hipótese nula no teste de Levene corresponde à verificação da homogeneidade das variâncias contra a hipótese nula da não homogeneidade das variâncias. Considera-se um nível de confiança de 95%. Assim quando o p-level associado à estatística do teste é menor que 0.05 rejeita-se a hipótese nula. Observa-se nas tabelas em anexo 4 que o p-level é na maioria dos casos superior a 0.05. Por isso considerou-se que estava cumprindo o pressuposto da homogeneidade das variâncias necessário para a utilização da ANOVA.

Um outro objectivo foi comparar as pontuações médias entre os grupos dentro de cada variável. Ajustou-se um modelo ANOVA para avaliar as médias das questões com resposta em escala (respostas das tabelas dos graus de concordância), tendo por base a escala de 4 pontos exposta.

Foram efectuados os testes de Levene (homogeneidade das variâncias) e o teste de Shapiro-Wilks (normalidade dos erros) com o objectivo de verificar a possibilidade de analisar as médias pelo método de análise de variância (ANOVA).

Os resultados dos testes de Levene mostraram que em algumas perguntas não existia a homogeneidade das variâncias. O não cumprimento da homogeneidade das variâncias não é grave visto o teste F ser robusto (Bryman, 1993).

Ajustou-se um modelo ANOVA com o efeito fixo do factor e o efeito aleatório do erro segundo o modelo teórico:

$$y_{i,j} = \mu + \alpha_i + \varepsilon_{i,j} ,$$

Onde μ é a media geral, α_i é o efeito fixo do factor i ($i= 1,2,\dots,4$), $\varepsilon_{i,j}$ é o efeito erro aleatório e $y_{i,j}$ é a observação no indivíduo j no factor i .

O passo seguinte, prende-se à utilização do teste F. Quando este teste foi significativo recorreu-se ao teste Duncan para amostras equilibradas pois havia homogeneidade de variâncias. Este teste de Duncan permite a comparação múltipla das médias.

4.4.3 Comparação de Parâmetros - modelo ANOVA

Assim, realizou-se a comparação das médias das classes, para todas as questões pelo método ANOVA.

Este método permite, relativamente, aos restantes métodos de comparações de médias, de uma forma robusta, eficaz mas simples a comparação entre mais de duas médias. Denominam-se factores às variáveis independentes (sexo, classes de idade, classes de tempo de serviço, categoria profissional, habilitações literárias, tipo de vínculo à organização, etc.), pois estas não têm de ser variáveis quantitativas podendo ser qualitativas. Por este fundamento é frequente denominar os diferentes valores que o factor pode tomar (ex.: Classe idade1, classe de idade 2, classe de idade 3) como níveis do factor.

O método ANOVA permite a comparação de médias de duas ou mais populações de onde foram extraídas amostras aleatórias independentes, ou grupos, para uma análise de variância (*Analysis Of Variance*), como refere Fisher (1973).

Para a utilização do teste formal da análise de variância da não diferença entre médias, tornou-se essencial verificar o cumprimento de alguns pressupostos, nomeadamente, que:

- as observações são descritas adequadamente pelo modelo teórico;
- os erros têm distribuição normal com média 0 e com variância σ^2 que embora desconhecida, deve ser constante;
- se verifica a independência dos erros.

Numa ANOVA, as hipóteses a testar são:

H0: as médias das classes são iguais

H1: existem pelo menos duas classes com médias diferentes.

Considerou-se um nível de significância de $\alpha=0.05$.

Tendo em conta as classes formadas, previamente, procedeu-se a análise com estimativas de algumas estatísticas descritivas relevantes para todas as questões do questionário relacionadas com grau de concordância, tendo em conta o objectivo do presente estudo científico.

Neste sentido, a tabela seguinte (66) apresenta os dados, relacionados, com as questões dos graus de concordância dos Grupos II e III, quanto às médias das respostas, máximo, mínimo e o desvio padrão. Os valores a ter por base são os previamente mencionados, em que 4 revela que os respondentes concordam completamente com a afirmação e 1 discordam completamente, sendo 0 o valor da indecisão.

**Tabela 66 - Estatística Descritiva e frequências das classes formadas:
Mínimo, Máximo, Média e Desvio Padrão**

Descriptives

| Descriptive Statistics | | | | | |
|------------------------|----|---------|---------|--------|----------------|
| | N | Minimum | Maximum | Mean | Std. Deviation |
| II9 | 84 | 0.00 | 4.00 | 2.7452 | 0.91317 |
| II10 | 87 | 2.00 | 4.00 | 3.4828 | 0.52523 |
| II11 | 87 | 0.00 | 4.00 | 3.3563 | 0.69845 |
| II12 | 87 | 1.00 | 4.00 | 3.3448 | 0.69596 |
| II13 | 87 | 0.00 | 4.00 | 3.1494 | 0.92169 |
| II14 | 86 | 0.00 | 4.00 | 2.9070 | 0.91559 |
| II15 | 87 | 2.00 | 4.00 | 3.4828 | 0.62621 |
| II16 | 86 | 0.00 | 4.00 | 3.0465 | 0.85277 |
| II17 | 87 | 0.00 | 4.00 | 2.7586 | 0.90175 |
| II18 | 87 | 0.00 | 4.00 | 2.7747 | 0.79594 |
| II19 | 86 | 0.00 | 4.00 | 2.7778 | 0.85125 |
| II20 | 87 | 0.00 | 4.00 | 2.6990 | 0.87329 |
| II21 | 87 | 0.00 | 4.00 | 1.8621 | 0.78017 |
| II22 | 87 | 1.00 | 4.00 | 1.9885 | 0.79963 |
| II23 | 87 | 0.00 | 4.00 | 2.7778 | 0.83687 |
| II24 | 87 | 0.00 | 4.00 | 2.7011 | 0.86421 |
| II25 | 87 | 0.00 | 4.00 | 2.7449 | 0.92038 |
| II26 | 86 | 0.00 | 4.00 | 2.5465 | 0.84932 |
| II27 | 87 | 0.00 | 4.00 | 2.7701 | 0.91119 |
| III9 | 87 | 0.00 | 4.00 | 3.1494 | 0.73972 |
| III10 | 87 | 0.00 | 4.00 | 2.7778 | 0.99853 |
| III11 | 87 | 0.00 | 4.00 | 3.1954 | 0.86049 |
| III12 | 86 | 0.00 | 4.00 | 3.2674 | 0.88682 |
| III13 | 86 | 0.00 | 4.00 | 3.0000 | 1.10514 |
| III14 | 87 | 0.00 | 4.00 | 2.7778 | 1.15250 |
| III15 | 87 | 0.00 | 4.00 | 2.7778 | 1.12539 |
| III16 | 87 | 0.00 | 4.00 | 2.4598 | 1.19888 |
| III17 | 86 | 0.00 | 4.00 | 2.9419 | 0.77239 |
| III18 | 87 | 0.00 | 4.00 | 2.4598 | 1.05439 |

Conceito: Objectivos

A afirmação II.9 Os objectivos do serviço existem e são delineados com a participação da enfermagem, por isso são conhecidos e cada um compreende como eles se relacionam com o seu trabalho prende-se com a categoria da qualidade em saúde, ao nível do conhecimento do conceito de objectivos e obteve-se como valor médio das respostas 2.3452. Remetendo para a análise dos resultados prévia, quando observada a tabela do grau de concordância demonstrou-se que, por outro lado, obteve-se 33 que concordam e 7 que concordam completamente, o que em somatório, dá 40 respostas, precisamente o mesmo número dos que respondem de forma discordante (30 que discordavam, e 10 discordavam

completamente). Através da análise da média, verifica-se uma tendência para o centro, ou seja, para o valor de 2, logo, comprova-se que não há uma opinião unânime por parte dos respondentes e que não se identifica um trabalho de envolvimento dos enfermeiros, nos objectivos dos serviços.

Sabendo que os profissionais trabalham em prol daquilo que conhecem e daquilo em que estão envolvidos e acreditam deve-se garantir a transmissão dos objectivos, sob pena de um menor envolvimento na execução do trabalho quanto aos objectivos preconizados pelos serviços, sendo um compromisso da organização zelar pela manutenção desse conhecimento.

Como refere Hampton (1983:361) mencionando Woodward, “Os sistemas de comunicação não podem ser bons ou maus em si mesmos; são bons se ligam as pessoas de tal forma que as incentive a atingir os objectivos da empresa”. Só o conhecimento e envolvimento dos profissionais na definição dos objectivos, pode representar o garante, de que estes sejam atingidos.

Formação

Na grande maioria das afirmações relacionadas com a categoria da formação (II.18, II.19, II.20, II.22 e III.15) pode declarar-se que os respondentes discordam, pois têm valores médios inferiores a 2.5 (variam entre 2.0 e 2.3).

Afirmações:

II.18 A organização disponibiliza formação que possibilite aos seus enfermeiros oportunidade de actualização dos seus conhecimentos.

II.19 A participação em congressos e cursos fora da organização é incentivada.

II.20 A implementação de inovações, de novas tecnologias e de novas formas de comunicação é precedida de uma formação adequada.

II.22 A organização preocupa-se em adequar o tempo necessário à integração dos enfermeiros recém-admitidos ou transferidos ao desempenho da sua actividade profissional.

III.15 As pessoas que possuem mais informação e conhecimento partilhável são aquelas que mais contribuem com conteúdos para as formações

O valor médio para as afirmações relacionadas com a “Formação” é baixo, sendo este resultado indicador de que os enfermeiros em média consideram haver falta de formação na organização.

Todavia, ressaltam que, não obstante este facto, investem na formação, na medida em que, concordam em média (com o valor de 2.8) com a afirmação constante na posição II.17 A enfermagem frequenta regularmente formações, de modo a ampliar e aperfeiçoar os seus conhecimentos, que alude ao facto dos enfermeiros investirem na formação, frequentando regularmente, de modo a ampliar os seus conhecimentos, apesar da organização não disponibilizar formação (II.18), nem incentivar a sua frequência fora desta (II.19).

A afirmação II. 22 A organização preocupa-se em adequar o tempo necessário à integração dos enfermeiros recém-admitidos ou transferidos ao desempenho da sua actividade profissional, atingiu um dos valores médios mais baixos, quando

observado o todo das médias, com o valor de 1.9885. Demonstra que na sua maioria, os enfermeiros não concordam com a afirmação e atesta a análise já realizada, neste sentido.

É vital o investimento na formação inicial para o desenvolvimento do profissional e para o envolvimento do mesmo na organização e no serviço, implicando uma consequente melhor ou pior prestação de cuidados, sendo a adequação do tempo também essencial, ou seja, não só os conteúdos, como também o tempo dispensado. Assim, a formação, parece ser uma área que necessita alarmantemente de atenção, por parte da organização.

Qualidade em Saúde, relação com a Organização, Processo de Melhoria Contínua

As afirmações II.10, II.12, II.13 e II.15 apresentam médias superiores a 3 com desvios padrões que revelam alguma variabilidade nas respostas. Os valores superiores a 3 de médias representam uma elevada concordância com as afirmações.

Todas estas afirmações estão indexadas à categoria “Qualidade em Saúde relação com a Organização”.

II.10 Na prestação de cuidados, os enfermeiros têm em conta a qualidade do serviço prestado ao utente.

II.12 O enfermeiro tem consciência de que os serviços que presta ao utente, fazem parte de um processo de atendimento contínuo.

II.13 Se um enfermeiro errar, as consequências verificam-se a vários níveis do processo de atendimento do utente, implicando outros profissionais e outros serviços.

II.15 A enfermagem preocupa-se em identificar problemas e resolvê-los de acordo com a sua prioridade.

A afirmação II.10 e II.15 alcançaram os valores médios mais altos (3.48) das afirmações que correspondem a um elevado nível de concordância. Do que se depreende e corrobora a análise já efectuada de que os enfermeiros têm em conta a qualidade do serviço prestado e preocupam-se com a atribuição de prioridades aquando da prestação de cuidados e resolução de problemas.

Fazem, ainda, parte desta categoria as afirmações II. 24 Os enfermeiros estão envolvidos na elaboração de projectos relacionados com a melhoria contínua na prestação de cuidados e II.26 A enfermagem participa nos projectos relacionados com a Gestão da Qualidade da Organização que se destacam, pois encontram-se *border-line*, relativamente à média, com valores de 2.7 e 2.5, respectivamente, mantendo-se, deste modo, valores médios de concordância positivos relativamente a estas afirmações.

No geral, a média é alta, ou seja, superior a 3, o indica que os enfermeiros consideram que existe qualidade na organização de saúde, relacionada com a aplicabilidade dos processos de melhoria contínua na categoria profissional de enfermagem.

Todavia, a afirmação II.23 Verifica-se cooperação entre os diferentes serviços de enfermagem e os diferentes sectores da organização tem uma média baixa de 2.3, o que já se tinha observado, na análise de frequências absolutas e relativas. Distingue-se, com este valor que o trabalho de prestação de cuidados se

efectua num encadeado contínuo. Porém, este facto não é o mesmo que afirmar que existe cooperação entre os serviços, que é uma necessidade premente para o funcionamento da organização.

Ainda nesta categoria, analisando as médias adquiridas para as afirmações II.21 Na enfermagem, as mudanças são discutidas antes de serem implementadas e II.25 Na enfermagem, o profissional tem condições de aproveitar todo o seu potencial para a melhoria do trabalho, apreende-se que a afirmação II.21 alcançou o valor médio mais baixo do questionário 1.8621. Antes de chegar a perguntas relacionadas com o processo de melhoria contínua, procurou-se saber, se as mudanças, na percepção dos enfermeiros, são discutidas antes de ser implementadas. Já se tinha observado que os discordantes correspondiam a um número elevado de 78,1% das respostas. Além de 60,9% dos respondentes considerar ver o seu potencial desaproveitado para a melhoria do trabalho que desenvolve (II.25).

Após a observação e análise dos valores de médias para as afirmações relacionadas com a qualidade em saúde, colocou-se a necessidade da análise das afirmações relativamente às categorias criadas para comunicação na organização.

Inovação

A afirmação II.16 Na enfermagem, as inovações são bem recebidas, nomeadamente novas tecnologias e novos meios de comunicação sendo estes incorporados no serviço, gradualmente, apresenta uma média superior a 3 o que quer dizer que os enfermeiros em média concordam com a afirmação, percebendo-se como positiva a sua motivação para a recepção de novas tecnologias e novos meios de comunicação.

Imagem Global

As afirmações relacionadas com esta categoria são as II.11, II.14 e II.27.

A afirmação II.11 A enfermagem preocupa-se com a opinião dos utentes/significantes, dando espaço para estes a verbalizarem, de forma a promover a melhoria do atendimento, configura uma média importante superior a 3 (3.35) que revela que a maioria dos enfermeiros se preocupa com o feed-back que o cliente transmite. Logo, com as informações e imagens que este deixa transparecer acerca da organização. É aceite, pelo desenvolvido neste trabalho que a imagem revelada pelo cliente corresponde ao espelho daquilo que ele pensa e o que o cliente pensa deverá ser valorizado, uma vez que corresponde à imagem que chegou até ele. Relativamente à procura de exceder a expectativa do cliente, esta revela uma média de concordância com a afirmação menor, reflectindo, igualmente, uma menor vontade de

adesão a esta ideia. A média obtida na afirmação II. 14 Para além de pretender satisfazer as necessidades dos utentes, os enfermeiros procuram exceder as expectativas destes, é de 2.9. O exceder as expectativas é um elemento chave das políticas da qualidade e deverá ser uma ideia que a organização deve difundir.

A afirmação II.27 A enfermagem conhece os clientes da organização, revela uma média de 2.7. Este é, ainda, um valor positivo de concordância, verificando-se que os enfermeiros respondentes consideram que conhecem o cliente a que prestam cuidados. É determinante o conhecimento deste, para saber cumprir a premissa da qualidade da satisfação das necessidades e das suas expectativas. O primeiro passo é conhecer o cliente, para depois satisfazer as suas necessidades e eventualmente excedê-las, para assim conseguir transmitir uma consequente imagem positiva.

Como apenas os valores médios inferiores a 2- 2.5 indicam que os enfermeiros discordam das afirmações, pode-se afirmar que de uma forma geral, em média, os respondentes concordam com as afirmações referentes à categoria da imagem global.

O Papel da Intranet

As afirmações relacionadas com esta categoria conhecem valores médios de concordância entre 3.0 e 3.2, o que declara que as afirmações em média são de acordo com a posição dos enfermeiros. Observa-se uma grande receptividade para a implementação da *intranet* e para a sua utilização, tanto na óptica de utilizador, como de fornecedor de informação através deste meio.

III. 9.A implementação da *intranet* na organização de saúde viria a alterar de forma positiva a comunicação e partilha de conhecimento organizacional.

III.11 Se existissem iniciativas de cursos de *e-learning* através da *intranet*, em temas relevantes para a estratégia da organização e/ou para a melhoria das competências pessoais, estaria interessado em frequentá-los.

III.12 Se existissem comunidades de partilha de informação na *intranet*, sobre temas importantes para a organização e/ou para a(s) função(ões) que desempenha, inscrever-se-ia nelas.

III.13 Se existissem comunidades de partilha de informação na *intranet*, estaria disposto a contribuir de forma regular com a informação e conhecimento que possui.

Apenas a afirmação III.10 Quando procura informação na *intranet* da JMS, sobre serviços da organização, normalmente encontra o que pretende, possui uma média com um valor mais baixo, o que pode demonstrar insatisfação com a *intranet* já existente para o grupo José de Mello Saúde. Há que agora agilizar, uma a nível desta unidade de saúde e de acordo com uma análise de situação prévia, a instituir antes da sua implementação.



Circulares Internas

Para consolidar o conhecimento dos meios de comunicação existentes, e utilizados actualmente na organização, optou-se por efectuar um grupo de questões relacionadas com as circulares internas.

III.14. Quando precisa de informação actualizada e fidedigna, continua a pesquisar nos dossiers de circulares internas, revistas e dossiers de informações do serviço.

III.16. A comunicação através das circulares internas é vista de uma forma positiva, dentro da organização.

III.17. Considera que as circulares internas são uma forma de partilha de conhecimento organizacional.

III.18. Recorre às circulares internas quando necessita de obter informações acerca da organização.

Os valores médios de concordância obtidos são baixos, quando comparados com os de outras afirmações, oscilando entre 2.3 e 2.4. Compreende-se que é a forma usada para a comunicação na organização, todavia, não é vista, por exemplo, como a mais actualizada.

A afirmação III.17 Considera que as circulares internas são uma forma de partilha de conhecimento organizacional, destaca-se com 2.9 o que já é um valor médio positivo e que se relaciona com o facto de considerarem, que as circulares internas constituem de facto, uma forma de partilha de conhecimento organizacional. Não estando implícita se, se trata de uma forma eficaz de comunicação.

Estruturando a tabela anterior do SPSS com base nas categorias preconizadas para o estudo, é possível a elaboração da tabela 67 que organiza as perguntas do questionário, relativamente às categorias e apresenta, em simultâneo, os resultados das médias obtidas:

Tabela 67 - Estatística Descritiva (Mínimo, Máximo, Média e Desvio Padrão) por categorias da Matriz e perguntas correspondentes

| Afirmação | Categorias | N | Mínimo | Máximo | Média | Desvio padrão |
|-----------|--------------------------------|----|--------|--------|-------|---------------|
| II.09 | Objectivos do serviço | 84 | 0 | 4 | 2.3 | 0.96 |
| III.15 | Formação | 87 | 0 | 4 | 2.3 | 1.13 |
| II.17 | Formação | 87 | 0 | 4 | 2.8 | 0.9 |
| II.18 | Formação | 87 | 0 | 4 | 2.4 | 0.8 |
| II.19 | Formação | 86 | 0 | 4 | 2.1 | 0.85 |
| II.20 | Formação | 87 | 0 | 4 | 2.1 | 0.87 |
| II.22 | Formação | 87 | 1 | 4 | 2 | 0.8 |
| II.16 | Inovação | 86 | 0 | 4 | 3 | 0.85 |
| II.20 | Inovação | 87 | 0 | 4 | 2.1 | 0.87 |
| III.09 | <i>Intranet</i> | 87 | 0 | 4 | 3.1 | 0.74 |
| III.10 | <i>Intranet</i> | 87 | 0 | 4 | 2.2 | 1 |
| III.11 | <i>Intranet</i> | 87 | 0 | 4 | 3.2 | 0.86 |
| III.12 | <i>Intranet</i> | 86 | 0 | 4 | 3.3 | 0.89 |
| III.13 | <i>Intranet</i> | 86 | 0 | 4 | 3 | 1.11 |
| II.11 | Imagem Global | 87 | 0 | 4 | 3.4 | 0.7 |
| II.14 | Imagem Global | 86 | 0 | 4 | 2.9 | 0.92 |
| II.27 | Imagem Global | 87 | 0 | 4 | 2.8 | 0.91 |
| II.10 | Qualid. Saúde rel. Organização | 87 | 2 | 4 | 3.5 | 0.53 |
| II.12 | Qualid. Saúde rel. Organização | 87 | 1 | 4 | 3.3 | 0.7 |
| II.13 | Qualid. Saúde rel. Organização | 87 | 0 | 4 | 3.1 | 0.92 |
| II.15 | Qualid. Saúde rel. Organização | 87 | 2 | 4 | 3.5 | 0.63 |
| II.23 | Qualid. Saúde rel. Organização | 87 | 0 | 4 | 2.4 | 0.84 |
| II.26 | Qualid. Saúde rel. Organização | 86 | 0 | 4 | 2.5 | 0.85 |
| II.21 | Qualid. Saúde rel. Organização | 87 | 0 | 4 | 1.9 | 0.78 |
| II.24 | Qualid. Saúde rel. Organização | 87 | 0 | 4 | 2.7 | 0.86 |
| II.25 | Qualid. Saúde rel. Organização | 87 | 0 | 4 | 2.1 | 0.92 |
| III.14 | Circulares Int. | 87 | 0 | 4 | 2.4 | 1.15 |
| III.16 | Circulares Int. | 87 | 0 | 4 | 2.5 | 1.2 |
| III.17 | Circulares Int. | 86 | 0 | 4 | 2.9 | 0.77 |
| III.18 | Circulares Int. | 87 | 0 | 4 | 2.5 | 1.05 |

Fonte: Elaboração própria

4.4.4 Análise de Variância

Efectivou-se nesta fase do estudo uma análise de variância para todas as questões, aplicando-se a todos os factores, todavia, nem sempre se encontraram diferenças significativas entre as questões. Apresentam-se, em seguida, apenas os resultados com diferenças significativas e comentam-se os valores mais pertinentes.

FACTOR SEXO

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos dois sexos.

