



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE GESTÃO**

**Mestrado em Gestão
Especialização em Recursos Humanos**

Dissertação

**Avaliação da Qualidade Organizacional em Cuidados de
Saúde Primários, através da *Common Assessment Framework*
- O caso da Região Alentejo**

Autora:

Isabel Maria Maia da Silva Bento Marques

Orientadora:

Professora Doutora Maria Margarida S. M. M. Saraiva

ÉVORA

Outubro, 2011

Mestrado em Gestão
Especialização em Recursos Humanos

Dissertação

Título da Dissertação:

**Avaliação da Qualidade Organizacional em Cuidados de Saúde Primários,
através da *Common Assessment Framework* –
O caso da Região Alentejo**

Autora:

Isabel Maria Maia da Silva Bento Marques

Orientadora:

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

Dedico este trabalho ao meu marido e aos meus filhos, com amor e gratidão pela compreensão e apoio demonstrados ao longo deste percurso, assim como à minha mãe, que sempre acreditou em mim.

A todos os que contribuíram para a realização deste trabalho, e foram muitos, o meu muito obrigado!

RESUMO

A investigação versa sobre a análise da aplicabilidade do modelo de autoavaliação CAF nos Cuidados de Saúde Primários - nas Unidades Funcionais dos Centros de Saúde da Região Alentejo. Adaptando instrumentos da CAF foram aplicados inquéritos junto de profissionais de saúde, em Março de 2011, com a finalidade de realizar um diagnóstico dos serviços em estudo. As variáveis foram definidas a partir de subcritérios dos critérios do referido modelo, designadamente “liderança”, “planeamento e estratégia”, “pessoas”, “processos” e “resultados relativos às pessoas”. Participaram 77 profissionais de saúde, dos quais 20,8% médicos, 36,4% enfermeiros, 24,7% técnicos administrativos, 15,6% assistentes operacionais e 2,6% de outros profissionais de saúde. Os resultados permitiram realizar o diagnóstico desses serviços de saúde onde se identificaram áreas fortes e áreas de melhoria. Estas últimas permitiram delinear sugestões de melhoria, nomeadamente, a divulgação da missão, visão e valores; o envolvimento dos profissionais de todos os grupos no planeamento e estratégia; a clarificação da estratégia para todos através do trabalho em equipa e da implementação efetiva de canais de comunicação, como reuniões de serviço; a avaliação sistemática da satisfação dos profissionais; a melhoria do equipamento informático e sistema de comunicações; a implementação de ferramentas de autoavaliação e, por último, a formação em gestão da Qualidade.

Palavras-chave: Autoavaliação; *Common Assessment Framework* (CAF); Gestão da Qualidade.

“Organizational Quality evaluation in Primary Health Care, through the Common Assessment Framework - the case of the Alentejo Region”

Abstract

The investigation concerns the analysis of the applicability of the CAF self-assessment model in Primary Health Care - Functional Units in the Health Centres of the Alentejo region. Adapting instruments were applied CAF surveys of health professionals in March 2011 with the purpose of making a diagnosis of the services under study. The variables were defined using the criteria of this sub model and in particular "leadership", "planning and strategy," "people", "processes" and "results for the people." Participated 77 health professionals, of which 20.8% doctors, nurses 36.4%, 24.7% administrative staff, operating assistants 15.6% and 2.6% other health professionals. The results allowed us to make a diagnosis of health services where they have identified areas of strength and areas for improvement. These have to outline suggestions for improvements, especially in the dissemination of mission, vision and values, the involvement of professionals from all groups in planning and strategy, clarifying the strategy for all through teamwork and effective implementation of channels communication, such as business meetings, systematic evaluation of professional satisfaction, improved equipment and communications system, the implementation of self-assessment tools and, finally, training in quality management.

Keywords: *Common Assessment Framework* (CAF); Quality management; Self-assessment.

ÍNDICE GERAL

Índice Geral	vii
Índice de Figuras	ix
Índice de Gráficos.....	x
Índice de Quadros.....	xi
Índice de Tabelas.....	xii
Lista de Abreviaturas e Siglas	xiv
Introdução.....	1
CAPÍTULO 1 - Gestão da Qualidade nas Organizações de Saúde	5
1. 1- Qualidade e Modelo de Excelência.....	5
1. 2- Qualidade nos Serviços de Saúde.....	8
1. 3- Gestão da Qualidade e Satisfação dos Profissionais/ colaboradores.....	20
1. 4- Nova Gestão Pública e Reformas nos CSP em Portugal.....	24
CAPÍTULO 2 - Common Assessment Framework – CAF	27
2. 1- Conceito e Principais Características	27
2. 2- Critérios e Subcritérios.....	28
2. 3- Linhas de Orientação para aplicação do Modelo	30
2. 4- Modelo CAF – Estudos Empíricos.....	32
CAPÍTULO 3 - Opções Metodológicas.....	39
3. 1- Desenho de Investigação	39
3. 2- Contexto – Caracterização dos Centros de Saúde / Unidades Funcionais da Região Alentejo.....	41
3. 3- Métodos e Técnicas.....	44
3. 4- Metodologia de Recolha de Dados - Questionários	49
CAPÍTULO 4 - Resultados.....	50
4. 1- Caracterização dos Profissionais.....	51
4. 2- Dimensões da qualidade em saúde.....	54
4. 3- Liderança (Critério 1).....	55
4. 3. 1- Missão, Visão e Valores (Subcritério 1.1).....	55