FACTOR: IDADE

Tabela 68 - Tabelas resumo das análises de variância para o factor idade com $\alpha=0,05$.

| | | SQ | gl | MSQ | F | Sig. |
|-------|-------------------|------|----|------|-------|-------|
| II.10 | Entre grupos | 4.1 | 6 | 0.68 | 2.743 | 0.018 |
| | Dentro dos grupos | 19.4 | 79 | 0.25 | | |
| | Total | 23.5 | 85 | | | |
| II.18 | Entre grupos | 8.7 | 6 | 1.45 | 2.515 | 0.028 |
| | Dentro dos grupos | 45.4 | 79 | 0.57 | | |
| | Total | 54.1 | 85 | | | |
| II.21 | Entre grupos | 10.2 | 6 | 1.69 | 3.172 | 0.008 |
| | Dentro dos grupos | 42.2 | 79 | 0.53 | | |
| | Total | 52.3 | 85 | | | |
| II.22 | Entre grupos | 14.9 | 6 | 2.48 | 5.003 | 0.000 |
| | Dentro dos grupos | 39.1 | 79 | 0.49 | | |
| | Total | 54.0 | 85 | | | |
| II.23 | Entre grupos | 9.1 | 6 | 1.51 | 2.359 | 0.038 |
| | Dentro dos grupos | 50.7 | 79 | 0.64 | | |
| | Total | 59.8 | 85 | | | |
| II.25 | Entre grupos | 21.7 | 6 | 3.61 | 5.662 | 0.000 |
| | Dentro dos grupos | 50.4 | 79 | 0.64 | | |
| | Total | 72.1 | 85 | | | |
| II.26 | Entre grupos | 11.9 | 6 | 1.99 | 3.154 | 0.008 |
| | Dentro dos grupos | 49.2 | 78 | 0.63 | | |
| | Total | 61.1 | 84 | | | |

Fonte: Elaboração própria

Tabela em SPSS 16.0 em Anexo (Anexo 5)

Tabela 69 - Médias das questões com $\alpha=0,05$ na ANOVA.
 Comparação múltipla das médias pelo teste de Ducan.

| | Menos de 30 | Entre 30 e 40 | Mais de 41 |
|-------|--------------------|-------------------|-------------------|
| II.10 | 3.57 ^b | 3.18 ^a | 3.65 ^b |
| II.19 | 2.04 ^a | 1.95 ^a | 2.56 ^b |
| II.21 | 1.74 ^a | 1.64 ^a | 2.47 ^b |
| II.23 | 2.38 ^{ab} | 2.00 ^a | 2.76 ^b |
| II.25 | 2.19 ^b | 1.50 ^a | 2.65 ^b |
| II.26 | 2.67 ^b | 2.05 ^a | 2.82 ^b |

Nota: Comparação entre idades para cada questão. Letras semelhantes correspondem a médias semelhantes para $\alpha=0,05$

Fonte: Elaboração própria

Pela observação da tabela 68 e 69 infere-se que os enfermeiros com mais de 41 anos tiveram o maior grau de concordância médio elevado em todas as questões da tabela. Na afirmação II.10 Na prestação de cuidados, os enfermeiros têm em conta a qualidade do serviço prestado ao utente, o valor médio para esta classe é de 3.65 semelhante ao valor encontrado para os enfermeiros com menos de 30 anos. Valor elevado corresponde ao grau "Concordo Completamente". Excepto a afirmação II.19 que se enquadra na categoria da formação, as outras afirmações relacionam-se com a qualidade em saúde relação com a organização e processo de melhoria contínua.

Dentro de cada grupo verifica-se homogeneidade nas médias obtidas, sendo visível que dos 30 aos 40 varia entre 1.50 e 3; e os mais de 41 anos assumem graus de concordância superiores para cada uma das afirmações, chegando aos 3.65.

Nas afirmações II.19 A participação em congressos e cursos fora da organização é incentivada., e II.21 Na enfermagem, as mudanças são discutidas antes de serem implementadas, os enfermeiros com idade superior a 41 anos apresentam uma média estatisticamente superior às das outras classes. Constata-se que esta diferença é elevada, correspondendo a um grau de diferença na escala de concordância utilizada.

Poderá afirmar-se que se espera que a população de enfermagem mais jovem reivindique mais o incentivo à formação fora da organização, por estar, mais empenhado numa fase de avidez de conhecimentos e disponível para a aprendizagem? Quanto à segunda afirmação, assume-se que enfermeiros de idade superior não estejam tão disponíveis para a discussão, encarando que as mudanças são suficientemente discutidas antes da sua implementação. Ou, por outro lado, os jovens ansiosos por participar em todos os processos consideram diminuta a discussão, pois esperariam mais da organização, da gestão de topo e das chefias intermédias.

FACTOR: HABILITAÇÕES LITERÁRIAS

Tabela 70 - Tabelas resumo das análises de variância para o factor habilitações literárias com $\alpha=0,05$

| | | SQ | gl | MSQ | F | Sig. |
|--------|---------------|---------|----|-------|-------|-------|
| II.9 | Entre Grupos | 8.505 | 2 | 4.252 | 5.029 | 0.009 |
| | Dentro Grupos | 68.483 | 81 | 0.845 | | |
| | Total | 76.988 | 83 | | | |
| II.13 | Entre Grupos | 7.430 | 2 | 3.715 | 4.755 | 0.011 |
| | Dentro Grupos | 65.628 | 84 | 0.781 | | |
| | Total | 73.057 | 86 | | | |
| II.15 | Entre Grupos | 2.683 | 2 | 1.342 | 3.631 | 0.031 |
| | Dentro Grupos | 31.041 | 84 | 0.370 | | |
| | Total | 33.724 | 86 | | | |
| II.21 | Entre Grupos | 8.718 | 2 | 4.359 | 8.392 | 0.000 |
| | Dentro Grupos | 43.627 | 84 | 0.519 | | |
| | Total | 52.345 | 86 | | | |
| II.26 | Entre Grupos | 5.089 | 2 | 2.545 | 3.756 | 0.027 |
| | Dentro Grupos | 56.225 | 83 | 0.677 | | |
| | Total | 61.314 | 85 | | | |
| III.11 | Entre Grupos | 6.503 | 2 | 3.252 | 4.777 | 0.011 |
| | Dentro Grupos | 57.175 | 84 | 0.681 | | |
| | Total | 63.678 | 86 | | | |
| III.13 | Entre Grupos | 15.076 | 2 | 7.538 | 7.051 | 0.001 |
| | Dentro Grupos | 88.738 | 83 | 1.069 | | |
| | Total | 103.814 | 85 | | | |

Fonte: Elaboração própria

Tabela em SPSS 16.0 em Anexo (Anexo 5)

Tabela 71 - Médias das questões com $\alpha=0,05$ na ANOVA.

Comparação múltipla das médias pelo teste de Ducan.

| | Bacharelato | Licenciatura | Mais que licenciatura |
|--------|--------------------|--------------------|-----------------------|
| II.9 | 2.89 ^b | 2.30 ^a | 2.04 ^a |
| II.13 | 2.71 ^a | 3.13 ^{ab} | 3.50 ^b |
| II.15 | 3.48 ^{ab} | 3.66 ^b | 3.25 ^a |
| II.21 | 2.38 ^b | 1.82 ^a | 1.54 ^a |
| II.26 | 2.40 ^{ab} | 2.82 ^b | 2.29 ^a |
| III.11 | 2.71 ^a | 3.32 ^b | 3.39 ^b |
| III.13 | 2.40 ^a | 3.03 ^b | 3.54 ^b |

Nota: Comparação entre idades para cada questão. letras semelhantes correspondem a médias iguais para $\alpha=0,05$

Fonte: Elaboração própria

Relativamente ao factor habilitações literárias, não se verifica homogeneidade das médias dentro dos grupos formados, como se observa na tabela 71 que decorre da tabela 70, tendo de analisar-se por afirmações separadamente. Apenas pela observação rápida é possível detectar, como,

consoante as afirmações, o grau de concordância é oposto em relação à classe do grau académica.

Os enfermeiros com o bacharelato apresentam uma média de concordância superior em relação aos enfermeiros com outras habilitações literárias, nomeadamente com os enfermeiros com grau académico, licenciatura e mais que licenciatura, quanto à afirmação II.9 Os objectivos do serviço existem e são delineados com a participação da enfermagem, por isso são conhecidos e cada um compreende como eles se relacionam com o seu trabalho. Esta relaciona-se com o conhecimento dos objectivos e com a participação da enfermagem e no seu envolvimento de forma a promover que sintam que os compreendem e que estes se relacionam com o seu trabalho. Este facto pode dever-se à menor exigência de participação destes no momento da elaboração dos objectivos do serviço. Com mais formação, os enfermeiros tornam-se mais exigentes e a diferenciação obriga a outro nível de envolvimento.

O mesmo acontece na afirmação II.21 (sendo a diferença ainda mais acentuada): Na enfermagem, as mudanças são discutidas antes de serem implementadas. Podendo dever-se ao mesmo facto, pois exigem menos a discussão prévia, sendo aceite por estes, os factos já consumados.

A classe formada pelos enfermeiros com bacharelato, tem, por outro lado, a menor média e estatisticamente diferente nas questões: III.11 Se existissem iniciativas de cursos de *e-learning* através da *intranet*, em temas relevantes para a estratégia da organização e/ou para a melhoria das competências pessoais, estaria interessado em frequentá-los. É III. 13 Se existissem comunidades de partilha de informação na *intranet*, estaria disposto a contribuir de forma regular com a informação e conhecimento que possui.

Na perspectiva da investigadora, esta situação pressupõem-se que se deva ao facto de os enfermeiros que detêm apenas o bacharelato como habilitação literária, pertencerem a uma faixa etária superior e como tal, constituem aqueles menos disponíveis para as questões relacionadas com a *intranet*.

FACTOR: TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL

Tabela 72 - Tabelas resumo das análises de variância para o factor tempo de exercício profissional com $\alpha=0,05$

| | | SQ | gl | MSQ | F | Sig. |
|--------|---------------|---------|----|-------|-------|-------|
| II.13 | Entre Grupos | 9.131 | 3 | 3.044 | 3.952 | 0.011 |
| | Dentro Grupos | 63.927 | 83 | 0.770 | | |
| | Total | 73.057 | 86 | | | |
| II.18 | Entre Grupos | 8.135 | 3 | 2.712 | 4.856 | 0.004 |
| | Dentro Grupos | 46.348 | 83 | 0.558 | | |
| | Total | 54.483 | 86 | | | |
| II.19 | Entre Grupos | 6.933 | 3 | 2.311 | 3.467 | 0.020 |
| | Dentro Grupos | 54.660 | 82 | 0.667 | | |
| | Total | 61.593 | 85 | | | |
| II.21 | Entre Grupos | 8.381 | 3 | 2.794 | 5.274 | 0.002 |
| | Dentro Grupos | 43.964 | 83 | 0.530 | | |
| | Total | 52.345 | 86 | | | |
| II.22 | Entre Grupos | 8.794 | 3 | 2.931 | 5.267 | 0.002 |
| | Dentro Grupos | 46.194 | 83 | 0.557 | | |
| | Total | 54.989 | 86 | | | |
| II.24 | Entre Grupos | 9.866 | 3 | 3.289 | 5.021 | 0.003 |
| | Dentro Grupos | 54.364 | 83 | 0.655 | | |
| | Total | 64.230 | 86 | | | |
| II.25 | Entre Grupos | 11.049 | 3 | 3.683 | 4.946 | 0.003 |
| | Dentro Grupos | 61.802 | 83 | 0.745 | | |
| | Total | 72.851 | 86 | | | |
| III.10 | Entre Grupos | 9.612 | 3 | 3.204 | 3.493 | 0.019 |
| | Dentro Grupos | 76.135 | 83 | 0.917 | | |
| | Total | 85.747 | 86 | | | |
| III.15 | Entre Grupos | 10.155 | 3 | 3.385 | 2.845 | 0.043 |
| | Dentro Grupos | 98.764 | 83 | 1.190 | | |
| | Total | 108.920 | 86 | | | |

Fonte: Elaboração própria
Tabela em SPSS 16.0 em Anexo (Anexo 5)

Tabela 73 - Médias das questões com $\alpha=0,05$ na ANOVA.

Comparação múltipla das médias pelo teste de Ducan.

| | Menos de 5 anos | De 5 a 9 anos | De 10 a 19 anos | Mais de 20 |
|--------|--------------------|--------------------|--------------------|-------------------|
| II.13 | 3.04 ^{ab} | 3.53 ^b | 3.13 ^{ab} | 2.63 ^a |
| II.18 | 2.56 ^b | 2.00 ^a | 2.38 ^{ab} | 2.81 ^b |
| II.19 | 2.24 ^{ab} | 1.77 ^a | 2.25 ^{ab} | 2.53 ^b |
| II.21 | 1.76 ^a | 1.63 ^a | 1.81 ^a | 2.50 ^b |
| II.22 | 2.28 ^b | 1.63 ^a | 1.81 ^a | 2.38 ^b |
| II.24 | 2.64 ^{ab} | 2.33 ^a | 2.94 ^{bc} | 3.25 ^c |
| III.10 | 1.96 ^a | 2.30 ^{ab} | 1.69 ^a | 2.69 ^b |
| III.15 | 2.44 ^b | 2.17 ^{ab} | 1.69 ^a | 2.75 ^b |

Nota: Comparação entre idades para cada questão. letras semelhantes correspondem a médias iguais para $\alpha=0,05$

Fonte: Elaboração própria

Relativamente ao factor tempo de exercício profissional, não se identifica homogeneidade das médias dentro dos grupos formados como se expõe na tabela 73, tendo de analisar-se por afirmações separadamente.

Nesta tabela, observa-se o mesmo padrão encontrado em relação à idade dos enfermeiros. Os enfermeiros com mais tempo de serviço apresentam médias superiores em quase todas as questões. Com excepção na afirmação II.13 Se um enfermeiro errar, as consequências verificam-se a vários níveis do processo de atendimento do utente, implicando outros profissionais e outros serviços, onde se verifica que todos concordam com a afirmação.

Nas afirmações II.19 A participação em congressos e cursos fora da organização é incentivada., e II.21 Na enfermagem, as mudanças são discutidas antes de serem implementadas, os enfermeiros com mais tempo de exercício profissional que correspondem àqueles com idade superior a 41 anos apresentam uma média estatisticamente superior às das outras classes. Constata-se que esta diferença é elevada, correspondendo a um grau de diferença na escala de concordância utilizada.

Relativamente à afirmação II.22 A organização preocupa-se em adequar o tempo necessário à integração dos enfermeiros recém-admitidos ou transferidos ao desempenho da sua actividade profissional concordam os enfermeiros com menos de 5 anos de exercício profissional e com mais de 20 anos. Estes últimos, pode dever-se ao facto de se encontrarem mais distanciados da realidade da integração (normalmente efectuada após admissão na organização) e, por isso, podem estar mais alheados desta problemática. Pelo contrário, os mais novos, por não conhecerem as necessidades de formação reais, pois ainda, não conseguem concretizar quais as necessidades, ao nível do conteúdo e ao nível de *timings*, indispensáveis para adquirir aptidão para o exercício pleno de actividades, e por isso concordam com a afirmação.

FACTOR: TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL NA INSTITUIÇÃO

Tabela 74 - Tabelas resumo das análises de variância para o factor tempo de exercício profissional na Instituição com $\alpha=0,05$

| | | SQ | gl | MSQ | F | Sig. |
|--------|---------------|--------|----|-------|-------|-------|
| II.9 | Entre Grupos | 8.735 | 3 | 2.912 | 3.413 | 0.021 |
| | Dentro Grupos | 68.254 | 80 | 0.853 | | |
| | Total | 76.988 | 83 | | | |
| II.13 | Entre Grupos | 11.860 | 3 | 3.953 | 5.362 | 0.002 |
| | Dentro Grupos | 61.198 | 83 | 0.737 | | |
| | Total | 73.057 | 86 | | | |
| II.20 | Entre Grupos | 6.551 | 3 | 2.184 | 3.070 | 0.032 |
| | Dentro Grupos | 59.035 | 83 | 0.711 | | |
| | Total | 65.586 | 86 | | | |
| II.21 | Entre Grupos | 7.121 | 3 | 2.374 | 4.356 | 0.007 |
| | Dentro Grupos | 45.224 | 83 | 0.545 | | |
| | Total | 52.345 | 86 | | | |
| II.22 | Entre Grupos | 5.700 | 3 | 1.900 | 3.199 | 0.028 |
| | Dentro Grupos | 49.289 | 83 | 0.594 | | |
| | Total | 54.989 | 86 | | | |
| II.24 | Entre Grupos | 8.204 | 3 | 2.735 | 4.051 | 0.010 |
| | Dentro Grupos | 56.026 | 83 | 0.675 | | |
| | Total | 64.230 | 86 | | | |
| II.25 | Entre Grupos | 10.011 | 3 | 3.337 | 4.408 | 0.006 |
| | Dentro Grupos | 62.839 | 83 | 0.757 | | |
| | Total | 72.851 | 86 | | | |
| III.11 | Entre Grupos | 6.927 | 3 | 2.309 | 3.377 | 0.022 |
| | Dentro Grupos | 56.751 | 83 | 0.684 | | |
| | Total | 63.678 | 86 | | | |

Fonte: Elaboração própria

Tabela em SPSS 16.0 em Anexo (Anexo 5)

Tabela 75 - Médias das questões com $\alpha=0,05$ na ANOVA.

Comparação múltipla das médias pelo teste de Ducan.

| | Menos de 5 anos | De 5 a 9 anos | De 10 a 19 anos | Mais de 20 anos |
|--------|--------------------|-------------------|--------------------|--------------------|
| II.9 | 2.14 ^a | 2.31 ^a | 2.41 ^a | 3.22 ^b |
| II.13 | 3.16 ^a | 3.81 ^b | 2.67 ^a | 2.90 ^a |
| II.20 | 1.95 ^a | 1.88 ^a | 2.11 ^a | 2.80 ^b |
| II.21 | 1.67 ^a | 1.81 ^a | 1.94 ^a | 2.60 ^b |
| II.22 | 2.05 ^{ab} | 1.56 ^a | 1.94 ^{ab} | 2.50 ^b |
| II.24 | 2.49 ^a | 2.56 ^a | 2.94 ^{ab} | 3.40 ^b |
| II.25 | 2.07 ^a | 2.06 ^a | 1.78 ^a | 3.00 ^b |
| III.11 | 3.28 ^a | 3.50 ^a | 2.67 ^a | 3.30 ^a |

Nota: Comparação entre idades para cada questão. letras semelhantes correspondem a médias iguais para $\alpha=0,05$

Destacam-se os valores superiores e estatisticamente diferentes na tabela 75, quanto aos enfermeiros com mais anos de serviço, particularmente para a classe enfermeiros com mais de 20 anos na instituição em contraste com os enfermeiros com menos anos de exercício profissional na presente instituição (menos de 9 anos).

FACTOR: CATEGORIA PROFISSIONAL

Tabela 76 - Tabela resumo das análises de variância para o factor categoria profissional com $\alpha=0,05$

| | | SQ | gl | MSQ | F | Sig. |
|--------|---------------|---------|----|-------|-------|-------|
| II.18 | Entre Grupos | 5.263 | 2 | 2.631 | 4.491 | 0.014 |
| | Dentro Grupos | 49.220 | 84 | 0.586 | | |
| | Total | 54.483 | 86 | | | |
| II.22 | Entre Grupos | 8.174 | 2 | 4.087 | 7.334 | 0.001 |
| | Dentro Grupos | 46.814 | 84 | 0.557 | | |
| | Total | 54.989 | 86 | | | |
| II.24 | Entre Grupos | 8.196 | 2 | 4.098 | 6.143 | 0.003 |
| | Dentro Grupos | 56.034 | 84 | 0.667 | | |
| | Total | 64.230 | 86 | | | |
| III.16 | Entre Grupos | 8.578 | 2 | 4.289 | 3.132 | 0.049 |
| | Dentro Grupos | 115.031 | 84 | 1.369 | | |
| | Total | 123.609 | 86 | | | |

Fonte: Elaboração própria

Tabela em SPSS 16.0 em Anexo (Anexo 5)

Tabela 77 - Médias das questões com $\alpha=0,05$ na ANOVA.

Comparação múltipla das médias pelo teste de Ducan.

| | Enfermeiro | Enf. Interno | Outros |
|--------|-------------------|-------------------|-------------------|
| II.18 | 2.16 ^a | 2.63 ^b | 2.68 ^b |
| II.22 | 1.73 ^a | 2.47 ^b | 2.16 ^b |
| II.24 | 2.49 ^a | 2.68 ^a | 3.26 ^b |
| III.16 | 2.18 ^a | 2.79 ^b | 2.84 ^b |

Nota: Comparação entre idades para cada questão. letras semelhantes correspondem a médias iguais para $\alpha=0,05$

Fonte: Elaboração própria

A classe dos enfermeiros apresenta médias próximas do grau “Discordo” e estatisticamente inferiores relativamente à classe dos enfermeiros internos e dos outros, que se encontram próximos do grau “Concordo” nas questões: II.18 A organização disponibiliza formação que possibilite aos seus enfermeiros oportunidade de actualização dos seus conhecimentos; II.22 A organização preocupa-se em adequar o tempo necessário à integração dos enfermeiros recém-admitidos ou transferidos ao desempenho da sua actividade profissional e Os enfermeiros participam na elaboração das alterações das instruções de trabalho. Este facto poderá ser explicado, como justificado no factor anterior, devido aos enfermeiros estarem mais conscientes das necessidades de integração ao

nível dos conteúdos e do tempo necessário, logo concordam menos com as afirmações. Quanto aos enfermeiros internos pode pensar-se que não têm a percepção das necessidades de integração, pois apesar de poderem saber especificar as dúvidas, só após algum tempo na instituição é possível conhecer as realidades organizacionais e deparar-se com dificuldades.

A afirmação II.24 Os enfermeiros estão envolvidos na elaboração de projectos relacionados com a melhoria contínua na prestação de cuidados, detém a maior diferença estatisticamente observada. Os enfermeiros são aquelas que menos concordam com a afirmação, facto a ser explicado com duas razões. Os enfermeiros internos, consideram que estão suficientemente envolvidos, pois não encaram esse envolvimento como uma necessidade, por falta eventual, de maturidade profissional e, como tal, podem não estar despertos para estes conceitos de melhoria contínua, centrando-se mais, o seu interesse, na sua praxis quotidiana. A segunda razão deve-se a que a classe de “outros” representa efectivamente os enfermeiros com categorias profissionais superiores, como os seniores, peritos e gestores e, estes efectivamente, estão mais envolvidos na elaboração de projectos e como tal concordam com a afirmação.

FACTOR: VINCULO LABORAL COM A INSTITUIÇÃO

Tabela 78 - Tabelas resumo das análises de variância para o vínculo laboral com a Instituição com $\alpha=0,05$

| | | SQ | gl | MSQ | F | Sig. |
|-------|---------------|--------|----|-------|--------|-------|
| II.16 | Entre Grupos | 2.881 | 1 | 2.881 | 4.107 | 0.046 |
| | Dentro Grupos | 58.933 | 84 | 0.702 | | |
| | Total | 61.814 | 85 | | | |
| II.18 | Entre Grupos | 5.832 | 1 | 5.832 | 10.190 | 0.002 |
| | Dentro Grupos | 48.651 | 85 | 0.572 | | |
| | Total | 54.483 | 86 | | | |
| II.22 | Entre Grupos | 5.314 | 1 | 5.314 | 9.092 | 0.003 |
| | Dentro Grupos | 49.675 | 85 | 0.584 | | |
| | Total | 54.989 | 86 | | | |

Fonte: Elaboração própria

Tabela em SPSS 16.0 em Anexo (Anexo 5)

Tabela 79 - Médias das questões com $\alpha=0,05$ na ANOVA.

Comparação múltipla das médias pelo teste de Duncan.

| | Não Pertence ao Quadro | Pertence ao quadro |
|-------|---------------------------|--------------------|
| II.16 | 3.29 ^b | 2.91 ^a |
| II.18 | 2.72 ^b | 2.18 ^a |
| II.22 | 2.31 ^b | 1.80 ^a |

Nota: Comparação entre idades para cada questão. letras semelhantes correspondem a médias iguais para $\alpha=0,05$

Fonte: Elaboração própria

Os enfermeiros que não pertencem ao quadro concordam mais com as afirmações: II.16 Na enfermagem, as inovações são bem recebidas, nomeadamente novas tecnologias e novos meios de comunicação sendo estes incorporados no serviço, gradualmente;

II.18 A organização disponibiliza formação que possibilite aos seus enfermeiros oportunidade de actualização dos seus conhecimentos e

II. 22 A organização preocupa-se em adequar o tempo necessário à integração dos enfermeiros recém-admitidos ou transferidos ao desempenho da sua actividade profissional.

Poderá explicar-se que estes enfermeiros possuem um nível de concordância superior para estas afirmações, na medida em que, se encontram menos envolvidos com a organização e, por isso, menos exigentes para com ela. Aqueles que detêm um vínculo laboral de carácter mais permanente e de longa duração consideram que a formação disponibilizada é insuficiente, sendo as inovações desadequadamente incorporadas nos serviços, por falta de formação inicial e o valor de 1,80 denuncia que discordam quase completamente com o tempo dispendido na integração de novos elementos. A integração, normalmente é realizada por enfermeiros do quadro e, por isso, considera-se a sua opinião plausível, relativamente a este aspecto.

4.5 Matriz dos Resultados Obtidos

Neste ponto demonstram-se os resultados de forma sintética e sistematizada por meio da utilização da matriz previamente apresentada, aplicando agora os resultados.

Extraem-se as conclusões mais pertinentes tendo em conta os objectivos e enumeram-se algumas recomendações, como se expõe na tabela 86.

Tabela 80 - Matriz preenchida com Resultados, Conclusões e Recomendações

CARACTERIZAÇÃO DO RESPONDENTE

Objectivo Específico: Caracterizar os respondentes relativamente à idade, género, habilitações literárias, tempo de exercício profissional total e na instituição, categoria profissional e vínculo laboral, de forma a averiguar se estas características influenciam a opinião dos respondentes.

Sumariamente, e tendo por base as respostas obtidas, pode inferir-se que o perfil dos respondentes, quanto à caracterização pessoal é de jovens adultos com idades compreendidas dos 25 aos 30 anos, do sexo feminino (77%), e são maioritariamente licenciados (43%).

No que diz respeito à caracterização profissional, pode afirmar-se que 43% dos respondentes trabalha a menos de 5 anos, sendo que 65% está na instituição também à menos de 5 anos, são portanto profissionais ainda com pouca experiência profissional.

Quanto à categoria profissional, 56% correspondem a enfermeiros indiferenciados, seguindo-se os enfermeiros internos, o que espelha uma categoria profissional de enfermeiros eminentemente jovens. Dos enfermeiros 63% pertence ao quadro, tendo uma relação jurídica a longo prazo com a organização.

QUALIDADE EM SAÚDE

Conceitos Organizacionais: Missão, Visão, Valores, Objectivos, Qualidade em Saúde

Objectivo Específico: Pretende-se investigar qual o conhecimento dos enfermeiros quanto aos conceitos relacionados com o sistema organizacional (estrutura formal da organização) e de que forma consideram contribuir para a manutenção da missão e visão da organização.

| Questões | Resultados | Conclusões/ Recomendações |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Considera conhecer a Missão da Organização? | <ul style="list-style-type: none"> • 62,1% dos respondentes menciona conhecer a missão • Não se verificou uma resposta completa que abrangesse mais aspectos ao nível da missão, ficando aquém da definição formal: "prestação de cuidados de qualidade", de "excelência", "a prestação de cuidados fundamentados no conhecimento", a "prestação de cuidados visando o respeito | <ul style="list-style-type: none"> • A missão é conhecida por mais de metade dos respondentes, mas definida de forma parcelar por alguns deles, não alcançando a definição completa. |

| | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Considera conhecer a Visão da Organização? • Considera conhecer os Valores da Organização? • Considera que contribui para a construção e manutenção da missão e visão da Organização? | <p>pela vida” e a “melhoria contínua” consolidam partes da missão projectada pela Organização de Saúde do HCIS.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 57% dos respondentes menciona conhecer a visão • Foram poucos os que definiram a visão. Todavia, os que responderam definiram alguns elementos comuns com a definição da visão dada pela organização: “liderança na prestação de cuidados público-privada”, “qualidade na prestação de cuidados” e “expansão da organização para mais unidades”. • 60,5% dos respondentes refere conhecer os valores promulgados pelo HCIS • A maioria respondeu correctamente que os valores são: Inovação; Respeito pela dignidade e bem-estar da pessoa; Competência; e Desenvolvimento humano. • 79,3% dos enfermeiros considera que contribui para a manutenção e construção da missão e visão da Organização • Consideram contribuir para a sua manutenção através do trabalho que desenvolvem, nomeadamente através de uma “prestação de cuidados de qualidade”, “prestação de cuidados de qualidade com formação especializada” | <ul style="list-style-type: none"> • A visão é conhecida por pouco mais de metade dos respondentes, sendo a sua definição conhecida mas não na sua globalidade. • Os valores são conhecidos por mais de metade dos respondentes, sendo nomeados na íntegra pela maioria dos que referiram conhecê-los e estão de acordo com os valores formalmente definidos pela organização. • Os enfermeiros, apesar de só metade considerarem que conhecem os conceitos de missão e visão, uma elevada percentagem considera que contribuiu para a sua construção e manutenção através de uma prestação de cuidados de qualidade e alguns reforçam que essa prestação está imbuída de formação especializada. <p>A organização deve investir na definição destes conceitos inerentes à sua estrutura, através do desenvolvimento da comunicação institucional, para alcançar um maior número de enfermeiros detentores destes conhecimentos.</p> |
|---|--|--|

| Conceitos Organizacionais | | |
|--|--|--|
| Questões | Resultados | Conclusões/ Recomendações |
| <ul style="list-style-type: none"> • Considera conhecer os Objectivos do serviço onde desempenha a sua actividade profissional? • Os objectivos do serviço existem e são delineados com a participação da enfermagem, por isso são conhecidos e cada um compreende como eles se relacionam com o seu trabalho. | <ul style="list-style-type: none"> • 81% mencionam conhecer os objectivos: <ul style="list-style-type: none"> * 15 referiram a "prestação de cuidados de qualidade e a evidência de competência" * 12 respostas referem que "os objectivos são impostos não se verificando discussão, nem envolvimento dos profissionais" (foge ao âmbito da pergunta, na medida em que se pretendia que enunciassem os objectivos) * 10 respostas a "Gestão para optimização e maximização dos recursos existentes" * 9 respostas a "Gestão de stocks/ diminuição de gastos" * 5 certificação dos serviços * processo de melhoria contínua • 40 dos respondentes concordam e destes, 7 concordam completamente com a afirmação; • 40 dos respondentes discordam, sendo que destes 10 discordam completamente. • Os enfermeiros com mais formação ou detentores de uma maior habilitação literária tornam-se mais exigentes e a diferenciação obriga a outro nível de envolvimento, sendo estes aqueles que, maioritariamente, não concordam com a afirmação. | <ul style="list-style-type: none"> • Um valor muito relevante dos respondentes refere conhecer os objectivos do serviço. • Os objectivos que mencionam cingem-se aos específicos para o desenvolvimento da sua actividade profissional e apenas um pouco número reflectiu acerca dos objectivos do serviço. • Verifica-se que os objectivos transversais aos serviços constituem, efectivamente, objectivos de gestão e por isso não foram nomeados pelos enfermeiros. • Denota-se, pouca motivação para os objectivos da gestão da organização. • Denunciam que não se verifica um trabalho de envolvimento dos enfermeiros, nos objectivos dos serviços. • Não se consegue extrair se estes são apenas comunicados, ou se os objectivos, aquando da sua consecução são delineados com a participação da enfermagem, por isso são conhecidos e cada um compreende como eles se relacionam com o seu trabalho. <p>A organização deve investir na definição dos objectivos transversais aos serviços, garantindo a participação dos enfermeiros para o seu delineamento.</p> |

| Conceitos Organizacionais | | |
|--|--|--|
| Questões | Resultados | Conclusões/ Recomendações |
| <ul style="list-style-type: none"> • Tem presente o conceito de qualidade em Saúde? | <ul style="list-style-type: none"> • 74.4% referem conhecer o conceito de qualidade em saúde • Quando questionada a sua definição, 29 dos 61 que responderam afirmativamente quanto ao conhecimento do conceito de qualidade, aproximaram-se da definição preconizada pelo Gabinete de Qualidade do HCIS: <ul style="list-style-type: none"> * 18 mencionam a satisfação das necessidades do cliente * 11 referem a obtenção de uma boa gestão de recursos humanos e materiais/ optimização dos recursos * 9 abordam o profissionalismo e competência para uma boa prestação de cuidados | <ul style="list-style-type: none"> • A maioria refere conhecer o conceito de qualidade em saúde. • Parcelarmente, os enfermeiros aproximaram-se da definição preconizada pelo gabinete da qualidade, mas não houve uma definição global que abrangesse as diferentes dimensões da definição. <p>A organização deve investir na comunicação activa do conceito de qualidade em saúde. Os profissionais trabalham em prol daquilo que conhecem e em que estão envolvidos. É um compromisso da organização zelar pela manutenção desse conhecimento.</p> |

| Formação | | |
|--|---|---|
| <p>Objectivo Específico: Pretende-se conhecer de que forma se realiza a formação dentro e fora do HCIS: como os enfermeiros estão empenhados na sua formação, se a organização está envolvida disponibilizando acções de formação e sensibilizando para a sua frequência fora da organização.</p> <p>Pretende-se perceber qual o investimento feito na formação, aquando da introdução de novos meios tecnológicos ou comunicacionais, no momento de integração de novos elementos no serviço e qual a disponibilidade para a partilha de informação entre profissionais.</p> | | |
| Questões | Resultados | Conclusões/ Recomendações |
| <ul style="list-style-type: none"> • Considera que possui os conhecimentos e as competências necessárias para aderir a um projecto de mudança, que vise a Qualidade do serviço prestado? | <ul style="list-style-type: none"> • 62,1% dos enfermeiros considera possuir competências para aderir a um projecto de mudança que visasse a Qualidade do serviço prestado • Os 37,9% dos enfermeiros que responderam negativamente indicaram, como causas: <ul style="list-style-type: none"> * falta de acções de sensibilização para a qualidade (85%) * 60% dos enfermeiros referiram que fazia falta formação em tecnologias de informação e comunicações | <ul style="list-style-type: none"> • Mais de metade dos enfermeiros consideram ter as competências para a adesão a um projecto de mudança com o objectivo da qualidade do serviço prestado. • Nomeiam causas para o facto de não terem esses conhecimentos e competências necessárias, relacionando-se com causas organizacionais. • Sallienta-se o interesse para o presente trabalho, do aspecto mencionado quanto à necessidade expressa de |

| | | |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • A enfermagem frequenta regularmente formações, de modo a ampliar e aperfeiçoar os seus conhecimentos. • A organização disponibiliza formação que possibilite aos seus enfermeiros oportunidade de actualização dos seus conhecimentos. • A participação em congressos e cursos fora da organização é incentivada. • A implementação de inovações, de novas tecnologias e de novas formas de comunicação é precedida de uma formação adequada. • A organização preocupa-se em adequar o tempo necessário à integração dos enfermeiros recém-admitidos ou transferidos ao desempenho da sua actividade profissional. | <ul style="list-style-type: none"> • 67,8% dos respondentes considera frequentar regularmente formações, com o objectivo de aperfeiçoar e ampliar conhecimentos • 51,7% discordam dos quais 8,0% discordam completamente quanto à disponibilidade da organização para a formação e actualização • 58,6% dos respondentes discordam com a afirmação de que a participação em congressos e cursos fora da organização seja incentivada • O valor médio de concordância para as afirmações relacionadas com a formação é baixo, sendo indicador de que os enfermeiros, em média, consideram haver falta de formação. • 63% dos respondentes não concordam com a afirmação • 71,2% dos enfermeiros discordam • É de referir a inexistência de respondentes que se coloquem na posição de não sei, não se aplica, indeciso, revelando uma grande convicção dos enfermeiros para esta resposta, sem uma demonstração de incerteza ou hesitação. • Esta afirmação atingiu o valor médio mais baixo de respostas, | <p>formação em tecnologias de informação e comunicações, denunciando uma vontade e urgência nesta formação e inovação neste domínio.</p> <p>A própria organização tem possibilidade de intervir, de melhorar e subsequentemente de modificar este resultado, uma vez que as causas apontadas incutem-se à organização.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os enfermeiros, na sua maioria, frequentam formações. Os enfermeiros investem na ampliação e enriquecimento ao nível das formações. • Consideram que a organização não disponibiliza formação adequada à actualização de conhecimentos. • Cerca de metade dos respondentes menciona que a organização não incentiva a sua frequência de formações e cursos externos. <p>A comunicação e escuta activa são preponderantes para se compreender onde reside a falha.</p> <ul style="list-style-type: none"> • As tecnologias e as novas formas de comunicação não são precedidas da adequada formação • É vital o investimento na formação inicial para o desenvolvimento do profissional e para o envolvimento do mesmo na organização e no serviço, implicando uma consequente melhor ou pior prestação de cuidados, sendo a adequação do tempo também essencial • É peremptória a desadequação do tempo de integração, face às |
|--|---|--|

| | | |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • As pessoas que possuem mais informação e conhecimento partilhável são aquelas que mais contribuem com conteúdos para as formações. | <p>relativamente ao grau de concordância (1.9885) de 0 a 4.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aqueles que concordam mais correspondem aos enfermeiros com menos de 5 anos de exercício profissional e com mais de 20 anos. • Nesta afirmação verifica-se uma grande semelhança nas respostas obtidas, ou seja, 43,6% dos respondentes concordam e 45,9% dos respondentes discordam, sendo decisivo os 10,3% dos enfermeiros respondentes que referem: não sei, não se aplica, indeciso, pois poderiam fazer a balança pender mais para um dos lados. | <p>necessidades e esta poderá ser uma causa para o grande número de enfermeiros que deixou em branco as respostas relacionadas com o conhecimento mais profundo da organização, como as definições relativas a missão, visão, valores, objectivos e qualidade em saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os enfermeiros com mais de 20 anos: pode dever-se ao facto de se encontrarem mais distanciados da realidade da integração (normalmente efectuada após admissão na organização) e por isso podem estar mais alheados desta problemática. • Os enfermeiros com menos de 5 anos: por não conhecerem as necessidades de formação reais, pois ainda, não conseguem concretizar quais as necessidades, ao nível do conteúdo e ao nível de <i>timings</i>, indispensáveis para adquirir aptidão para o exercício pleno de actividades, e por isso concordam com a afirmação. • Pode especular-se o porquê de as pessoas que possuem mais informação e conhecimento partilhável não contribuírem com conteúdos para as formações, uma vez que, anteriormente, se referiu que as formações não são disponibilizadas regularmente, e na opinião de cerca de metade e, não são incentivadas externamente à organização. <p>A formação é uma área que necessita alarmantemente de investimento por parte da organização.</p> |
|--|---|---|

| Qualidade em Saúde | | |
|---|--|--|
| Relação com a Organização / Processo de Melhoria Contínua | | |
| <p>Objectivo Específico: Pretende-se investigar qual a avaliação que fazem dos cuidados de enfermagem que praticam, por meio da compreensão do conceito de qualidade preconizado pela organização, se o trabalho que desenvolvem incorpora esse conceito de qualidade e se o consideram como integrante de um processo contínuo, encadeado e que se implica.</p> <p>Pretende-se indagar se os enfermeiros consideram que estão envolvidos nas políticas de mudança e de qualidade da organização.</p> <p>Pretende-se compreender se os enfermeiros participam em projectos de gestão de cuidados de qualidade.</p> | | |
| Questões | Resultados | Conclusões / Recomendações |
| <ul style="list-style-type: none"> • Tem presente o conceito de qualidade em Saúde? • Na prestação de cuidados, os enfermeiros têm em conta a qualidade do serviço prestado ao utente. • Se um enfermeiro errar, as consequências verificam-se a vários níveis do processo de atendimento do utente, implicando outros profissionais e outros serviços. • O enfermeiro tem consciência de que os serviços que presta ao utente fazem parte de um processo de atendimento contínuo. • A enfermagem preocupa-se em identificar problemas e resolvê-los de acordo com a sua prioridade. | <ul style="list-style-type: none"> • 74,4% referem conhecer o conceito de qualidade em saúde • As definições de qualidade em saúde (da organização e dos enfermeiros) comungam das mesmas dimensões, sendo as definições dos enfermeiros parcelas da definição preconizada. • 98,9% dos enfermeiros considera ter em conta a qualidade, no serviço que prestam ao utente • Esta foi uma das afirmações que atingiu o valor médio de concordância mais alto, de todas as afirmações para atribuição de grau de concordância (3.48 como valor médio entre 0 e 4) quando analisados e comparados com os valores médio de concordância das restantes afirmações. • 89,6% afirmam concordar com o facto de compreenderem que os cuidados que prestam constituem uma parte do processo de atendimento contínuo • 83,9% dos respondentes têm noção que dessa cadeia resulta, que ao existir a ocorrência de um erro, devido ao processo de cuidados contínuo, este erro poderá reflectir-se a outros níveis do atendimento. • 93,1% dos enfermeiros demonstram preocupação, estando inerente à atribuição de prioridades a organização do próprio trabalho. Destes (55,1%) concordam completamente com a afirmação. • Esta foi uma das afirmações que atingiu | <ul style="list-style-type: none"> • O conceito de qualidade para os enfermeiros respondentes encontra-se em consonância com o estabelecido formalmente para a organização, embora não o definam de uma forma completa. • Praticamente todos os enfermeiros respondentes encaram o seu trabalho, com o cuidado de ter em conta a qualidade no serviço que prestam ao utente. Se a prestação de cuidados, cabe directamente à classe profissional de enfermagem é preponderante que estes ponderem este conceito e o coloque em destaque no desenvolvimento da sua actividade profissional. • Uma elevada percentagem dos enfermeiros têm noção de que os cuidados prestados fazem parte de um todo, não podendo ser considerados actos isolados. Se ocorrer a existência de um erro, esta vai-se reflectir a outros níveis, implicando-se noutros serviços. • Toma-se um aspecto importante, numa organização que pretende primar pelos cuidados de qualidade a capacidade de priorizar aquando prestam os cuidados de forma a promover o melhor, mais rápido, eficaz e assertivo atendimento. |

| | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Verifica-se cooperação entre os diferentes serviços de enfermagem e os diferentes sectores da organização. | <p>o valor médio de concordância mais alto, de todas as afirmações para atribuição de grau de concordância (3.48 como valor médio entre 0 e 4) quando analisados e comparados com os valores médio de concordância das restantes afirmações.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Um aspecto negativo é que cerca de metade dos respondentes encarar a inexistência de cooperação entre os serviços da organização. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Na enfermagem, as mudanças são discutidas antes de serem implementadas. | <ul style="list-style-type: none"> • Apenas 50,5%, concorda com a afirmação da existência de cooperação entre os diferentes serviços da organização. • De facto, o valor médio de concordância com a afirmação é baixo (2.3) | <p>Considera-se positivo para a implementação de um sistema de qualidade, nesta organização, que os enfermeiros conheçam o conceito de qualidade em saúde, e que o tenham em conta na prestação de cuidados que executam. Tal como, compreendam que o seu trabalho é um encadeado na prestação de cuidados e que saibam atribuir prioridades ao seu trabalho.</p> <p>No entanto, a cooperação é vital, ou seja, uma necessidade premente para o funcionamento de toda a engrenagem da organização, sendo, por este facto, uma necessidade examinar o fundo desta última percepção.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • A enfermagem participa nos projectos relacionados com a Gestão da Qualidade da Organização. | <ul style="list-style-type: none"> • 78,1% das respostas discordam com esta afirmação • O valor mais baixo das médias da tabela do grau de concordância é de 1.8621 e corresponde a esta afirmação. | <ul style="list-style-type: none"> • Uma elevada percentagem denuncia que as mudanças não são discutidas previamente. • Antes da implementação de mudanças estas devem ser discutidas. <p>As mudanças são deficientemente discutidas na percepção dos enfermeiros, constituindo, sem dúvida, um aspecto negativo</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • A enfermagem participa nos projectos relacionados com a Gestão da Qualidade da Organização. | <ul style="list-style-type: none"> • 73,5% dos enfermeiros respondentes considera estar envolvido na elaboração de projectos relacionados com a melhoria contínua na prestação de cuidados | <ul style="list-style-type: none"> • A maioria considera participar em projectos relacionados com a Gestão da Qualidade da Organização. |

| | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Na enfermagem, o profissional tem condições de aproveitar todo o seu potencial para a melhoria do trabalho. • Os enfermeiros estão envolvidos na elaboração de projectos relacionados com a melhoria contínua na prestação de cuidados. | <ul style="list-style-type: none"> • 60,9% dos respondentes considera ver o seu potencial desaproveitado para a melhoria do trabalho que desenvolve. • 64,3% enfermeiros respondentes concordam com o facto de estarem relacionados com projectos ligados à Gestão da Qualidade da Organização • A afirmação detém a maior diferença estatisticamente observada | <ul style="list-style-type: none"> • Cerca de metade dos respondentes considerar ver o seu potencial desaproveitado, para a melhoria do trabalho desenvolvido. • A maioria considera participar em projectos relacionados com a melhoria contínua na prestação de cuidados. • Os enfermeiros indiferenciados são aquelas que menos concordam com a afirmação, facto a ser explicado com duas razões: Os enfermeiros internos, consideram que estão suficientemente envolvidos, pois não encaram esse envolvimento como uma necessidade, por falta eventual, de maturidade profissional e como tal, centram mais, o seu interesse, na sua praxis quotidiana. A segunda razão deve-se a que a classe de "outros" representa efectivamente os enfermeiros com categorias profissionais superiores, como os seniores, peritos e gestores e, estes efectivamente, estão mais envolvidos na elaboração de projectos e como tal concordam com a afirmação. <p>Afiguram-se dois aspectos importantes a considerar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ por um lado, a participação dos enfermeiros nos projectos de gestão da qualidade e de melhoria contínua, ▪ por outro, consideram-se desaproveitados. |
|--|--|--|

COMUNICAÇÃO NA ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE HCIS

Comunicação Interna

Objectivo Específico: Pretende-se saber qual a opinião dos enfermeiros quanto à comunicação interna existente no HCIS, nomeadamente, quanto aos canais de comunicação existentes; quanto à informação disponibilizada relativamente a organização (objectivos do serviço, planos a curto e longo prazos); e relativamente aos resultados do desempenho profissional. Pretende-se identificar se existe, na perspectiva dos enfermeiros uma cultura de comunicação e diálogo. Pretende-se identificar se existem os meios tecnológicos necessários ao bom desenvolvimento do trabalho.

| Questões | Resultados | Conclusões/ Recomendações |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Existem canais de comunicação interna, suficientes, para a disseminação da informação, dentro da organização? • São-lhe transmitidas informações sobre os objectivos do serviço, onde desenvolve a sua actividade profissional? • Considera que tem à sua disposição informação necessária para o excelente desempenho das suas funções? • São-lhe transmitidas informações sobre os planos a curto e longo prazo do serviço, onde desenvolve a sua actividade profissional? • São-lhe transmitidas informações sobre o resultado do seu desempenho em relação ao seu serviço? | <ul style="list-style-type: none"> • Mais de 50% dos enfermeiros afirmam não haver canais de comunicação interna, suficientes para a disseminação da informação, dentro da organização. • Os canais mais mencionados foram: <ul style="list-style-type: none"> * Circulares internas (86,8%) * Painéis de divulgação (63,2%) • Canal reivindicado: <i>intranet</i> • 65,5% dos respondentes refere que é transmitida informação sobre os objectivos do serviço onde desenvolve a sua actividade profissional • 70,6% dos enfermeiros referem que não tem à sua disposição informação necessária para o excelente desempenho das suas funções. • 45,3% dos enfermeiros declararam que recebem informações sobre os planos a curto e longo prazo do serviço, onde desenvolve a sua actividade profissional • A informação é transmitida principalmente por reuniões individuais, formais, com periodicidade de anual. | <ul style="list-style-type: none"> • Mais de metade dos enfermeiros considera que não há canais de comunicação suficientes • Sem dúvida que é necessário melhorar a comunicação interna nesta organização. • Investir na <i>intranet</i> na organização • A informação disponibilizada relativamente aos: <ul style="list-style-type: none"> * objectivos do serviço; * para o excelente desempenho das suas funções e; * planos a curto e longo prazos, considera-se insuficiente. • Considera-se insuficiente uma reunião anual relativamente ao resultado do desempenho. • A comunicação interna é realizada essencialmente em reuniões individuais, anuais e sobre os objectivos do serviço e o resultado de desempenho dos enfermeiros. |

| | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Considera que a organização tem uma cultura de comunicação e diálogo? • Considera que tem à sua disposição os meios tecnológicos necessários para o bom desenvolvimento do seu trabalho? | <ul style="list-style-type: none"> • 80% dos inquiridos menciona que a Organização não tem uma cultura de comunicação e diálogo • 80% dos enfermeiros considera que tem à sua disposição os meios tecnológicos necessários para um bom desenvolvimento do seu trabalho. Um valor muito positivo. • Foram referidas, como meios de comunicação inexistentes e a desenvolver a <i>intranet</i>, as bases de dados, o PDA, <i>e-mail</i> e cursos <i>e-learning</i>. | <p>Reveste-se de especial importância o investimento de tempo, dinheiro e energia para a questão do aperfeiçoamento no envolvimento dos colaboradores nos processos organizacionais, nomeadamente na disponibilização de informação que possibilite um bom desempenho da sua actividade, o <i>feed-back</i> dos resultados desse desempenho, bem como a explanação dos objectivos do serviço, e das metas a curto e longo prazos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • A organização não tem uma cultura de comunicação e diálogo. • Existem os meios tecnológicos, nomeadamente os suportes informáticos em todos os serviços, com terminais acessíveis a todos os enfermeiros. Esta encontra-se difundida pela organização e massificada para a utilização de todos os colaboradores. <p>Os canais de comunicação internos utilizados são insuficientes nesta organização apesar de a maioria dos enfermeiros considerarem que têm à sua disposição os meios tecnológicos necessários.</p> <p>Necessidade de rentabilização destes meios.</p> |
|---|--|--|

| Inovação | | |
|--|--|--|
| <p>Objectivo Específico: Pretende-se conhecer qual a receptividade à implementação da <i>intranet</i> na organização. Pretende-se verificar a receptividade a inovações no âmbito da comunicação e das novas tecnologias. Pretende-se compreender o nível de formação dispensado aquando da implementação de novas tecnologias e de novas formas de comunicação e quais as mudanças necessárias para potencializar os meios já existente, na perspectiva dos enfermeiros do HCIS.</p> | | |
| Questões | Resultados | Conclusões/ Recomendações |
| <ul style="list-style-type: none"> • Considerava útil a implementação da <i>intranet</i> na instituição? • Na enfermagem, as inovações são bem recebidas, nomeadamente novas tecnologias e novos meios de comunicação sendo estes incorporados no serviço, gradualmente. • A implementação de inovações, de novas tecnologias e de novas formas de comunicação é precedida de uma formação adequada. | <ul style="list-style-type: none"> • 96,5% dos respondentes considerava útil a implementação da <i>intranet</i> • A implementação da <i>intranet</i> na instituição com os seguintes conteúdos: *Acções de formação disponibilizadas pela instituição; * Biblioteca on-line (base de dados); * Comunicados internos. • 80,2% concordam com a afirmação de as inovações serem bem recebidas, nomeadamente novas tecnologias e novos meios de comunicação sendo estes incorporados no serviço, gradualmente. • 63,9% consideram que a implementação de inovações, de novas tecnologias e de novas formas de comunicação não é precedida de uma formação adequada. | <ul style="list-style-type: none"> • Os enfermeiros estão receptivos para a implementação da <i>intranet</i>. • Verifica-se que a <i>intranet</i> é o canal de comunicação mais valorizado pelos enfermeiros, actualmente. <p style="text-align: center;">A implementação da <i>intranet</i> será bem aceite, pois configura actualmente uma necessidade expressa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os enfermeiros estão receptivos a inovações e a novos meios de comunicação mas referem que a implementação que precede a implementação não é adequada. • A formação dispensada para as inovações, novas tecnologias e novas formas de comunicação é considerada insuficiente. <p style="text-align: center;">Se a formação não existe terá que se desenvolver um plano de acção nesse sentido.</p> <p style="text-align: center;">Deverá implementar-se um plano de acção para ultrapassar possíveis barreiras.</p> |

| Imagem Global | | |
|--|---|---|
| <p>Objectivo Específico: Pretende-se perceber a concepção dos enfermeiros quanto à imagem global que o Hospital CUF Infante Santo (HCIS) transmite, compreender se os enfermeiros conhecem o cliente da organização e averiguar se os enfermeiros têm a preocupação de satisfazer as necessidades e de exceder as expectativas do cliente.</p> | | |
| Questões | Resultados | Conclusões/ Recomendações |
| <ul style="list-style-type: none"> • Compreende qual a imagem que a organização pretende projectar? • A enfermagem conhece os clientes da organização. • A enfermagem preocupa-se com a opinião dos utentes/significantes, dando espaço para estes a verbalizarem, de forma a promover a melhoria do atendimento. • Para além de pretender satisfazer as necessidades dos utentes, os enfermeiros procuram exceder as expectativas destes. | <ul style="list-style-type: none"> • 77,4% afirmam compreender qual a imagem que a organização pretende transmitir. * 21 Referem ser uma imagem de uma organização com Q de qualidade na saúde, * 20 Declaram que organização pretende transmitir a imagem de liderança na saúde, sendo pioneira, e uma organização de referência. * 16 referem ser uma organização com cuidados de excelência, existindo profissionalismo nos cuidados de saúde, * 7 referem pretender transmitir a imagem de uma organização inovadora. • 74,7% Dos enfermeiros respondentes consideram que conhecem o cliente a que prestam cuidados • 51,7% Concordam que a enfermagem se preocupa com a opinião dos utentes/significantes, dando espaço para estes a verbalizarem, de forma a promover a melhoria do atendimento • 43,6% Concordam plenamente, totalizando 95,3% das respostas. • O valor médio do grau de concordância com a afirmação é de 3.35, o que revela que os enfermeiros em média concordam com a afirmação. • 70,8% dos respondentes concordam com a afirmação de que os enfermeiros pretendem exceder as expectativas do cliente • O valor médio de concordância com a afirmação não é tão elevado como o verificada para a afirmação anterior, sendo de 2.9. | <ul style="list-style-type: none"> • Os enfermeiros conhecem a imagem projectada pela organização, sendo esta de qualidade, liderança no sector dos serviços de saúde, excelência na prestação de cuidados e inovação. • Os enfermeiros conhecem o cliente alvo e preocupam-se com o <i>feedback</i> que o cliente transmite, de forma a melhorarem a prestação de cuidados. • Os enfermeiros preocupam-se, na sua maioria, em exceder as expectativas do cliente. Estes resultados são, sem dúvida positivos e um ponto forte para a organização, o primeiro passo é conhecer o cliente, para depois satisfazer as suas necessidades e eventualmente excedê-las, para assim conseguir transmitir uma imagem positiva. |

| O Papel da Intranet | | |
|---|--|--|
| Objectivo Especifico: Pretende-se identificar a necessidade da implementação da <i>intranet</i> , conhecer a satisfação dos enfermeiros relativamente à <i>intranet</i> do grupo JMS e conhecer o grau de envolvimento que os enfermeiros estariam dispostos a ter, relativamente à participação em formações e comunidades de partilha por meio da <i>intranet</i> , como receptores e / ou emissores de informação e conhecimento. | | |
| Questões | Resultados | Conclusões/ Recomendações |
| <ul style="list-style-type: none"> • Considerava útil a implementação da <i>intranet</i> na instituição? • A implementação da <i>intranet</i> na organização de saúde viria a alterar de forma positiva a comunicação e partilha de conhecimento organizacional. • Quando procura informação na <i>intranet</i> da JMS, sobre serviços da organização, normalmente encontra o que pretende. • Se existissem iniciativas de cursos de <i>e-learning</i> através da <i>intranet</i>, em temas relevantes para a estratégia da organização e/ou para a melhoria das competências pessoais, estaria interessado em frequentá-los. • Se existissem comunidades de partilha de informação na <i>intranet</i>, sobre temas importantes para a organização e/ou para a(s) função(ões) que desempenha, inscrever-se-ia nelas. | <ul style="list-style-type: none"> • 96,5% Dos respondentes evidencia interesse na comunicação e partilha de conhecimento, através da <i>intranet</i>. • 90,7% dos enfermeiros consideram que a implementação da <i>intranet</i> na organização de saúde viria a alterar de forma positiva a comunicação e partilha de conhecimento organizacional. • 38 inquiridos referiram que concordavam com a afirmação e 40 a referir que não concordavam. • Esta afirmação tem como média de valor de grau de concordância 2.16, o que representa que concordam pouco com a afirmação • 88,5% dos respondentes referiram que estariam dispostos a frequentar cursos promovidos através da <i>intranet</i>, mostrando-se receptivos a iniciativas de cursos de <i>e-learning</i> através da <i>intranet</i>, em temas relevantes para a estratégia da organização e/ou para a melhoria das competências pessoais • 90,6% dos respondentes demonstram-se disponíveis para integrar as comunidades de partilha de informação por meio da <i>intranet</i>, inscrevendo-se em cursos ou outros, | <ul style="list-style-type: none"> • A implantação da <i>intranet</i> é importante, sendo mesmo reclamada para a partilha de conhecimento organizacional, pois é considerada positiva a sua implementação. Esta motivação constitui um ponto forte para a implementação deste sistema de informação na organização Os enfermeiros da organização estão receptivos a qualquer melhoria ou implementação relativa a este canal de comunicação. • Os enfermeiros estão insatisfeitos com a <i>intranet</i> já existente para o grupo José Mello Saúde • Verifica-se que o nível de interesse dos enfermeiros em se envolver na participação de formações através deste meio grande. • Há disponibilidade para a integração das comunidades de partilha de informação, tanto na óptica de utilizador receptor de conhecimento, como de emissor e "fornecedor" de informação e conhecimento. Como aspecto positivo a salientar verifica-se uma elevada disponibilidade para a implementação da <i>intranet</i> e para a sua utilização nas diversas |

| | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Se existissem comunidades de partilha de informação na <i>intranet</i>, estaria disposto a contribuir de forma regular com a informação e conhecimento que possui. | <p>promovidos por este meio</p> <ul style="list-style-type: none"> • 84,8% respondentes, referem, disponibilidade para participação com informação e conhecimento que possui, de modo a contribuir de forma regular para as comunidades de partilha de informação na <i>intranet</i>. • Os valores médio de concordância com as 3 afirmações anteriores são elevados, variando entre 3.0 e 3.2 • A classe formada pelos enfermeiros com bacharelato, tem, a menor média e estatisticamente diferente nestas últimas 3 questões relacionadas com a <i>intranet</i> | <p>vertentes de frequência e participação activas, tanto como emissor como, como receptor.</p> <p>Analisando estes resultados, considera-se proficuo a emergência deste sistema de informação na organização.</p> <p>Esta situação pode dever-se ao facto, de os enfermeiros que detêm apenas o bacharelato como habilitação literária, pertencem a uma faixa etária superior e como tal, constituem aqueles menos disponíveis para as questões relacionadas com a <i>intranet</i>.</p> |
|--|--|--|

| Circulares Internas | | |
|--|---|---|
| <p>Objectivo Especifico: Pretende-se saber se os enfermeiros recorrem aos dossiers de circulares internas e de informações dos serviços quando precisam de informações actualizadas e fidedignas, bem como conhecer se as circulares internas são vistas de forma positiva e identificar se as circulares internas constituem uma forma de conhecimento organizacional e se respondem às necessidades de informação no HCIS.</p> | | |
| Questões | Resultados | Conclusões/ Recomendações |
| <ul style="list-style-type: none"> • Quando precisa de informação actualizada e fidedigna, continua a pesquisar nos dossiers de circulares internas, revistas e dossiers de informações do serviço. • A comunicação através das circulares internas é vista de uma forma positiva, dentro da organização. • Considera que as circulares internas são uma forma de partilha de conhecimento organizacional. • Recorre às circulares internas quando necessita de obter informações acerca da organização. | <ul style="list-style-type: none"> • 54% dos respondentes pesquisa nos dossier de circulares internas e dossiers de informações do serviço quando procura informação actualizada e fidedigna. • 67,8% dos respondentes vê de forma positiva comunicação através de circulares internas • 16% dos respondentes discorda completamente (valor digno de registo, pois é o maior número de discordância de toda a tabela do grau de concordância) • Os valores médios dos graus de concordância com estas afirmações são baixos, variando entre 2.3 e 2.4. • 86% dos respondentes considera as circulares internas uma forma de partilha de conhecimento organizacional. • 58,6% Corresponde à percentagem de concordância dos respondentes com a afirmação | <ul style="list-style-type: none"> • Metade dos enfermeiros refere que quando precisam de informações recorre nos dossiers do serviço e de circulares internas • A comunicação através das circulares internas é utilizada e vista de forma positiva por mais de metade dos respondentes • As circulares internas são uma forma de partilha de conhecimento organizacional, mas pouco mais de metade dos enfermeiros a utiliza quando necessita de informações acerca da organização, não respondendo às necessidades. <p style="text-align: center;">As circulares internas são consideradas como uma forma de partilha de informação, mas apenas metade as utiliza quando necessita de informações.</p> |

Fonte: Elaboração própria

4.6 Considerações Finais

Os respondentes caracterizam-se por ser, maioritariamente, do sexo feminino (77%), sendo jovens adultos com idades compreendidas dos 25 aos 30 anos. Estes constituem dois grandes grupos quanto ao estado civil, o grupo de casados (39%) e solteiros (38%), e a dominarem com as maiores percentagens relativamente às habilitações literárias obteve-se 43% licenciados.

No que diz respeito à caracterização profissional, pode afirmar-se que 43% dos respondentes trabalha a menos de 5 anos, sendo que 65% está na instituição também à menos de 5 anos. São profissionais com pouca experiência profissional, por conseguinte, a categoria profissional mais evidenciada, com 56% correspondem a enfermeiros indiferenciados, seguindo-se os enfermeiros internos, o que espelha uma categoria profissional eminentemente jovem. 63% dos enfermeiros pertence ao quadro, tendo uma relação jurídica a longo prazo com a organização.

Procede-se após esta sumária caracterização às considerações finais relacionadas com as duas grandes problemáticas focadas na presente investigação. A título de organização do trabalho elabora-se as considerações finais relativas à qualidade na organização e posteriormente tecem-se as considerações relativas à comunicação na organização.

4.6.1 Qualidade nas Organizações de Saúde

Na senda do estudo da qualidade várias categorias se criaram no sentido de conduzir o trabalho para os objectivos delineados. Deste modo e quanto à categoria do conhecimento dos conceitos inerentes à estrutura formal da organização é possível resumir que mais de metade dos enfermeiros considera conhecê-los. A maioria (62,1%) dos respondentes menciona conhecer a missão, sendo que a maioria não respondeu quando foi pedido que a sintetiza-se. Aqueles que a definiram mencionam que corresponde essencialmente à prestação de cuidados de qualidade, de excelência, fundamentados no conhecimento e visando o respeito pela vida o que vai ao encontro com partes da missão preconizada pela Organização de Saúde do HCIS.

Verifica-se que a percentagem de enfermeiros que refere conhecer a Visão é menor (57%) e os poucos que a descreveram, identificam alguns elementos comuns com a definição da visão dada pela organização, nomeadamente que esta passa pela liderança na prestação de cuidados

público-privada, que visa a qualidade na prestação de cuidados e numa perspectiva mais empresarial, corresponde à expansão da organização para mais unidades. A pergunta relacionada com os Valores demonstrou ser a de maior domínio, uma vez que 60,5% dos enfermeiros referiram sentir-se detentores dessa informação, enunciando concordantemente os quatro valores da organização: Inovação; Respeito pela dignidade e bem-estar da pessoa; Competência; e Desenvolvimento humano. O investimento realizado a nível de estruturas de comunicação, como o marketing na projecção destes valores, publicitou-os com efeito sob diversas formas, tendo sido eficaz.

É preponderante manter este nível de envolvimento e cumprimento para com os enfermeiros, pois através da comunicação garante-se que estes conhecem a organização de saúde onde desenvolvem a sua actividade profissional.

Dos 81% enfermeiros que referem conhecer os objectivos que os seus serviços preconizam quando chamados a denominá-los centram-se em objectivos muitos específicos dos seus serviços e intrínsecos à sua actividade profissional e poucos referem os objectivos transversais a todos os serviços da organização que correspondem à continuação da manutenção do processo de certificação dos serviços e empenhamento na melhoria contínua.

Relativamente ao conceito de Qualidade em Saúde, uma elevada percentagem (74,4%) refere conhecer o conceito de qualidade em saúde, o que é uma percentagem de enorme relevância. E quando questionada a sua definição, as respostas completam-se e demonstram conhecimento relativo à definição de qualidade em saúde instituída pela organização. Estes conceitos evidenciam, igualmente, parcelas de vários autores, como por exemplo Deming (1986), Lewis (1989), Reeves e Bednar (1994).

Relativamente à categoria da formação, a maioria (62,1%) dos enfermeiros respondentes considera possuir conhecimentos e competências necessárias para aderir a um projecto de mudança que vise a qualidade dos serviços. Dos 37,9% dos enfermeiros que responderam negativamente destacam como necessidades e eventuais causas para o desconhecimento a falta de acções de formação de sensibilização para a qualidade (85%) e a falta de formação em tecnologias de informação e comunicações (60% dos enfermeiros). As falhas indicadas prendem-se com causas inerentes à organização e, como tal, passível de intervenção, de modo a modificar este resultado. É de salientar e do interesse do presente trabalho, o aspecto mencionado quanto à necessidade expressa de formação em tecnologias de informação e comunicações, denunciando uma vontade emergente nesta formação e inovação a este nível.

A maioria 67,8% dos respondentes considera que a enfermagem frequenta regularmente formações, com o objectivo de aperfeiçoar e ampliar conhecimentos, o que se considera positivo. Todavia, observa-se, pelos dados obtidos, que os respondentes denunciam a falta de investimento da organização na área da formação, tanto a nível de formações internas, como o incentivo a formações externas sendo uma necessidade premente o empenhamento neste domínio.

Ainda no âmbito da formação, 63% dos respondentes refere que a implementação de inovações, de novas tecnologias e de novas formas de comunicação não é precedida de uma formação adequada e 71,2% contesta a inexistência de um adequado tempo de formação na integração profissional.

Para terminar este vasto tema em análise, a qualidade na organização de saúde, Hospital CUF Infante Santo, impõe-se o estudo da qualidade em saúde na vertente relacional com a organização e com o processo de melhoria contínua. Assim, praticamente a totalidade (98,9%) dos enfermeiros considera ter em conta a qualidade no serviço que prestam ao utente.

Ao nível da qualidade *versus* organização a existência de cooperação é vital, ou seja, uma necessidade premente para o funcionamento de toda a engrenagem da organização, sendo, por isso alarmante e uma necessidade, examinar a essência da percepção de metade dos enfermeiros (50,5%) que mencionam a inexistência de cooperação entre os diferentes serviços da organização

Por outro lado, 89,6% afirmam concordar com o facto de compreenderem que os cuidados que prestam constituem uma parte do processo de atendimento contínuo e 83,9% dos respondentes têm noção que dessa cadeia resulta, que ao existir a ocorrência de um erro, devido ao processo de cuidados contínuo, este erro poderá reflectir-se a outros níveis do atendimento.

Procurou-se saber se as mudanças, na percepção dos enfermeiros, são discutidas antes de ser implementadas e 78,1% das respostas discordam com este facto.

O envolvimento dos colaboradores só contribui beneficemente para o sucesso de qualquer projecto de mudança, sendo a adesão facilitada.

Dos enfermeiros respondentes, 73,5% considera estar envolvido na elaboração de projectos relacionados com a melhoria contínua na prestação de cuidados. Todavia, a maioria (60,9% dos respondentes) considera ver o seu potencial desaproveitado para a melhoria do trabalho que desenvolve. Tem-se ainda que 64,3% dos enfermeiros respondentes concordam com o facto de

estarem relacionados com projectos ligados à Gestão da Qualidade da Organização, o que é bastante positivo.

Estes valores comprovam algum envolvimento na política de qualidade ao nível da colaboração em projectos e ao nível da melhoria contínua o que constitui uma situação muito positiva.

4.6.2 Comunicação nas Organizações de Saúde

Enveredando na síntese da análise dos dados relativos à comunicação particulariza-se para a comunicação interna, verifica-se que 55,3% dos enfermeiros afirmam a inexistência de canais de comunicação interna suficientes para a disseminação da informação, dentro da organização. Os que responderam positivamente à questão anterior referem sobretudo, as circulares internas (86,8%) como forma de comunicação mais utilizada.

A realçar o facto de 80% dos enfermeiros responderem que a organização não tem uma cultura de comunicação e diálogo, sendo que os 17 enfermeiros que responderam positivamente referem, novamente, a existência principal das circulares internas (92,9%). Um número elevado dos enfermeiros (70,6%) referem que não tem à sua disposição informação necessária para o excelente desempenho das suas funções. Contudo, 65,5% dispõem de informações relacionadas com os objectivos do serviço. Já quanto aos planos a curto e longo prazo, menos de 50% refere conhecê-los.

Um factor positivo a ter em conta é de que uma percentagem significativa (80%) refere que possui os meios tecnológicos necessários para o bom desenvolvimento da sua actividade profissional. 77% Respondeu que lhes era transmitida informações, anualmente, sobre o resultado do seu desempenho em relação ao seu serviço.

Um aspecto positivo prende-se com o facto de 96,5% dos enfermeiros considerarem pertinente, e uma necessidade a introdução da *intranet* na instituição, surgindo outras sugestões, como *links*, criação de *e-mails* e os conteúdos a contemplar passam pela disponibilização de acções de formação (78%) e uma base de dados *on-line* (76,8%).

Depreende-se pelos dados obtidos que a implementação da *intranet* será bem aceite, pois configura actualmente uma necessidade expressa.

É de valorizar que mais de 80% se demonstra disponível para receber inovações tanto a nível de novas tecnologias como de novos meios de comunicação

Um aspecto negativo e que poderá constituir uma grave ameaça deve-se ao facto de 63,2% considerarem que a implementação de inovações, de novas tecnologias e de novas formas de comunicação não é precedida de uma formação adequada.

A inovação pode constituir uma “arma” para a organização, quando bem utilizada e dominada, imbuindo-se de conhecimentos que permitam a sua utilização profícua. É dessa boa gestão que se consegue transparecer a imagem pretendida. A imagem global menciona-se em seguida, relacionando-se com a comunicação externa.

77,4% dos enfermeiros demonstram compreender qual a imagem que a organização pretende transmitir.

Como verificado 59,7% dos enfermeiros respondentes consideram que conhecem o cliente a que prestam cuidados. 95,3% dos enfermeiros preocupa-se com o *feed-back* que o cliente possa transmitir, de forma a melhorarem a prestação de cuidados, e 43,6% concordam plenamente com este aspecto, o que é deveras positivo. É menor a percentagem de enfermeiros que responde que pretende exceder as expectativas do cliente (70,8%), todavia, continua a ser uma percentagem positiva.

Compreendida que está a questão da comunicação externa, de manifesta importância, passa-se agora a um âmbito relacionado com uma componente mais “micro” da organização”, num sentido do desenvolvimento do seu próprio trabalho através da comunicação. Nomeadamente, centra-se na percepção, necessidades e determinações dos enfermeiros quanto ao papel da *intranet*, na organização e das circulares internas.

Uma elevada percentagem (96,5%) dos respondentes evidencia interesse na comunicação e partilha de conhecimento, através da *intranet*, sendo esta motivação uma oportunidade para a implementação deste sistema de informação.

Outros aspectos positivos a salientar, prendem-se com a disponibilidade para a integração das comunidades de partilha de informação, tanto como receptor (88,5% referem que frequentaria cursos promovidos pela *intranet*; 90,6% estariam dispostos em inscrever-se em comunidades de partilha) como, como emissor (84,8%, considera que contribuiria regularmente com informação e conhecimento). Analisando estes elevados valores, considera-se profícua a emergência deste sistema de informação na organização de modo a contribuir para a melhoria dos sistemas inerentes ao conhecimento organizacional.

Quanto às circulares internas, mais de metade (54%) dos respondentes continua a pesquisar nos dossiers de circulares internas, revistas e dossiers de informações do serviço quando precisa de

informação actualizada e fidedigna. A comunicação através das circulares internas é vista de uma forma positiva, dentro da organização por 67,8% dos respondentes. No entanto, é digno de menção que se encontra o maior número de discordo completamente de toda a tabela, representando 16% dos respondentes.

Por outro lado, a maioria (86%) dos respondentes concorda que a ferramenta existente constitui uma forma de partilha de conhecimento organizacional e uma muito menor percentagem, 58,6% dos respondentes recorre as circulares internas para obter informações acerca da organização.

A qualidade e comunicação são temas para os quais os enfermeiros se encontram despertos e atentos, a organização deverá acompanhá-los e proporcionar a formação adequada. Estes demonstram-se ansiosos por novas tecnologias e meios de comunicação e encontram-se ávidos de conhecimento à distância de um clique.

**Conclusões, Propostas de Intervenção na
Realidade Organizacional e
Propostas de Investigação Futura**

**CONCLUSÕES, PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO NA REALIDADE ORGANIZACIONAL
E PROPOSTAS DE INVESTIGAÇÃO FUTURA**

Consequência lógica deduzida da análise dos dados, constituindo um resumo dos principais resultados da investigação, as suas implicações e os seus limites, podendo apresentar-se sugestões para outras investigações.

Fortin, 1999

Futuramente espera-se que as organizações de saúde passem por processos de decisão essenciais e marcantes no âmbito da qualidade, uma área em desenvolvimento e franca proliferação nos vários domínios da organização o que conduzirá a uma melhoria dos meios de comunicação por inerência e a inovações constantes.

Neste capítulo apresentam-se as principais conclusões deste estudo científico, bem como, as proposta de intervenção na realidade organizacional e as, igualmente importantes, propostas para investigação futuras, pois crê-se que só arriscando progressivamente se conseguirá fazer e mudar algo nas organizações. Assim será possível a evolução e o desenvolvimento.

Conclusões

É da turbulência da sociedade actual onde as organizações se encontram inseridas, numa sociedade globalizada, denominada por sociedade do conhecimento que urge compreender as organizações. Estas constituem pequenas ilhas sociais com todas as suas vertentes e complexidades, inerentes à própria complexidade do factor humano. Cada indivíduo apresenta uma multiplicidade e riqueza de facetas que se organiza em torno dos objectivos individuais e da própria organização, adequando-se, ou não, à realidade organizacional. Entenda-se por organização, citando Silva, C. (2004:8):

“unidades planeadas, intencionalmente estruturadas com o propósito de atingir objectivos específicos, razão pela qual toda e qualquer organização tem como meta a prossecução de determinados objectivos, a razão de ser da sua existência” ,

Neste sentido, para conseguir caminhar e permitir que as organizações alcancem com sucesso os objectivos pretendidos é crucial conhecer a perspectivas dos indivíduos, uma vez que as organizações são constituídas por estes e como tal têm de ser valorizados como o recurso mais valioso. Constituem peças chave das organizações, sendo por esse facto, imperioso conhecê-los. As pessoas são capazes de transformar dados em informação e informação em conhecimento e este representa o capital intelectual da organização, sendo consequentemente uma preocupação a gestão do conhecimento.

As organizações, como resultado da crescente interacção com o meio e da capacidade aumentada de interacção a longa distância, devido à maior internacionalização obriga ao desenvolvimento de novas tecnologias e de novos meios de comunicação.

É destas mudanças organizacionais e do reconhecimento da importância do valor humano que a gestão renasce na perspectiva de dinamizar estes conteúdos a par da evolução crescente das inquietações com a qualidade e com as necessidades de satisfação dos cliente e das suas expectativas. Quando a satisfação é avaliada por diversos factores intangíveis, verifica-se uma complexificação da avaliação.

A qualidade, a inovação e a comunicação são conteúdos de discussão transversal às áreas da sociologia, da gestão e dos sistemas de informação.

A noção de qualidade nas organizações e, particularmente nas organizações de saúde é o resultado de uma evolução e a preocupação tem crescido nas últimas décadas, derivado da

concorrência aumentada, das exigências do mercado e do apurado sentido crítico dos clientes devido ao maior acesso a informação e maior conhecimento. Os fluxos de informação fluem actualmente a uma velocidade e com uma acessibilidade incríveis.

A par destes aspectos, as necessidades de controlo de custos e da rentabilização de meios, fazem da qualidade uma necessidade premente nas organizações, conduzindo a uma nova perspectiva da gestão.

Como refere Silva e Nóbrega (2004: 31), no âmbito da qualidade em saúde:

“o desafio das novas realidades trazidas pelo processo de aceleração histórica que bate à porta dos hospitais exige uma nova estratégia e uma nova forma de gestão. É neste contexto que os princípios e as ferramentas de melhoria contínua da qualidade se inscrevem”.

A qualidade torna-se, portanto, um objectivo estratégico e prescritivo e o conceito de qualidade global, conseqüentemente, o resultado da interacção entre a humanização implícita à prestação de cuidados a par da excelência técnica.

O conceito de qualidade global deve pressupor um sistema de prestação de serviços, onde o cliente (com doença ou não) assume a condição de verdadeiro cliente, que deverá colocar-se no centro do sistema e tomar-se no elemento de primeira linha nas preocupações das entidades prestadoras de cuidados de saúde, como defende Gil (1994), sendo implícita a imposição de superar as suas expectativas, esperando-se para isso o envolvimento de todos no processo, com sede própria nos aspectos técnicos do controlo de qualidade.

Para a consecução deste trabalho optou-se por aplicar, à totalidade os enfermeiros do HCIS, um inquérito um questionário com uma componente qualitativa e quantitativa que servisse a uma investigação exploratório-descritiva e coloca-se a tónica na definição de conceitos e na descrição de factores, de forma a conseguir averiguar o conhecimento, o envolvimento e quais as necessidades sentidas, na perspectiva dos enfermeiros, no âmbito da comunicação organizacional, de modo a melhorar a comunicação na organização de saúde, de forma a alcançar uma gestão de qualidade, garantindo uma subsequente imagem global de excelência.

A ferramenta teve como alicerces da sua construção autores que reflectiram e se debruçaram sobre estas temáticas, e que em sinergia foram a base do questionário. Nomeadamente, quanto à temática da “Qualidade” destaca-se Deming (1986), Juran (1988), Crosby (1984) e Ishikawa (1995). Em relação à “Qualidade em Saúde” evidencia-se Mezomo (2001), Sale (2000), Hessben (2001), Biscaia (2000) e Imperatori (1999). Quanto à “Comunicação nas Organizações” salienta-se Chiavenato (1989-2004), Drucker (1985-2000), Antonelli (2001), Almeida (2003) e Jeffries (1992). Todos estes autores citados, não descurando a consulta de outros autores, conferiram a solidez

necessária, para a génese e desenvolvimento deste estudo. A abrangência de múltiplos autores prende-se na tentativa de abarcar diferentes perspectivas e de validar o instrumento construído.

Para se cumprir o objectivo preconizado investigou-se o conhecimento e envolvimento dos enfermeiros quanto aos conceitos e políticas de qualidade em desenvolvimento na organização, através do conhecimento que detêm da missão, visão, valores, objectivos e do conceito de qualidade em saúde da organização. Da análise dos resultados obtidos retiraram-se as conclusões que seguidamente se apresentam.

No âmbito da **qualidade em saúde** compreendeu-se, nomeadamente, se o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros incorporava o conceito de qualidade, se consideram que o seu trabalho se integra num processo contínuo e se estão empenhados na sua formação permanente e se esta formação é imbuída de estímulos organizacionais. Neste sentido constatou-se que:

- Metade dos enfermeiros considera conhecer os conceitos intrínsecos à estrutura formal da organização (missão, visão, valores e objectivos).

Estes são os alicerces da edificação da instituição e deverão ser transmitidos e essa informação reforçada sistematicamente, uma vez que existe constantemente colaboradores novos e, como tal, é continuada a necessidade dessa divulgação. Como observado noutras instituições, pela investigadora, nomeadamente no Johns Hopkins Hospital, em Baltimore, numa recente visita em Novembro de 2008 (o hospital nomeado N.º1 do Estados Unidos da América) à luz desta questão, encontrava-se num corredor principal a menção a estes conceitos de uma forma imponente, evidenciado a sua importância e estando a mensagem disponível para quem a quiser ler.

Este simples investimento ao nível da comunicação institucional permitiria uma maior abrangência relativa a estes conhecimentos pelos seus colaboradores, alcançando-se uma maior percentagem de respondentes detentores deste conhecimento.

Ainda relativamente ao aspecto dos conceitos da qualidade, e dos objectivos transversais à organização de saúde, que se prendem com os processos de certificação e melhoria contínua, são mencionados de forma quase irrelevante, ou definidos parcelarmente, não citando as definições na globalidade, e como tal surgem questões:

- Poderá ser falta de investimento neste domínio?
- Poderá ser por deficitário o trabalho da gestão de topo e intermédia, em envolver os profissionais de enfermagem nas questões relacionadas com a certificação dos serviços e com o processo de melhoria contínua?

Estas questões serão abordadas futuramente em trabalhos vindouros, pois a limitação de tempo não permitiu obter estas respostas antes da entrega do trabalho, actualmente desenvolvido.

Crucial em todo este processo é efectivamente o envolvimento de todos os colaboradores no delineamento de objectivos e, conseqüentemente, estes apreendem-nos, conhecem-nos e ficam mais motivados para a consecução destes.

Como defendido por Chiavenato (2004) e apresentado no enquadramento teórico, os profissionais trabalham em prol daquilo que conhecem e em que estão envolvidos, sendo um compromisso da organização zelar pela manutenção desse conhecimento.

- Mais de metade dos enfermeiros considera ter competências para aderir a um processo de mudança, com o objectivo da melhoria da qualidade do serviço prestado, sendo estes pontos fortes a aproveitar pela organização.
- Há a necessidade de mais acções de formação no âmbito da qualidade e formação em tecnologias de informação e meios de comunicação.
- E há necessidade de maior envolvimento no delineamento das estratégias na e transmissão de comunicação institucional, sendo que, a própria organização tem possibilidade de intervir e de melhorar, havendo a possibilidade de tomar aspectos que constituem pontos fracos em pontos fortes.

A comunicação e escuta activa são preponderantes para se compreender onde reside a falha identificada entre a frequência de formações (que os enfermeiros referem ser elevada) e a disponibilização de formações por parte da organização e o incentivo à frequência destas externamente (que referem ser baixas). Colocam-se, assim, as questões face aos dados obtidos:

- Será que não são aproveitadas as capacidades, conhecimentos e aptidões adquiridas nas formações que referem frequentar?
- Que incentivos esperam?
- Como se demonstra essa falta de incentivo?

O facto de os enfermeiros respondentes constituírem uma faixa etária mais jovem foi reivindicado o incentivo à formação, pode dever-se ao maior empenhamento, numa fase de avidez de conhecimentos e disponibilidade para a aprendizagem? Outra questão que se levanta e que estimula a uma reflexão futura, neste sentido.

A formação é uma área que necessita alarmantemente de investimento por parte da organização, na medida em que, os resultados obtidos, relativamente à adequação de formação, aquando da implementação de novas tecnologias e de novas formas de comunicação e, aquando da integração dos enfermeiros recém-admitidos ou transferidos, são peremptórios e reflectem exactamente essa falta de preocupação de formação nestes domínios considerados fundamentais ao bom desempenho e desenvolvimento de funções. Confere-se assim, uma necessidade de questionar se existe ou não formação? Se esta é realizada, alcançará todos os colaboradores?

Efectuam-se reforços dessa mesma formação de modo a garantir a integração com sucesso das inovações desenvolvidas? O âmbito da formação poderá, assim, ser foco de novos estudos para uma compreensão mais aprofundada destes fenómenos.

Estas questões deverão ser alvo de estudo *à posteriori*, pois a limitação de tempo não permitiu obter estas respostas antes da entrega do trabalho.

A qualidade é um conceito tido em conta pelos enfermeiros na prestação dos cuidados, sendo esta preocupação referida pela quase totalidade dos respondentes (98,9%). Se se considerar que cabe directamente à classe profissional de enfermagem a satisfação das necessidades dos clientes é preponderante que estes pesem este conceito e o coloquem em destaque no desenvolvimento da sua actividade profissional constituindo a pedra basilar na garantia dos níveis de qualidade que a organização pretende atingir. Tendo como pressuposto que qualidade corresponde à satisfação das necessidades do cliente (Biscaia, 2000), o resultado obtido é altamente positivo. Há, todavia, que estimular uma atitude mais proactiva, de antecipação para que estes consigam exceder as expectativas.

Para a implementação de um sistema de qualidade em saúde é, pois, preponderante que reconheçam que o trabalho que desenvolvem faz parte de um encadeado, sendo vital a atribuição de prioridades de modo a garantir a efectividade, eficiência e equidade na prestação de cuidados. Todavia os resultados denunciam falta de cooperação entre os serviços. É decisivo examinar a fundo esta última percepção.

Além deste aspecto supramencionado, outro passível de maior investigação prende-se com a alusão da maioria dos enfermeiros relativamente à escassa discussão das mudanças implementadas.

Através dos resultados obtidos assume-se que enfermeiros de idade superior não estejam tão disponíveis para a discussão, encarando que as mudanças são suficientemente discutidas antes da sua implementação. Os jovens, por outro lado ansiosos por participar em todos os processos consideram diminuta a discussão, pois esperariam mais da organização, da gestão de topo e das chefias intermédias.

Um aspecto que ressalta dos resultados e digno de menção é que, por um lado, os respondentes, apesar das mudanças serem deficientemente discutidas antes da implementação, estes consideram, na sua maioria, participar nos projectos de gestão da qualidade e de melhoria contínua (apesar dos respondentes que o afirmam serem os que possuem cargos de mais destaque e com maior categoria profissional). De qualquer modo fica ainda por saber, suscitando

interesse para desenvolvimentos futuros: Se os enfermeiros se consideram envolvidos nos projectos, é importante saber de que modo? E em que projectos concretamente?

Outros há, que se consideram desaproveitados, colocando-se as perguntas:

De que forma se sentem desaproveitados? Que potencialidades estão por aproveitar?

Relativamente à **vertente da comunicação** impôs-se a indispensabilidade de identificar a necessidade de melhorar a comunicação interna dentro da organização de saúde, verificar quais os meios existentes para tentar compreender as mudanças necessárias para potencializá-los, ou se estes, por outro lado, são considerados suficientes.

Confirmou-se a existência de uma cultura de comunicação e diálogo. Pretendeu-se simultaneamente compreender a percepção quanto à imagem global da organização e qual a receptividade quanto à emergência de inovações tecnológicas e de novos meios de comunicação, nomeadamente a *intranet* para a gestão do conhecimento organizacional. Identificou-se, a par desta premissa, a necessidade da implementação da *intranet* versus os meios existentes, como as circulares internas.

Assim para o objectivo de averiguar o conhecimento, o envolvimento e quais as necessidades sentidas, na perspectiva dos enfermeiros, no âmbito da comunicação organizacional, obteve-se que para a **comunicação interna**, os enfermeiros mencionam que:

- não têm há disposição informação que possibilite um bom desempenho da sua actividade.
- há um efectivo déficit de *feed-back*.
- os canais de comunicação são insuficientes, existindo carências na partilha de comunicação.

Evidencia-se, igualmente, uma manifesta necessidade de emergência de utilização de novas formas de tecnologias de comunicação e uma necessidade expressa de implementação da *intranet*.

Relativamente à **comunicação externa**, verifica-se um conhecimento e envolvimento neste domínio, uma vez que, os enfermeiros demonstram:

- Conhecer a imagem que a organização pretende transmitir.
- Deter a noção do cliente alvo e estão cientes da necessidade de exceder as suas expectativas.

Ao longo do decorrer deste estudo, procurou-se de uma forma sistematizada, metódica e muito reflectida atingir os objectivos procurando caracterizar a organização sob o ponto de vista da qualidade e da comunicação.

Foi possível efectuar uma caracterização que permite atestar um conjunto de necessidades a colmatar no âmbito da comunicação interna e verificar a receptividade a inovações, de forma a conseguir um maior envolvimento, formação e adesão dos enfermeiros nas políticas de qualidade.

Da análise da comunicação interna, suscitou interesse para o estudo o confronto de dois canais, nomeadamente as circulares internas, que na experiência da investigadora constituem um canal muito utilizado e veiculado na organização e a *intranet*, um canal já utilizado ao nível do grupo organizacional (Grupo José de Mello Saúde) mas não na organização em causa.

As circulares internas constituem um canal limitado em termos comunicacionais, pelas suas características intrínsecas, uma vez que não possibilita um parecer ou feedback do receptor, proporcionando apenas informações, ou chamadas de atenção formais, dirigidas a todos de igual modo, como refere Clampitt, 2001.

As circulares internas são consideradas, no trabalho de investigação como uma forma de partilha de informação, mas apenas metade as utiliza quando necessita de informações efectivas relacionadas com a organização.

Da análise dos resultados do estudo, quanto à temática da comunicação interna, pode inferir-se que, sem dúvida, é necessário melhorar a comunicação a este nível na organização, sendo evidente que o investimento de tempo, dinheiro e energia para a questão do aperfeiçoamento no envolvimento dos colaboradores nos processos de comunicação organizacionais, é fundamental. Nomeadamente na disponibilização de informação, que possibilite um bom desempenho da sua actividade, o *feed-back* dos resultados desse desempenho, bem como a explanação dos objectivos do serviço, e das metas a curto e longo prazos.

Os canais de comunicação internos utilizados são insuficientes na organização apesar de os enfermeiros considerarem que têm à sua disposição os meios tecnológicos necessários, bastando, por isso, apenas rentabilizá-los.

Evidencia-se, portanto, uma necessidade de potencializar os meios existentes, que se encontram sob aproveitados. Estes meios permitem proporcionar outras formas de comunicação, promovendo a disponibilização de *e-mails* pelos enfermeiros para permitir a difusão de informação para todos dentro da organização à distância de um “clique”, mais imediata e acessível, bem como, a base de dados, com informação pertinente.

Esta necessidade da emergência de utilização das formas tecnológicas de comunicação possibilitadas pelos meios informáticos, pode igualmente dever-se ao facto da população da organização ser maioritariamente jovem, com menos de 30 anos. As necessidades são sentidas

pelas pessoas e criadas por estas. Há medida que a população de enfermagem da organização vai mudando e se renovando, também as necessidades se vão modificando.

Deste modo, foram sugeridas algumas matérias a enquadrar na *intranet* organizacional, como acções de formação disponibilizadas e bibliotecas *on-line*, após identificação das carências ao nível da comunicação e da partilha de conhecimento, algo a corrigir através da implementação de um programa de gestão do conhecimento, procurando mapear o conhecimento crítico e identificar os grupos que mais promovem ou impedem a disseminação de informação ou conhecimento.

As organizações devem utilizar novos recursos para otimizar o nível de conhecimento dos profissionais e, conseqüentemente, para aumentar o rendimento e a competitividade.

A rapidez de comunicação e a possibilidade de emergência da teleconferência, ou teletrabalho, é inquestionável, através da comunicação tecnológica e são inovações a introduzir na realidade da organização, não pontualmente, mas mais assiduamente.

É indubitável o contributo para a eficácia de diversas actividades, particularmente a utilização de correio electrónico, ou as possibilidades da reunião de informação entre pessoas distantes por meio da videoconferência.

Para uma gestão de qualidade, a comunicação vai muito além de um mero exercício de entrega e recepção de informação, como refere Serrano (2003). A comunicação deve estar imbuída de informações precisas e que sejam facilitadas atempadamente de modo a que seja possível a tomada de decisão em consciência de forma a actuar em conformidade com os níveis de qualidade exigidos. É fundamental, para que a inovação tenha sucesso, sair, observar, perguntar e ouvir de forma a realizar uma análise meticulosa do mercado e de fontes de oportunidade inovadoras.

Depreende-se pelos dados obtidos que a implementação da *intranet* será bem aceite, pois configura actualmente uma necessidade expressa.

Colocando-se esta situação deverá tentar perceber-se o que na realidade acontece, quando há a implementação de algo novo. Se a formação existe, se alcança todos os colaboradores, se efectuam reforços dessa mesma formação, de modo a garantir a integração com sucesso das inovações desenvolvidas. Caso isso não aconteça, deverá implementar-se um plano de acção neste sentido, para ultrapassar possíveis barreiras.

A *intranet* é uma ferramenta que comprova o seu valor, podendo transformar-se numa aplicação crítica para organização, como foi o telefone, noutros tempos e é o *e-mail*.

Além de ser uma ferramenta que facilita a comunicação e partilha de informação, pela concentração e facilidade de acesso em tempo-real, tem também elevado potencial nos desafios futuros da organização da era do conhecimento, nomeadamente em processos mais complexos de pesquisa e navegação sobre informação crítica, interacção entre colaboradores e com entidades externas.

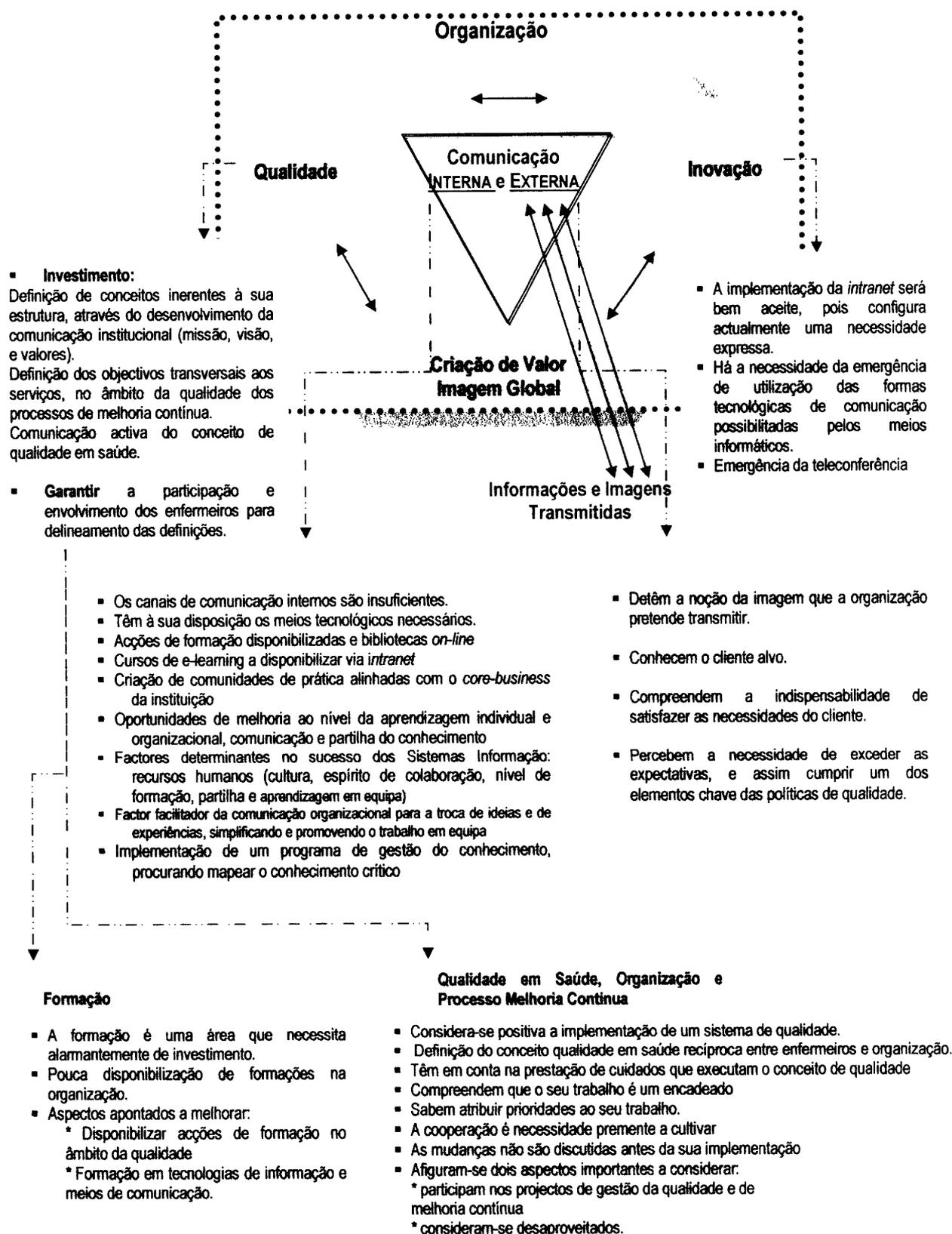
Funcionando como factor facilitador da comunicação organizacional para a troca de ideias e de experiências, simplificando e promovendo o trabalho em equipa, o qual deve ultrapassar em muito as simples relações hierárquicas definidas pela estrutura orgânica e reflectidas no organigrama da organização, os sistemas de informação evoluem da definição inicial de suporte aos processos de produção, para suporte às competências da organização, como transmite Serrano (2003).

As questões relacionadas com os recursos humanos, nomeadamente componente cultural, o espírito de colaboração, o nível de formação, a partilha e aprendizagem em equipa, continuarão a ser factores determinantes do sucesso dos sistemas de informação como a *intranet*, que têm impacto na forma das pessoas trabalharem e se relacionarem.

As conclusões apuradas levam à apresentação da indispensabilidade de um envolvimento dos enfermeiros na gestão organizacional ao nível das políticas de qualidade e dos processos de melhoria contínua, observando a emergência de necessidades comunicacionais, nomeadamente a *intranet*, numa atitude afirmativa de imposição deste canal como um importante facilitador, desde que adaptado à realidade da organização.

O modelo que serviu de sustentação ao desenvolvimento deste trabalho de investigação encontra-se agora preenchido com ilações que se consideram pertinentes, como se pode observar na figura 10.

Figura 10 - Modelo de análise preenchido: Diagnóstico do Conhecimento e Envolvimentos dos Enfermeiros no HCIS nas Políticas de Qualidade e Comunicação



Legenda:

- Organização corresponde a um Sistema Aberto
- - - - - ► Aspecto do modelo que se pretende estudar: Qualidade, Comunicação Interna e Externa, Inovação, Criação de Valor/Imagem Global (RESULTADOS)
- ← - - - - - ► Relação biunívoca e indissociável

As conclusões extraídas dão sustentabilidade à escolha deste tema para estudo e ao método utilizado para a abordagem do problema. O questionário com perguntas qualitativas e quantitativas, permitiu enriquecer o trabalho, desenvolvendo questões, que só deste modo permitia alcançar o cerne.

Crê-se que este trabalho será uma energia que em sinergia com outros estudos colocarão as rodas dentadas em movimento, num sistema de alavancagem de mudança na organização de saúde no âmbito das políticas de qualidade e dos meios de comunicação.

Propostas de Intervenção na Realidade Organizacional

Recordando a epígrafe do mestrado em causa: Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, torna-se decisivo o capítulo seguinte, uma vez que, além de ser o objectivo do designado mestrado, qualquer trabalho científico se destina, a intervir na realidade estudada através dos resultados, considerações e conclusões alcançadas.

Deste modo, este estudo foi oportuno para a organização de saúde em análise, uma vez que, se encontra direccionada para a problemática da qualidade há pouco tempo, sendo mesmo possível afirmar, que esta figura apenas desde 2005 como prioridade, pelo que, este estudo é de toda a pertinência para a organização em causa.

Neste sentido, a “Qualidade e Comunicação nas Organizações de Saúde: Aplicação prática no Hospital CUF Infante Santo (HCIS)” assume particular relevância no contexto actual e interesse para a instituição, na medida em que, parte do conhecimento e percepção dos enfermeiros que na organização de saúde estão directa e proporcionalmente relacionados com a satisfação do cliente. Estes são, por isso, o garante da manutenção dos padrões de qualidade que a organização pretende alcançar e comunicar, sendo fundamentais na imagem global transmitida e, por conseguinte, na criação de valor da própria organização.

Considera-se, igualmente, este estudo, mais uma ferramenta profícua para planear melhores estratégias, nomeadamente quanto:

- à monitorização dos canais de comunicação existentes,
- medição da eficácia da sua utilização pelos colaboradores,
- monitorização do grau de envolvimento destes nas políticas de qualidade implementadas, análise de eventuais melhorias, num processo encadeado de melhoria contínua.

Importa também salientar as novas iniciativas sugeridas nos inquéritos por questionário como cursos de e-learning a disponibilizar via *intranet* pela organização, ou a criação de comunidades de prática alinhadas com o *core-business* da instituição. Estes foram de grande receptividade demonstrando algumas oportunidades de melhoria ao nível da aprendizagem individual e organizacional, comunicação e partilha do conhecimento.

Pode-se desde já afirmar que um programa de gestão do conhecimento é uma iniciativa transversal, com efeitos positivos no curto e médio prazos, mas é também um processo a longo

prazo de melhoria contínua. Assim será fundamental a implementação de um programa de gestão do conhecimento, com o objectivo de procurar mapear o conhecimento crítico, de modo a integrá-lo e utilizá-lo adaptado às necessidades organizacionais.

As mudanças poderão e deverão ser conducentes à melhoria dos cuidados prestados relativamente à população que utilize os serviços do HCIS, obtendo-se níveis de satisfação cada vez maiores.

Passa, então, por assessorar qualquer plano de mudança da devida análise de situação e discussão prévia antes da implementação, na medida em que o envolvimento dos colaboradores só contribui benéficamente para o sucesso de qualquer projecto de mudança, sendo a adesão facilitada. Só após este processo de análise se consegue implementar algo novo de forma sustentada e, assim, passar à acção e continuar o ciclo da melhoria contínua ininterruptamente.

Propostas de Investigação Futura

Em termos de contributo do trabalho desenvolvido, para áreas futuras, pode-se afirmar que se reveste de elevada utilidade não só devido à pertinência do objecto de estudo, mas também pelas conclusões a que se chegou, tanto mais que só agora se esta a dar os primeiros passos na área da qualidade organizacional na organização de saúde, não se constatando, ainda, estudos nesta temática no HCIS.

Os respondentes que reflectiram e participaram na consecução do estudo, demonstram que para o futuro têm uma intenção bastante favorável, relativamente à sua participação activa em projectos relativos à qualidade hospitalar.

Como sugestão para o desenvolvimento de projectos futuros, e que daria sem dúvida complemento ao estudo efectuado, enraíza-se no facto de o estudo abranger apenas uma categoria de profissionais de saúde de um hospital que se encontra no processo de implementação do programa de acreditação, podendo futuramente abarcar em estudos semelhantes a classe médica, administrativa e os técnicos de meios auxiliares de diagnóstico, uma vez que constituem, a par da enfermagem, os grupos com maior número de profissionais. Seria de todo o interesse efectuar este alargamento do estudo, uma vez que contribuiria para o enriquecendo quanto ao conhecimento detido acerca dos diferentes profissionais da organização.

Seria passível de aplicar este trabalho na avaliação das percepções e comportamentos dos profissionais de saúde de todas as organizações que integram o Grupo José de Mello Saúde.

Seria igualmente interessante, avaliar o impacto da qualidade dos cuidados de saúde prestados aos clientes, nas organizações de saúde acreditadas, ou nas que se encontram em processo de acreditação de modo a identificar diferenças.

Utilização do Benchmarking na organização, para alguns departamentos, verificando noutra hospital as boas práticas existentes e reportar para a organização em causa.

Seria igualmente plausível empreender um estudo para compreender melhor o nível de envolvimento dos colaboradores nas políticas de qualidade, e os níveis de formação, pois são áreas que suscitam dúvidas e às quais se levantaram mais questões nas conclusões. Surgiu a necessidade de questionar se existe ou não formação? Se esta é realizada, alcançará todos os colaboradores? Efectuam-se reforços dessa mesma formação de modo a garantir a integração

com sucesso das inovações desenvolvidas? De uma forma geral, poderá ser falta de investimento neste domínio? Poderá ser por deficit de trabalho da gestão de topo e intermédia, em envolver os profissionais de enfermagem nas questões relacionadas com formação, envolvimento na certificação dos serviços e com o processo de melhoria contínua?

O âmbito da formação e dos processos de melhoria continua poderão, assim, ser foco de novos estudos para uma compreensão mais aprofundada destes fenómenos.

Estas questões serão abordadas futuramente em trabalhos vindouros, pois a limitação de tempo não permitiu obter estas respostas antes da entrega do trabalho, actualmente desenvolvido.

Um aspecto a ressaltar prende-se com as limitações ao estudo, particularmente, as limitações temporais e humanas, para o desenvolvimento da dissertação, ou seja a escassez de tempo e de recursos humanos foram factores limitadores e que não possibilitaram, nomeadamente, a comparação com outros estudos a nível nacional ou internacional, o que seria muito enriquecedor.

Apesar de a classe de enfermagem ser do interesse da investigadora, o facto de não abranger outras classes de profissionais na organização, constituiu igualmente, um factor limitador.

Referências Bibliográficas

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, V. (2003)
A comunicação Interna na Empresa. Coleção Recursos Humanos- Áreas Editora, Lisboa.
- ALVES, A.R. (2005)
Análise da Qualidade na Educação – O Instrumento SERVQUAL aplicado à Escola Superior de Ciências Empresariais do Instituto Politécnico de Setúbal (ESCE-IPS), Dissertação de Mestrado da ESCE-IPS
- ANTONELLI, C.; J. FERRÃO. (2001)
Comunicação, Conhecimento Colectivo e Inovação: As vantagens da aglomeração geográfica. Imprensa de Ciências Sociais, Coleção de estudos e investigações, 17. Lisboa.
- ANTÓNIO, S.N.; A. TEIXEIRA. (2007)
Gestão da Qualidade – De Deming ao modelo de excelência da EFQM, Edições Silabo, Lisboa.
- APQ (1995)
(Associação Portuguesa para a Qualidade). *Qualidade em Movimento*, Lisboa.
- AZEVEDO, B. (2008)
Inovação e Empreendedorismo. Inovar para Competir. Vantagem+, pp. 78-80.
- BARDIN, L. (1997)
Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70.
- BISCAIA, J. L. (2000)
Qualidade em Saúde: Uma perspectiva actual. Instituto da Qualidade em Saúde. Lisboa: Junho. Vol. 0, pp. 8-10.
- BLUM, Ulrich (2007) (Key Note speaker– President Halle Institute for Economic Research)
"Sistema de Gestão da Inovação e Normalização", Conferência intitulada *Qualidade e Inovação – uma relação biunívoca*, promovida pela *Leading Congress & Association Management* e pelo Instituto Português da Qualidade (IPQ), Centro de Congressos da Alfândega do Porto, 26 ou 27 de Novembro
- BOONE, L.E.; D.L. KURTZ (1994)
Contemporary Bussiness Communication. Englewood Cliffs, NJ: Prentice- Hall.
- BOUDON, R.; P. Besnard; M. Cherkaoui; Lécuyer (1990)
B. *Dicionário de Sociologia*. Publicações Dom Quixote, Lisboa: 1ª Edição.
- BRYMAN, A.; D. CRAMER (1993)
Análise de dados em Ciências Sociais: introdução às técnicas utilizando o SPSS.
- CABIN, P. (1999)
Communication et organisation. In *Les organisatinos- Etat des savoirs*. Auxerre: Sciences Humaines.
- CABRAL, José Sarsfield (2007) (Pró-Reitor para a Melhoria Contínua da U.Porto).
"Qualidade e Inovação", Conferência intitulada *Qualidade e Inovação – uma relação biunívoca*, promovida pela *Leading Congress & Association Management* e pelo Instituto Português da Qualidade (IPQ), Centro de Congressos da Alfândega do Porto, 26 ou 27 de Novembro.

- CAMPOS, C. (2002)
A batalha da Qualidade. Revista do IQS, Ano 1nº 5. disponível na WWW: <URL: http://www.iqs.pt/página_2-32.htm.
- CAMPOS, Correia. (2005)
A Europa e o Futuro da Saúde. Notas para a Sessão de Encerramento do Seminário da Escola Nacional de Saúde Pública Portal da Saúde.
- CARDOSO, Fernando Dacosta (1995)
A Clínica das Inovações: Hospital CUF- Edição Comemorativa 50.º Aniversário, Lisboa.
- CASSE, P. (1994)
Revisiting communication: "A new way" to manage it. *European Management Journal*, 1, 2,(3) pp.253-258.
- CHIAVENATO, I. (1989)
Recursos Humanos na Empresa. Vol.1, Pessoas, Organizações e Sistemas. São Paulo Editora Atlas.
- CHIAVENATO, I.(2004)
Comportamento Organizacional: a dinâmica do sucesso das organizações. São Paulo: Pioneira Thompson Learning.
- CHRISTO, F. (2001)
Manuais de Procedimentos para garantir a gestão da qualidade. Qualidade em Saúde. Lisboa. Instituto da Qualidade em Saúde. Vol. IV, Julho, pp 5-9.
- CLAMPITT P.G. (2001)
Communicating for managerial effectiveness. Thousand Oaks, C,A; CA: Sage.
- COMISSÃO EUROPEIA (1995).
"Livro Verde Sobre a Inovação",
WWW: <URL: http://www.spi.pt/documents/books_inovint/ppo/experimentar.manual/1.1/cap_apresentacao.htm [acedido em 9/10/2007]
- COMISSÃO EUROPEIA (2007)
Conclusões do Conselho Europeu,
WWW: <URL: http://www.estrategiadelisboa.pt/document/conclusoesconselhoeuropeu_pt.pdf [acedido em 28/12/2007]
- COMISSÃO EUROPEIA (2001)
O futuro dos cuidados de saúde e dos cuidados para as pessoas idosas: garantir a acessibilidade, a qualidade e a viabilidade financeira, WWW: <URL: <http://europa.eu/scadplus/leg/pt/cha.c11310.htm> [acedido em 5 de Dezembro]
- CROSBY, P. B. (1984)
Quality Without Tears: Art of Hassle-free Management, McGraw-Hill.
- CULLINAN, M. (1993)
Business Communication. Principles and processes. 2nd ed. Fort Worth: Harcourt Brace.
- DAVIS, K. (1953)
Management Communication and grapevine. *Harvard Bussiness Review*, 31 (6), pp.43-49.
- DEMING, W. E. (1986)
Out Of The Crisis. Press Syndicate Of The University of Cambridge: Cambridge.
- DESANCTIS, G.; Monge P. (1999)
Introduction to the special Issue: Communication processes to virtual organizations. *Organization Science*.10, pp. 693-703.
- DIAS, J. M. (1994)
Formadores: Que desempenho? Camarate. Lusociência.

- Dicionário da Língua Portuguesa (1991)
Dicionários Académicos. Porto Editora.
- DOWNS C. W et al (1995)
Communication and Organizational outcomes. In G.M. Goldhaber & G.A. Barnett(Eds), Handbook of Organizational communication, Norwood.
- DRUCKER, P. (1985)
Inovação e Espírito Empreendedor (Entrepreneurship): Prática e Princípios, Thomson Learning Ibero.
- DRUCKER, P. (2000)
La Productividad del trabajador del Conocimiento: Máximo Desafío. Harvard Duesto Bussiness Review 98:11.
- ELTZ, F. (1995)
Qualidade na Comunicação. Preparando a empresa para encantar o cliente. Casa da Qualidade Editora. Salvador, BA.
- FERREIRA, O. (2007)
A diferença faz a diferença. Quem não se comunica, se "estrumbica"! Transportes em Revista, TR51 Maio, pp.20-24.
- FISHER, R.A. (1973)
Statistical methods and scientific inference. London: Collins Macmillan
- FORTIN, M. F. (1999)
O Processo de Investigação: da concepção à realização. Lisboa, Lusociência
- GIL, J. L. (1994)
Qualidade dos Cuidados de Saúde: Uma necessidade. Enfermagem em Foco Lisboa SEP. Ano IV - Maio/Junho. pp. 18-19.
- GORDON, J.R. (1996)
Organizational Behaviour: A diagnostic approach (5th edition) Englewood Cliffs, NJ: Prentice- Hall.
- HAMEL, G. & C.K. Prahalad (1994)
"Competing for the Future", Harvard Business School Press.
- HAMPTON, D. (1983)
Administração Contemporânea. Editora McGraw-Hill, 2ª Edição.
- HESBEEN, W. (2001)
Qualidade em Enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar. Loures: Lusociência,
- <http://www.josedemellosaude.pt> (2009) [acedido em 20/4/2009]
- IMPERATORI, E. (1999)
Mais de 1001 conceitos para a melhorar a qualidade dos serviços de saúde. Lisboa: Edinova.
- ISHIKAWA, K. (1995)
What is Total Quality Control, Copyright by David J.Lu, (1993) (Editora Campus 6ª Edição, Rio de Janeiro.
- ISO (1994)
Norma NP EN ISO 8402. Quality Vocabulary, ISO, Suíça.
- JEFFRIES, D.; E. BILL ; P. REYNOLDS, (1992)
Formar para a Gestão da Qualidade Total TQM. Monitor Editora - Colecção do Formador Prático, 1ª Edição.

- JURAN, J. (1995)
History of Managing of Quality: The Evolution, Trends, and Future Directions of Managing for Quality, Milwaukee, Wisconsin: ASQC Press.
- JURAN, J. (1988)
The Quality function, in JURAN, J.M. GRZYNA, F.M. *Juran's quality control handbook*, 4th ed., New York: McGraw-Hill. 2.1-2.13.
- KREITNER, R; A.KINICKI. (1998)
Organizational behaviour. 4th Edition. New York: McGraw-Hill
- LANGLEY, G. (1994)
The foundation of Improvement, Quality Progress, ASQC, June, pp.82.
- LAVADINHO, J. (1997)
Empresa, Cultura e Formação. Dirigir, Revista para Chefias. Cultura Organizacional, Bimestral, n.º47, pp. 16-19.
- Leitão, Maria do Céu G. M. (2005)
À procura de uma actuação sustentável rumo à excelência: estudo do clima e da cultura de uma organização de saúde em mudança para a qualidade, Orient. Nelson dos Santos António, Tese de mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde, ISCTE-INDEG, Lisboa
- LEWIS, B.R.. (1989)
Quality in the service sector: a review. International Journal of Bank Marketing, Vol.7 N.5, pp. 4-12.
- LOPES, A.; L. CAPRICHIO. (2007)
Manual de Gestão de Qualidade 100%. Editora RH, Lisboa.
- MANAS, A. (2006)
Gestão da Qualidade. Tópicos avançados. São Paulo: Editora Pioneira Thomson Learning
- MARCONI, M. A.; E.Lakatos (1990)
Técnicas de Pesquisa: Planejamento e Execução de Pesquisas, Amostragem e técnicas de pesquisa, Elaboração, Análise e Interpretação de Dados. 2ªEd., Atlas, São Paulo.
- MAROCO, J. (2007)
Análise Estatística Com Utilização do SPSS. 3ª Edição Revista e Aumentada. Edições Silabo.
- MARTINS, Jorge (2007)
Gestão por Processos. Gestão Prática. Vantagem+ 64-67.
- MARTIN V.; E. HENDERSON (2004)
Gestão de Unidades de Saúde e de Serviços Sociais, Lisboa: Monitor.
- MAURÍCIO, M. (2006)
O papel da Intranet na Gestão do Conhecimento Organizacional, Tese de mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde, ISCTE-INDEG, Lisboa
- MENDES, P. (1997)
Cultura Organizacional. Dirigir, Revista para Chefias. Cultura Organizacional, Bimestral, n.º47 pp. 3-7.
- MEZOMO, J. C. (2001)
Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos. São Paulo, Manole.
- MORIN, E. (1998)
Sociologia: A Sociologia do Microsocial ao Macroplanetário. Edição Revista e Aumentada pelo Autor. Publicações Europa-América.
- MOTA, A. M., A. AMARAL, M.J.LEMOS (2003)
Educar para a qualidade: Visita pós operatória de enfermagem. Revista AESOP. Lisboa AESOP. Vol. IV n° 11. Agosto, pp. 19-23.

- NÓBREGA, S.; J. VARANDA; A. SILVA (2004)
Alquimia da Qualidade na Gestão dos Hospitais. Principia, Publicações Universitárias e Científicas, 1ª Edição. Cascais.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2004)
Competências do Enfermeiro dos Cuidados Gerais. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros, Maio.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2002)
Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual/Enunciados Descritivos. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros, Setembro.
- PARKER, M. (2000)
Organizational culture and identity: unity and division at work. London: Sage.
- PEREIRA, A. et al. (1992)
A Gestão da Qualidade. Como implementá-la na empresa. Editorial Presença, Biblioteca de Gestão Moderna, 1ª Edição.
- PEREIRA, L. F. (2007) (CEO da EFACEC)
"Sistemas de Gestão da Inovação", Conferência intitulada *Qualidade e Inovação – uma relação biunívoca* promovida pela *Leading Congress & Association Management* e pelo Instituto Português da Qualidade (IPQ), Centro de Congressos da Alfândega do Porto, 26 ou 27 de Novembro
- PESSOA, M.G. (2002)
A qualidade enquanto factor de mudança nas organizações de saúde: estudo sobre a intenção dos profissionais de saúde para participarem em projectos da qualidade hospitalar, Orient. Cipriano Justo, Tese de mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde, ISCTE, Lisboa
- PESTANA, M. H.; J. N. GAGEIRO (2000)
Análise de dados para Ciências Sociais: a complementaridade do SPSS. Lisboa: Edições Sílabo.
- PINA E CUNHA, M. et al. (2004)
Manual de Comportamento Organizacional e Gestão. Editora RH. 3ª Edição.
- PIRES, A. R. (2000)
Qualidade - Sistemas de Gestão de Qualidade. Edições Sílabo.
- POLIT, D. F.; B. P. HUNGLER (1995)
Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. 3ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas.
- POUPET, Pascal (2007) (Technical Director CEN)
"Normalização e Inovação", Conferência intitulada *Qualidade e Inovação – uma relação biunívoca*, promovida pela *Leading Congress & Association Management* e pelo Instituto Português da Qualidade (IPQ), Centro de Congressos da Alfândega do Porto, 26 ou 27 de Novembro
- PROENÇA, João et al (2000)
O Hospital Português. Editora Conferforum. Porto.
- 2003
Qualidade é Ferramenta Fundamental da Nova Estratégia para a Saúde. Entrevista com o Ministro da Saúde, Revista do IQS, N.7 - Junho 2003. disponível na WWW: <URL: http://www.iqs.pt/pdf/7-2003/iqs07pg3_8.pdf.
- REBELO BOTELHO, M. A. (1994)
A estrutura essencial da interacção aluno-doente: uma análise fenomenológica. Dissertação apresentada à UCP, no âmbito do Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Lisboa.
- REEVES, C.A.; BEDNAR, D.A. (1994).
Defining Quality: alternatives and implication. *Academy of Management Review*, 19, pp. 419-445.

- ROCHA, J. (2006)
Gestão da Qualidade. Aplicação aos Serviços Públicos. Lisboa: Escolar Editora.
- RODEIA, M. L. (1995)
A experiência de dar à Luz: uma abordagem fenomenológica, Dissertação apresentada à UCP, no âmbito do Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Lisboa.
- ROLO, A.; M. Saraiva (2009)
Qualidade e Inovação: principais implicações nas organizações portuguesas. TQM- Qualidade N.º pp. 95-121, Edições sílabo. Lisboa.
- ROSA, L. (1992)
Sociologia da Empresa: Mudança e Conflito. Editorial Presença, Biblioteca de Gestão Moderna, 1ª Edição.
- SALE, D. (2000)
Garantia da Qualidade nos Cuidados de Saúde: Para os Profissionais da Equipa de Saúde. Principia, Publicações Universitárias e Científicas. Lisboa.
- SANTOS, J. M. (2007) (Presidente IPQ)
"Qualidade e Inovação", Conferência intitulada *Qualidade e Inovação – uma relação biunívoca*, promovida pela *Leading Congress & Association Management* e pelo Instituto Português da Qualidade (IPQ), Centro de Congressos da Alfândega do Porto, 26 ou 27 de Novembro
- SANTOS, R. (1998)
Os novos media e o espaço público- trajectos. Gradiva, 1ª edição.
- SARAIVA, M. ;A. Teixeira. (2009)
A Qualidade numa perspectiva Multi e Interdisciplinar. TQM Qualidade. Número 0. Edições Sílabo. Lisboa.
- SARAIVA, M. M. (2003)
Gestão da Qualidade Total, Uma proposta de Implementação no Ensino Superior Português, **Orient**. Elizabeth Reis, Tese de doutoramento em Gestão de Operações e Tecnologias, ISCTE, Lisboa
- SENGE, P. et al (1990)
The fifth discipline: The art and practice of the learning organization .London. Century Bussiness
- SERRANO, A; C. Fialho. (2003)
Gestão do Conhecimento, o Novo Paradigma das Organizações. FCA Editora de Informática, Lisboa.
- SERRANO, A.; C.Fialho. (2005)
Gestão do Conhecimento- O novo Paradigma das Organizações, 3ª edição, Sistema de Informação. FCA Editora de Informática, Lisboa.
- SILVA, A.; J. VARANDA; S. NÓBREGA. (2004)
Alquimia da qualidade na gestão dos hospitais. 1ª Edição. Cascais: Principia.
- SILVA, C. (2004)
Reencontro com o mundo organizacional – uma abordagem sociológica. Évora: Universidade de Évora.
- SILVA, P. (2004)
Modernização da gestão hospitalar: estudo de caso do Hospital de São Sebastião, **Orient**. Albino Lopes, Tese de mestrado em Estratégia e Desenvolvimento Empresarial ISCTE, Lisboa
- SILVA, R. V.; A. NEVES. (2003)
Gestão de empresas na Era do Conhecimento. Edições Sílabo
- SOARES, F. (2007) (Presidente da APQ)
"Qualidade e Inovação", Conferência intitulada *Qualidade e Inovação – uma relação biunívoca*, promovida pela *Leading Congress & Association Management* e pelo Instituto Português da Qualidade (IPQ), Centro de Congressos da Alfândega do Porto, 26 ou 27 de Novembro

SOUZA, A. (2000)

A Reinvenção das Organizações Educacionais na Sociedade do Conhecimento: O Uso da- Internet em Associações de Educação à Distância, Tese de da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

TEIXEIRA, S. (1998)

Gestão das Organizações. Editora McGraw-Hill.

VILAR, E. T. (2006)

Imagem da Organização. O que é. Quimera editores.

VUORI, H. (1993)

A qualidade da Saúde. Divulgação em Saúde para debate, nº 3 Cebes: Londrina.

WIIO, O.A. (1995)

Organizational communication: Contigent views. In G.M. Goldhaber & G.A. Barnett(Eds), Handbook of Organizational communication, Norwood.

WORSLEY, P. (1977)

Introdução à Sociologia. Universidade Moderna. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 3.ª Edição.

ZALTMAN, G. et al. (1973)

"Social Marketing: An Approach to Planned Social Change". In: LAZER, W. e Kelley, E. J. *"Social Marketing"*. Ilions: Richard D. Irwin Inc.

Apêndices

APÊNDICES

Em seguida afiguram-se quatro apêndices, onde no primeiro se apresenta a carta de pedido de autorização de aplicação do estudo à direcção hospitalar, no segundo encontra-se a ferramenta aplicada para implementação do trabalho de investigação, o inquérito por questionário, o terceiro apêndice corresponde a uma breve caracterização do Hospital CUF Infante Santo e o quarto apêndice é constituído pelas respostas às tabelas dos graus de concordância referentes ao Grupo II e ao Grupo III de perguntas.

Apêndice 1- Carta de pedido de autorização de aplicação do estudo à Direcção



ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DE SAÚDE DE LISBOA



Exmo. Senhora

Directora do Hospital Cuf Infante Santo

Enf. Helena Valentim Abrantes

Lisboa, 25 de Agosto de 2008

Assunto: Projecto de Investigação

A signatária, **Paula Cristina dos Santos Quintino**, aluna do IV Curso de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, na área de Especialização de Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde, da Universidade de Évora em parceria com a Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa, está a realizar projecto de investigação que incide sobre a temática da Qualidade e Comunicação subordinada ao tema: **“Qualidade e Comunicação nas Organizações de Saúde: Aplicação Prática no HCIS “** .

Uma vez que a concretização deste projecto envolve a aplicação de um inquérito por questionário a realizar junto dos enfermeiros do Hospital Cuf Infante Santo, vem por este meio solicitar a V.Exa. a necessária autorização para implementar o mencionado inquérito nesta instituição.

Sem outro assunto de momento e certa da melhor atenção de V.Exa., subscreve com a maior estima.

Paula Quintino
Mestranda

Em anexo: cópia do questionário a aplicar.

Apêndice 2- Inquérito por Questionário

Questionário

No âmbito do IV Curso de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, Área de Especialização de Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde, a decorrer na Universidade de Évora em parceria com a Escola Superior de Tecnologias de Saúde de Lisboa, solicita-se a sua colaboração no preenchimento deste questionário.

Estamos perante uma mudança veloz da história que exige uma constante actualização e adequação às novas necessidades da população por parte das organizações de saúde. O mundo da saúde tornou-se um mercado cada vez mais competitivo e encontra-se em mutação. Para responder às progressivas exigências dos clientes, surgem entidades que criam normas universais para garantir a qualidade dos serviços de saúde.

A qualidade tornou-se, deste modo, um tema cada vez mais debatido, actual e com o qual, qualquer organização tem que se preocupar.

A aplicação deste questionário tem como **objectivo** conhecer a perspectiva dos enfermeiros do HCIS acerca do conhecimento e envolvimento destes na política da qualidade da organização em que estão inseridos.

Este questionário integra dois grupos de questões: o primeiro direccionado para a temática da Qualidade em Saúde, o segundo relaciona-se com a Comunicação na Organização.

Através da análise do conjunto dos questionários pretende-se dar resposta à dissertação de Mestrado cujo tema versa:

“Qualidade e Comunicação nas Organizações de Saúde: Aplicação Prática no HCIS”

Este questionário é de natureza **confidencial e anónimo**. O tratamento deste, por sua vez, é efectuado de uma forma global, não sendo sujeito a uma análise individualizada, o que significa que o **anonimato do enfermeiro é respeitado**.

Não há respostas certas ou erradas relativamente a qualquer um dos itens, pretende-se apenas a sua opinião pessoal e sincera.

Foi estimado como tempo médio para responder a este questionário, cerca de 25 minutos.

Assinale, por favor, com um X a opção de resposta que corresponde à sua opinião.

| I - Caracterização do respondente | |
|--|---|
| A Sexo | Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> |
| B Idade | ----- Anos |
| C Estado civil | Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> União de facto <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> |
| D Habilitações literárias | Bacharelato <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Pós-graduação <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutoramento <input type="checkbox"/> Outra. Qual? <input type="checkbox"/> |
| E Tempo exercício profissional | ----- Anos |
| F Tempo exercício profissional na presente instituição | ----- Anos |
| G Categoria profissional | Enf.º Interno <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Enf.º Sénior <input type="checkbox"/> Enf.º Perito <input type="checkbox"/> Enf.º Gestor <input type="checkbox"/> |
| H Vínculo laboral com a instituição | Pertence ao Quadro <input type="checkbox"/> Não pertence ao Quadro <input type="checkbox"/> Outro. Qual?----- <input type="checkbox"/> |

| II - Qualidade em Saúde | | | | |
|--|---|--------------------------|--------------------------|--|
| Manifeste a sua opinião no que respeita às seguintes questões: | | Sim | Não | Se SIM, indique resumidamente: |
| 1 | Considera conhecer a Missão ¹ da Organização? <small>¹ A razão de ser de uma organização.</small> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ----- ----- ----- |
| 2 | Considera conhecer a Visão ² da Organização? <small>² Fotografia do futuro. O que a organização pretende fazer e alcançar a médio e longo prazo.</small> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ----- ----- ----- |
| 3 | Considera conhecer os Valores da Organização? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ----- ----- ----- |
| | | Sim | Não | Se SIM, indique resumidamente de que forma: |
| 4 | Considera que contribui para a construção e manutenção da missão e visão da Organização? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ----- ----- ----- |
| 5 | Considera conhecer os Objectivos do serviço onde desempenha a sua actividade profissional? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ----- ----- ----- |
| 6 | Compreende qual a imagem que a organização pretende projectar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ----- ----- ----- |
| 7 | Tem presente o conceito de qualidade em saúde? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ----- ----- ----- |
| | | Sim | Não | Se NÃO, indique o que falta: |
| 8 | Considera que possui os conhecimentos e as competências necessárias para aderir a um projecto de mudança, que vise a Qualidade do serviço prestado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> • Formação em tecnologias de informação e comunicação..... <input type="checkbox"/> • Acções de sensibilização para a Qualidade..... <input type="checkbox"/> • Competências específicas..... <input type="checkbox"/> • Outro(s). Qual(is)? <input type="checkbox"/> |

| Indique o seu grau de concordância no que respeitas às seguintes afirmações: | | Discordo completamente | Discordo | Concordo | Concordo Completamente | Não sei Não se aplica Indeciso |
|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| 9 | Os objectivos do serviço existem e são delineados com a participação da enfermagem, por isso são conhecidos e cada um compreende como eles se relacionam com o seu trabalho. | <input type="checkbox"/> |
| 10 | Na prestação de cuidados, os enfermeiros têm em conta a qualidade do serviço prestado ao utente. | <input type="checkbox"/> |
| 11 | A enfermagem preocupa-se com a opinião dos utentes/significantes, dando espaço para estes a verbalizarem, de forma a promover a melhoria do atendimento. | <input type="checkbox"/> |
| 12 | O enfermeiro tem consciência de que os serviços que presta ao utente, fazem parte de um processo de atendimento contínuo. | <input type="checkbox"/> |
| 13 | Se um enfermeiro errar, as consequências verificam-se a vários níveis do processo de atendimento do utente, implicando outros profissionais e outros serviços. | <input type="checkbox"/> |
| 14 | Para além de pretender satisfazer as necessidades dos utentes, os enfermeiros procuram exceder as expectativas destes. | <input type="checkbox"/> |
| 15 | A enfermagem preocupa-se em identificar problemas e resolvê-los de acordo com a sua prioridade. | <input type="checkbox"/> |
| 16 | Na enfermagem, as inovações são bem recebidas, nomeadamente novas tecnologias e novos meios de comunicação sendo estes incorporados no serviço, gradualmente. | <input type="checkbox"/> |
| 17 | A enfermagem frequenta regularmente formações, de modo a ampliar e aperfeiçoar os seus conhecimentos. | <input type="checkbox"/> |
| 18 | A organização disponibiliza formação que possibilite aos seus enfermeiros oportunidade de actualização dos seus conhecimentos. | <input type="checkbox"/> |
| 19 | A participação em congressos e cursos fora da organização é incentivada. | <input type="checkbox"/> |
| 20 | A implementação de inovações, de novas tecnologias e de novas formas de comunicação é precedida de uma formação adequada. | <input type="checkbox"/> |
| 21 | Na enfermagem, as mudanças são discutidas antes de serem implementadas. | <input type="checkbox"/> |
| 22 | A organização preocupa-se em adequar o tempo necessário à integração dos enfermeiros recém-admitidos ou transferidos ao desempenho da sua actividade profissional. | <input type="checkbox"/> |
| 23 | Verifica-se cooperação entre os diferentes serviços de enfermagem e os diferentes sectores da organização. | <input type="checkbox"/> |
| 24 | Os enfermeiros estão envolvidos na elaboração de projectos relacionados com a melhoria contínua na prestação de cuidados. | <input type="checkbox"/> |
| 25 | Na enfermagem, o profissional tem condições de aproveitar todo o seu potencial para a melhoria do trabalho. | <input type="checkbox"/> |
| 26 | A enfermagem participa nos projectos relacionados com a Gestão da Qualidade da Organização. | <input type="checkbox"/> |
| 27 | A enfermagem conhece os clientes da organização. | <input type="checkbox"/> |

III - Qualidade e Comunicação

| Manifeste a sua opinião no que respeita às seguintes questões: | | Sim | Não | Se SIM, indique quais: |
|--|---|--------------------------|--------------------------|---|
| 1 | Existem canais de comunicação interna, suficientes, para a disseminação da informação, dentro da organização? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> • Reuniões anuais..... <input type="checkbox"/> • Reuniões mensais..... <input type="checkbox"/> • Circulares internas..... <input type="checkbox"/> • Painel de divulgação..... <input type="checkbox"/> • Intranet..... <input type="checkbox"/> • Outros. Quais?..... <input type="checkbox"/> |
| 2 | Considera que a organização tem uma cultura de comunicação e diálogo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> • Reuniões anuais..... <input type="checkbox"/> • Reuniões mensais..... <input type="checkbox"/> • Circulares internas..... <input type="checkbox"/> • Painel de divulgação..... <input type="checkbox"/> • Intranet..... <input type="checkbox"/> • Outros. Quais?..... <input type="checkbox"/> |
| | | Sim | Não | Se SIM, indique resumidamente de que forma: |
| 3 | Considera que tem à sua disposição informação necessária para o excelente desempenho das suas funções? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ----- ----- |
| 4 | São-lhe transmitidas informações sobre os objectivos do serviço, onde desenvolve a sua actividade profissional? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ----- ----- |
| 5 | São-lhe transmitidas informações sobre os planos a curto e longo prazo do serviço, onde desenvolve a sua actividade profissional? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ----- ----- |
| | | Sim | Não | Se NÃO, indique o que falta: |
| 6 | Considera que tem à sua disposição os meios tecnológicos necessários para o bom desenvolvimento do seu trabalho? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> • Internet com acesso livre <input type="checkbox"/> • Rede partilhada entre computadores..... <input type="checkbox"/> • Intranet <input type="checkbox"/> • Base de dados (informação)..... <input type="checkbox"/> • e-mail..... <input type="checkbox"/> • Outro(s). Qual(is)? <input type="checkbox"/> |
| | | Sim | Não | Se SIM, indique resumidamente de que forma: |
| 7 | São-lhe transmitidas informações sobre o resultado do seu desempenho em relação ao seu serviço? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> • Reuniões de serviço..... <input type="checkbox"/> • Reuniões individuais..... <input type="checkbox"/> • Informalmente..... <input type="checkbox"/> • Outro (s). Qual (is)?..... <input type="checkbox"/> <p style="text-align: center;">Se SIM, com que periodicidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Semestral <input type="checkbox"/> • Anual..... <input type="checkbox"/> • Outro (s). Qual (is)?..... <input type="checkbox"/> |

| | | Sim | Não | Se SIM, quais os conteúdos que considera pertinentes estarem disponíveis: |
|---|--|--------------------------|--------------------------|---|
| 8 | Considerava útil a implementação da intranet na instituição? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> • Acções de formação disponibilizadas pela instituição..... <input type="checkbox"/> • Biblioteca on-line (base de dados)..... <input type="checkbox"/> • Comunicados internos..... <input type="checkbox"/> • Outro (s). Qual (is)?..... <input type="checkbox"/> |

| Indique o seu grau de concordância no que respeita às seguintes afirmações | | Discordo completamente | Discordo | Concordo | Concordo Completamente | Não sei Não se aplica Indeciso |
|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| 9 | A implementação da intranet na organização de saúde viria a alterar de forma positiva a comunicação e partilha de conhecimento organizacional. | <input type="checkbox"/> |
| 10 | Quando procura informação na intranet da JMS ³ , sobre serviços da organização, normalmente encontra o que pretende. | <input type="checkbox"/> |
| 11 | Se existissem iniciativas de cursos de <i>e-learning</i> através da intranet, em temas relevantes para a estratégia da organização e/ou para a melhoria das competências pessoais, estaria interessado em frequentá-los. | <input type="checkbox"/> |
| 12 | Se existissem comunidades de partilha de informação na intranet, sobre temas importantes para a organização e/ou para a(s) função(ões) que desempenha, inscrever-se-ia nelas. | <input type="checkbox"/> |
| 13 | Se existissem comunidades de partilha de informação na intranet, estaria disposto a contribuir de forma regular com a informação e conhecimento que possui. | <input type="checkbox"/> |
| 14 | Quando precisa de informação actualizada e fidedigna, continua a pesquisar nos dossiers de comunicações internas, revistas e dossiers de informações do serviço. | <input type="checkbox"/> |
| 15 | As pessoas que possuem mais informação e conhecimento partilhável são aquelas que mais contribuem com conteúdos para as formações | <input type="checkbox"/> |
| 16 | A comunicação através das comunicações internas é vista de uma forma positiva, dentro da organização. | <input type="checkbox"/> |
| 17 | Considera que as comunicações internas são uma forma de partilha de conhecimento organizacional. | <input type="checkbox"/> |
| 18 | Recorre às comunicações internas quando necessita de obter informações acerca da organização. | <input type="checkbox"/> |



O Questionário termina aqui!

Muito Obrigada pela sua colaboração!

Data: __/__/2008

³ JMS-José de Mello Saúde

Apêndice 3- O Hospital CUF Infante Santo

O hospital CUF Infante Santo, localizado no centro de Lisboa junto à Av. Infante Santo, foi inaugurado em 1945.

A excelência do corpo clínico e a permanente aposta no investimento e crescimento contínuo fez desta unidade uma referência na área dos cuidados hospitalares privados em Portugal.



Missão

A José de Mello Saúde tem num enquadramento de mercado exigente, uma missão de grande ambição, "Promover a prestação de serviços de saúde com os mais elevados níveis de conhecimento, respeitando o primado da vida e o ambiente, através do desenvolvimento do capital intelectual das organizações, numa busca permanente do melhor" onde a inovação, o desenvolvimento humano, a competência, o respeito pela dignidade da pessoa e a primazia do bem-estar da pessoa são os seus valores fundamentais.

Visão

"Ser líder na Península Ibérica na prestação de cuidados de saúde de qualidade distintiva, suportada numa rede integrada de unidades de elevada performance, tanto no sector privado como no sector público, e apresentando opções de crescimento em mercados internacionais seleccionados."

Valores

A nossa cultura, os valores que partilhamos, constituem o padrão de comportamento que devemos respeitar e expressar na gestão das nossas actividades.

Os colaboradores do Grupo têm responsabilidades acrescidas na consolidação desta identidade, através da concretização da nossa missão e visão, e pela afirmação e transmissão, pelo exemplo, dos nossos valores: **Respeito pela dignidade e bem-estar da pessoa, Desenvolvimento Humano, Competência e Inovação.**

RESPEITO PELA DIGNIDADE E BEM ESTAR DA PESSOA



O QUE É?

- ▶ É nunca esquecer que a pessoa pelo facto de estar doente e carecer de ajuda, não perde nenhum dos direitos que configuram a sua dignidade e não pode ser discriminada.
- ▶ É assumir, colectiva e individualmente, o compromisso de tudo fazermos para assegurar, em primeiro lugar o melhor interesse da pessoa.

COMO SE VÊ?

- ▶ Dar informação sobre os procedimentos, diagnósticos e terapêuticas existentes e respeitar a liberdade de escolha.
- ▶ Privilegiar o trabalho em equipa e cooperação.
- ▶ Na personalização e Humanização dos cuidados.
- ▶ Na prioridade dada à qualidade.

DESENVOLVIMENTO HUMANO



O QUE É?

- ▶ É crescer com a organização, apostando no contributo individual para a obtenção de resultados colectivos;
- ▶ É acreditar nas pessoas, na crença de que são princípio e o fim do sucesso, o elemento que faz a diferença;
- ▶ Na prática é fazer do dia a dia um permanente desafio de troca de experiências.

COMO SE VÊ?

- ▶ Tem disponibilidade de tempo e energia para o diálogo com os seus colaboradores quando precisam e sobre qualquer tema que estes considerem relevantes;
- ▶ Ensinar, escutar, aprender, saber comunicar;
- ▶ É verdadeiro, utiliza métodos correctos, não cresce em cima dos outros;
- ▶ Cumpre as regras e cumpre compromissos, nunca engana o Cliente.

COMPETÊNCIA



- O QUE É?**
- Competência é concretizar com determinação e rigor;
 - É a realização como emblema do conhecimento e da experiência;
 - Ser competente é ter vontade de ser exemplo e de demonstrar que em cada dificuldade existe uma oportunidade.

- COMO SE VÊ?**
- Capacidade de concretizar, de obter resultados, de chegar lá;
 - Faz o que diz: muita coerência entre palavras e acção;
 - Entrega ao Cliente o que ele quer em qualidade, prazo e valor;
 - É partilhar conhecimentos, formar sucessores.

INOVAÇÃO



- O QUE É?**
- É sobretudo o espírito de antecipação e capacidade para gerar alternativas e soluções novas;
 - Diz-se que alguém é Inovador quando surpreende, cria;
 - É um ser profissional que pela sua originalidade, estimula os que o rodeiam.

- COMO SE VÊ?**
- Não "rotiniza", procura sempre novas formas de fazer;
 - Abertura para o diálogo. vai ao encontro do outro. Puxa pelas pessoas;
 - Propõe, não espera que lhe peçam;
 - Nas reuniões de trabalho, os temas discutem-se com paixão e respeito. Aceita a diferença enriquecendo-se com ela.

Política da Qualidade

Os hospitaiscuf assumem a Qualidade como valor fundamental e estão empenhados em garantir a sua melhoria contínua. Neste sentido são definidos os níveis de serviço da sua prestação e avaliada a satisfação dos clientes através de mecanismos específicos.

Os hospitaiscuf comprometem-se a desenvolver acções de actualização contínua e valorização dos seus colaboradores.

Os hospitaiscuf comprometem-se com o lançamento de programas de Gestão da Qualidade e com o desenvolvimento de processos de reconhecimento externo, afectando os recursos adequados aos objectivos fixados nestes programas. De acordo com os princípios estabelecidos na política da qualidade dos hospitaiscuf, o hospitaiscuf infante santo tem promovido a certificação das suas unidades através do reconhecimento externo do Sistema de Gestão da Qualidade. Neste sentido, o hospitaiscuf infante santo está certificado nas unidades de Imagiologia, Blocos (Bloco 1 e Bloco 2), Central de Esterilização, Farmácia, Medicina Física e de Reabilitação, Hospital de Dia de hemato-Oncologia, Litotricia, Lasik, Exames de Cardiologia e Exames de Otorrinolaringologia, Consultas Externas, Centro de Gastroenterologia, no Atendimento Permanente, UCIP (Unidade de Cuidados Intensivos) e Exames de Pneumologia e de Neurofisiologia e Internamento, de acordo com as normas ISO 9001:2000 - Sistemas de Gestão da Qualidade.

Prémio Qualidade 2007

A José de Mello Saúde, com o apoio da **Fundação Amélia da Silva de Mello**, atribui anualmente o **Prémio Qualidade**, com o fim de contribuir para o progresso e melhoria da qualidade dos serviços de saúde das unidades José de Mello Saúde.

:: Trabalhos distinguidos com o Prémio Qualidade 2005 ::

Título do Trabalho: "Melhoria Contínua na Unidade de Medicina Física e de Reabilitação."

Autores:

João Beckert, Ana Cadete, Carla Vera-Cruz, Maria Isabel Carvalhais, Miguel Baptista, Maria José Fernandes, Nádya Lourenço, Ana Couceiro, Beatriz Nascimento, Ana Catarina Taíña, Filipa Mota Capitão, Célia Mendes, Ana Ribeiro, Carla Rodas, Carla Rodrigues, Magda Martins, João Vale, Sónia Martins
Unidade de Medicina Física e de Reabilitação do hospitaiscuf descobertas

Menção Honrosa

Título do Trabalho: "A Quantificação da Morbilidade após Cirurgia Cardíaca. Relevância para a Gestão do Risco Clínico e para a Promoção da Qualidade."

Autores:

José Fragata, Pedro Coelho, Valdemar Gomes, Nuno Silva e Isabel Fragata
Centro do Coração dos hospitaiscuf

Menção Honrosa

Título do Trabalho: "Intergrar sem Fronteiras."

Autores:

Andreia Campos, Helena Valentim Abrantes, Helelan Silva, José Galante, Luisa Câmara, Susana Luna
Hospital Fernando Fonseca

Os Centros de Especialidades

Centro do Coração

“Aprenda a amar o seu coração.”



Os hospitais **scuf** põem à sua disposição a excelência do seu corpo clínico e a sua capacidade tecnológica num dos mais avançados **Centros do Coração** do país.

Focando a sua actuação no rastreio e prevenção de doenças do foro cardíaco, este Centro dispõe de uma vasta gama de exames de diagnóstico, consultas e cirurgias.

A equipa do **Centro do Coração** dos hospitais **scuf** é constituída por:

- > 9 Cardiologistas
- > 3 Cirurgiões Cardíacos
- > 2 Anestesiologistas
- > 4 Técnicos de Cardio-Pneumografia



O novo **Centro de Gastrenterologia** do hospital **scuf** infante santo foi criado para responder às exigências e desafios desta especialidade e dotado de recursos humanos e tecnologia de ponta.

Num espaço dedicado com aproximadamente 350 metros quadrados, o hospital disponibiliza uma vasta oferta de consultas e técnicas de diagnóstico e terapêutica tendo sido introduzidos novos serviços diferenciadores no âmbito desta especialidade como a Consulta de hepatologia (fígado), Endoscopia Alta e Colonoscopia com NBI (Narrow Banding Image) importante no diagnóstico de lesões pré-malignas, Ecoendoscopia com biopsias dirigidas, Manometria e PHmetria alta com impedância e Manometria baixa.

Centro de Endocrinologia e Alimentação



“ Ensine o seu corpo a ser saudável

“

No **Centro de Endocrinologia e Alimentação** do hospital **scuf** infante santo irá encontrar uma abordagem multidisciplinar e global do indivíduo, abrangendo as seguintes especialidades:

- > Endocrinologia
- > Cirurgia
- > Gastrenterologia
- > Ginecologia
- > Psicologia
- > Nutrição

Este Centro, dispõe também de uma vasta oferta de serviços nas áreas de Consultas e Aconselhamento, Diagnóstico e Tratamento e Cirurgia.

Áreas de Actuação

- > Endocrinologia Geral
- > Doenças da Tiroideia
- > Obesidade Médica e Cirúrgica
- > Diabetes
- > Medicina Sexual
- > Alimentação e Nutrição
- > Psicologia Clínica

Centro de Medicina Dentária



centro de
medicina dentária

“ Um sorriso, mais Saúde!

No **Centro de Medicina Dentária** do hospitalcuf infante santo tudo foi pensado para lhe oferecer uma abordagem integrada aos cuidados necessários para preservar a sua saúde oral, apostando fortemente na sua afirmação como referência na prestação deste tipo de cuidados.

Uma equipa pluridisciplinar de médicos dentistas, apoiada por modernos meios técnicos, desenvolve a sua actividade de forma a encontrar e executar o tratamento que melhor se adapta a si. Todos os elementos desta equipa têm formação especializada e prática clínica exclusiva em cada uma das seguintes áreas:

- > Medicina Dentária Geral
- > Endodontia
- > Periodontologia
- > Prostodontia
- > Odontopediatria
- > Ortodontia

Opção de financiamento disponível.
Por favor solicite mais informações no hospital.



centro de
oftalmologia

“ Encare o mundo com outros olhos

O hospitalcuf infante santo põe à sua disposição a capacidade tecnológica e a excelência do seu corpo clínico num dos mais avançados **Centros de Oftalmologia** do país.

Este Centro dispõe de unidades de diagnóstico e tratamento de patologias

como o Glaucoma, as Cataratas, Estrabismo, sendo uma das unidades especializadas no rastreio de Doenças Oculares Infantis.

A equipa do **Centro de Oftalmologia** do hospitalcuf infante santo encontra-se localizada em modernas instalações no Edifício Infante Santo, na Avenida Infante santo nº 34 e é constituída por:

- > 4 Oftalmologistas
- > 1 Técnico de Ortóptica

No **Centro de Oftalmologia** do hospitalcuf infante santo tem disponíveis os seguintes tratamentos:

> [Cirurgia Refractiva Laser - Lasik](#) (clique para consultar o folheto) A intervenção por laser - LASIK - recorre a tecnologia de ponta para corrigir situações de miopia, hipermetropia e astigmatismo, permitindo que uma elevada percentagem das pessoas que optam por esta técnica não voltem a usar óculos ou lentes de contacto nas actividades da vida diária, melhorando a sua qualidade de vida.

Centro de Otorrinolaringologia



“ Ouça o nosso conselho, Aposte na prevenção! ”

O hospitalcuf infante santo põe à sua disposição a capacidade tecnológica e a excelência do seu corpo clínico num dos mais avançados **Centros de Otorrinolaringologia** do país.

Este Centro dispõe de unidades de diagnóstico e tratamento de patologias como a Surdez, a Vertigem, a Voz e as Doenças do Sono.

A equipa do **Centro de Otorrinolaringologia** do hospitalcuf infante santo encontra-se localizada em modernas instalações no Edifício Infante Santo, na Avenida Infante santo nº 34 e é constituída por:

- > 8 Otorrinolaringologistas
- > 1 Médico de Medicina Interna
- > 1 Psicóloga Clínica
- > 3 Anestesiastas
- > 3 Técnicos de Saúde
- > 1 Audiologista
- > 1 Terapeuta da Fala

Centro Gamma Knife



Centro Gamma Knife
Hospital CUF Infante Santo

“ Centro Gamma Knife

“
A unidade Leksell Gamma Knife Perfexion® instalada no Hospital CUF Infante Santo incorpora os mais recentes avanços tecnológicos na radiação com alta precisão de lesões localizadas no cérebro, cabeça e zonas altas da coluna cervical. A cirurgia Gamma Knife® abre novas perspectivas no tratamento de tumores benignos ou malignos, lesões vasculares cerebrais, metastases e patologias funcionais, sem incisões no crânio e com efeitos secundários muito reduzidos. O tratamento é feito com anestesia local e, em condições normais, o doente tem alta nas 24 horas seguintes.

Em caso de dúvida contacte a nossa equipa através do telefone 213 926 150 ou pelo mail geral@centrogammaknife.pt

Para mais informação consulte o site www.centrogammaknife.pt

O Hospital CUF Infante Santo compõe-se por dois edifícios:**EDIFÍCIO TRAVESSA DO CASTRO Nº 3****Piso -1**

Cafetaria
Capela
Centro de Gastrenterologia
Consultas de:
 Cardiologia
 Cardiologia Pediátrica
 Cirurgia Cardíaca
 Pneumologia
Exames de Cardiologia
Exames de Neurofisiologia:
 Electromiogramas
Farmácia
Medicina Física e Reabilitação

Piso 3

Bloco Operatório 1
Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP)

Piso 4

Administração
Direcção Clínica
Direcção de Enfermagem

Piso 0

Angiografia
Consultas de:
 Andrologia
 Cirurgia Geral
 Cirurgia Torácica
 Cirurgia Vasculuar
 Gastroenterologia
 Hemato-Oncologia
 Medicina Interna
 Medicina Geral e Familiar
 Nefrologia
 Neurologia
 Ortopedia
 Urologia
Imagiologia
 Ecografias
 Raio X
 Ressonância Magnética
 TAC
Internamento - Quartos Particulares
Laboratório de Análises Clínicas
Recepção Norte
Recepção Oeste
Recepção Principal
Sala de Observações - S.O.
Urgência

Piso 1

Hemodiálise
Hospital de Dia
Internamento - Enfermarias Serviços 1 e 3
Internamento - Quartos Particulares
Medicina Ocupacional

Piso 2

Bloco Operatório 2
Internamento - Quartos Particulares
Unidade de Litotricia

EDIFÍCIO INFANTE SANTO, Nº 34

Piso 0

Recepção

Nutrição
Otorrinolaringologia
Psicologia Clínica**Piso 1****Consultas de:**Gastroenterologia
Ginecologia
Medicina Geral e Familiar
Medicina Interna
Neurologia
Neurocirurgia
Pneumologia
Urologia**Exames:**Imagiologia
Urologia**Piso 2****Consultas de:**Cirurgia Pediátrica
Medicina de Adolescentes
Nefrologia Pediátrica
Neuro-Cirurgia
Neurologia Pediátrica
Pediatria Geral
Pneumologia Pediátrica
Urologia
Urologia Pediátrica**Exames:**Neurofisiologia-Electroencefalogramas
Provas Funcionais Respiratórias**Piso 4****Consultas de:**Gastroenterologia
Medicina Interna
Oftalmologia**Piso 5**Exames de Otorrinolaringologia
Terapia da Fala**Piso 6****Consultas de:**Anestesiologia
Cirurgia Maxilo-Facial
Neurologia**Piso 7****Consultas de:**Cirurgia Geral
Dermatologia
Endocrinologia
Nutrição
Psicologia Clínica
Psiquiatria**Piso 8****Consultas de:**Imunoalergologia
Medicina Dentária
Reumatologia**Piso 9****Consultas de:**Cirurgia Geral
Cirurgia Plástica
Cirurgia Torácica
Cirurgia Vascular
Medicina Geral e Familiar
Neurocirurgia
Neurologia
Ortopedia-Traumatologia
Psicologia

Quem Pode Utilizar:

Qualquer pessoa pode utilizar os serviços do hospitalcuf infante santo.

O hospital celebrou acordos com as mais diversas entidades públicas e privadas, de modo a disponibilizar aos seus associados ou clientes o acesso aos nossos serviços.

ACORDOS COM SEGURADORAS

ENTIDADES



ACORDOS COM SUBSISTEMAS

ENTIDADE



ADMG



APL



ARS



CGD



Ministério da Justiça



Portugal Telecom



Sã Vida



SAD/ PSP



SAMS Quadros



OUTRAS ENTIDADES COM ACORDO



ANF



Banco Totta



Gestnave



Lisnave



Montepio Geral



Fundação Calouste Gulbenkian



Como chegar ao HCIS:

O hospitalcuf infante santo está situado na Travessa do Castro nº 3, em Lisboa.

O Edifício Infante Santo, com alguns serviços de ambulatório, encontra-se localizado na Avenida Infante Santo, nº 34, em Lisboa.

Transportes**280419SERVIÇO MINI-BUS**

O hospitalcuf infante santo disponibiliza um sistema contínuo de transporte entre o hospital e os parques de estacionamento na Rocha Conde de Óbidos, em carrinha devidamente identificada.

O **Transporte é gratuito** e funciona entre as **07h e as 24h**, com intervalos de trinta minutos, pode ser utilizado por todos os clientes e colaboradores do hospital, com as seguintes paragens:

Durante a manhã

Parque no Cais Rocha Conde de Óbidos (paragem)

Rua Cova da Moura esquina com Avenida Infante Santo (paragem a pedido, para servir edifício da CUF na Av. Infante Santo 34)

Rua das Necessidades esquina com Travessa do Sacramento (recolha de passageiros)

Durante a tarde

Rua das Necessidades esquina com Travessa do Sacramento (paragem)

Av. de Brasília (frente à estação de Alcântara)

Parque no Cais Rocha Conde de Óbidos (recolha de passageiros)

A zona do hospitalcuf infante santo está servida por inúmeros transportes públicos: metropolitano, várias carreiras de autocarros e comboios da CP:

**AUTOCARROS**

720, 738: Av. Infante Santo

60, 713, 727: Calçada da Pampulha

28, 714, 732, 15E, 18E: Av. 24 de Julho

60, 727: Praça da Armada

733: Rua das Necessidades

**METRO**

Linha Caravela (verde) – Estação do Cais Sodré

**COMBOIO**

Ligação à Linha Cascais na Estação de Alcântara-Mar

**TÁXIS**

O hospitalcuf infante santo dispõe de uma paragem de Táxis junto à entrada principal.

SERVIÇOS DO HOSPITAL

O hospitalcuf infante santo dispõe de vários serviços:

Caixa Multibanco localizado junto à recepção central

Cafetaria localizada no piso -1

Capela localizada no piso -1: celebrações religiosas na capela todas as sextas-feiras às 12 horas

Parque de Estacionamento apoio no estacionamento no Parque de estacionamento da Rocha Conde de Óbidos

Apoio Domiciliário o hospitalcuf infante santo possui acordo com a **Domus Care** para apoio domiciliário aos doentes que o pretendam:

DOMUS CARE

Lisboa: 21 425 42 70

Fax: 21 425 42 79

Cascais/ Oeiras: 21 466 57 62

Fax: 21 468 70 45

Porto: 22 615 17 30

Fax: 22 610 60 64

SERVIÇOS NA ZONA ENVOLVENTE

Bancos

[Barclays](#) – Avenida Infante Santo, 70C, Tel: 21 394 29 20, Fax: 21 394 29 21

[CGD](#) - Rua do Prior do Crato, 70-A, Tel: 21 392 02 50, Fax: 21 396 86 00

[Totta](#) - Av. 24 de Julho, 148, Tel: 21 393 19 20, Fax: 21 393 19 21

Farmácias

Farmácia Infante Santo, Rua do Olival, 290, Lisboa, Tel: 21 396 10 03

Farmácia Bairrão, Rua Prior do Crato, Lisboa

Táxis

Autocoope (Tel: 21 793 27 56)

Teletáxis (Tel: 21 811 11 00)

Retalis (Tel: 21 811 90 00)

Correios

Rua das Necessidades, nº 17

Contactos

Contactar o hospital

Telefone Geral: 21 392 61 00

Ligar para os quartos

Se pretender **ligar directamente para um quarto** deverá marcar o nº **21 392 6** seguido do nº do quarto

Para salvaguardar o descanso dos doentes, a ligação directa para os quartos só é feita até às 21h, todas as chamadas sendo reencaminhadas para a central telefónica.

E-Maill: geral@hospitalcuf.pt

Edifício Travessa do Castro

Travessa do Castro, nº 3
1350-070 LISBOA

Edifício Infante Santo

Avenida Infante Santo nº 34
1350-179 LISBOA

Apêndice 4- Tabelas de resultados relativamente ao grau de concordância com as afirmações

Tabela x.x- Grau de concordância Grupo II:

| | Concordo completamente | Concordo | Discordo | Discordo completamente | Não sei Não se aplica Indeciso |
|-------|------------------------|-----------|-----------|------------------------|--------------------------------------|
| II.09 | 7 | 33 | 30 | 10 | 4 |
| II.10 | 43 | 43 | 1 | 0 | 0 |
| II.11 | 38 | 45 | 2 | 1 | 1 |
| II.12 | 40 | 38 | 8 | 1 | 0 |
| II.13 | 34 | 39 | 10 | 1 | 3 |
| II.14 | 23 | 38 | 22 | 0 | 3 |
| II.15 | 48 | 33 | 6 | 0 | 0 |
| II.16 | 26 | 43 | 14 | 1 | 2 |
| II.17 | 16 | 43 | 21 | 5 | 2 |
| II.18 | 4 | 36 | 38 | 7 | 2 |
| II.19 | 1 | 30 | 38 | 13 | 4 |
| II.20 | 2 | 25 | 42 | 13 | 5 |
| II.21 | 1 | 15 | 45 | 23 | 3 |
| II.22 | 1 | 24 | 35 | 27 | 0 |
| II.23 | 2 | 42 | 33 | 6 | 4 |
| II.24 | 8 | 56 | 16 | 3 | 4 |
| II.25 | 4 | 25 | 40 | 13 | 5 |
| II.26 | 4 | 52 | 20 | 7 | 3 |
| II.27 | 13 | 52 | 15 | 3 | 4 |

Tabela x.x- Grau de concordância Grupo III:

| | Concordo completamente | Concordo | Discordo | Discordo completamente | Não sei Não se aplica Indeciso |
|--------|------------------------|-----------|-----------|------------------------|--------------------------------------|
| III.9 | 25 | 54 | 6 | 2 | 0 |
| III.10 | 2 | 36 | 32 | 8 | 9 |
| III.11 | 33 | 44 | 7 | 3 | 0 |
| III.12 | 38 | 40 | 4 | 1 | 3 |
| III.13 | 32 | 41 | 5 | 1 | 7 |
| III.14 | 11 | 36 | 24 | 6 | 10 |
| III.15 | 11 | 27 | 32 | 8 | 9 |
| III.16 | 9 | 50 | 14 | 14 | 0 |
| III.17 | 14 | 60 | 7 | 3 | 2 |
| III.18 | 9 | 42 | 24 | 4 | 8 |