4. 3. 2-	Liderança como modelo (Subcritério 1.3)	58
4. 4-	Planeamento e Estratégia (Critério 2)	60
4. 4. 1-	Necessidades presentes e futuras (Subcritério 2.1).....	61
4. 4. 2-	Desenvolver, rever e atualizar (Subcritério 2.2)	62
4. 4. 3-	Avaliar estratégias (Subcritério 2.3)	63
4. 5-	Pessoas (Critério 3)	65
4. 5. 1-	Competências versus metas e objectivos (Subcritério 3.2).....	65
4. 5. 2-	Delegação de responsabilidades (Subcritério 3.3).....	68
4. 6-	Processos (Critério 5)	71
4. 6. 1-	Identificação e melhoria de processos (Subcritério 5.1).....	71
4. 7-	Resultados relativos às Pessoas (Critério 7).....	75
4. 7. 1-	Satisfação global e com os sistemas de gestão (Subcritério 7.1).....	75
4. 7. 2-	Satisfação com as condições de trabalho (Subcritério 7.1).....	78
4. 7. 3-	Análise de Clusters: “Grupo Profissional” e “Grau de Satisfação” (Subcritério 7.1)	80
4. 8-	Sugestões dos Respondentes	83
4. 9-	Matriz de Resultados e Conclusões.....	85
CAPÍTULO 5 - Conclusões, Limitações do Estudo e Propostas de Intervenção		88
5. 1-	Limitações ao Estudo	94
5. 2-	Propostas Futuras de Intervenção Sócio-organizacional.....	94
Referências Bibliográficas.....		95
ApêndiceI - Questionário de Diagnóstico e Satisfação para Profissionais de Saúde.....		99
ApêndiceII - Estatística Descritiva		109
ApêndiceIII - Testes de Independência – <i>Pearson Chi-Square Test</i>		151
ApêndiceIV - Análise de Clusters		190
ApêndiceV - Pedido de Autorização		218

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.1 - O Modelo de Excelência da EFQM.....	5
Figura 1.2 - Conceitos Fundamentais de Excelência (2003).....	6
Figura 1.3 - Perspetivas de Qualidade em Saúde	8
Figura 1.4 - Metas da Governação Clínica em Saúde	9
Figura 1.5 - Tríade de Donabedian.....	10
Figura 1.6 - Organograma dos Agrupamentos de Centros de Saúde	26
Figura 2.1 - Estrutura da CAF 2006	27
Figura 2.2 - Ciclo PDCA	28
Figura 3.1 – Desenho do Modelo Conceptual baseado na CAF.....	41
Figura 5.1 – Aplicação do Modelo Proposto.....	93

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 4.1 – Sexo.....	51
Gráfico 4.2 – Idade.....	52
Gráfico 4.3 - Grupo profissional	52
Gráfico 4.4 - Tempo de experiência profissional, em anos completos	53
Gráfico 4.5 – Sexo e Grupo Profissional.....	53
Gráfico 4.6 - Grupo profissional * Idade	54
Gráfico 4.7 - Grupo profissional * Os inquéritos realizados aos profissionais com a finalidade de conhecer as suas necessidades e expectativas têm periodicidade:.....	61
Gráfico 4.8 - Grupo profissional * Quais as iniciativas que foram levadas a cabo para desenvolver as aptidões e novas competências, nos últimos 12 meses?	67
Gráfico 4.9 - Grupo profissional * Considera que existem os seguintes mecanismos na Unidade / Centro de Saúde: [Participação activa dos profissionais através de instrumentos de comunicação interna, como reuniões, para partilha de informação relevante].....	70
Gráfico 4.10 - Grupo profissional * Nos últimos 3 meses, participou em reuniões com os seus responsáveis e colegas com o objectivo de:	72
Gráfico 4.11 - Idade * Se lhe pedissem para, a partir de amanhã, desenvolver a sua actividade através de novos métodos, como novas aplicações informáticas, qual seria a sua reacção? (1=Nada favorável a 5= Muito favorável).....	73
Gráfico 4.12 - Grupo profissional * Se lhe pedissem para, a partir de amanhã, desenvolver a sua actividade através de novos métodos, como novas aplicações informáticas, qual seria a sua reacção? (1=Nada favorável a 5= Muito favorável)	74
Gráfico 4.13 - Grupo profissional * Cluster Number of Case <i>Crosstabulation</i>	82

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1.1 – Conceitos Fundamentais de Excelência - Revisão (2010)	6
Quadro 1.2 - Modelo multidimensional de Maxwell	10
Quadro 1.3 - Oportunidades do desenvolvimento da Qualidade em Saúde.....	11
Quadro 1.4 – Ameaças ao desenvolvimento da Qualidade em Saúde	12
Quadro 1.5 – Síntese de Indicadores de Processo e de <i>Outcome</i> usados por Geraldes (2007) para a avaliação dos Centros de Saúde	14
Quadro 1.6 - Quadro Comparativo de Estudos sobre a Qualidade nos Serviços de Saúde	17
Quadro 1.7 - Quadro Comparativo de Estudos sobre a relação entre a TQM e a Satisfação no Trabalho.....	22
Quadro 1.8 – Análise da Satisfação dos utentes e dos profissionais dos Centros de Saúde, em Portugal (2007).....	23
Quadro 2.1 – Critérios de Meios	29
Quadro 2.2 – Critérios de Resultados.....	30
Quadro 2.3 - Etapas de implementação da CAF	31
Quadro 2.4 - Quadro comparativo de implementação da CAF em serviços públicos	33
Quadro 2.5 - Quadro comparativo de implementação da CAF em serviços públicos de saúde	36
Quadro 2.6 - Estudo sobre a CAF em Portugal realizado pela DGAEP	37
Quadro 3.1 – Formas de desenho de investigação	39
Quadro 3.2 - Variáveis de investigação	44
Quadro 3.3 – Matriz do Questionário de Diagnóstico e Satisfação para Profissionais de Saúde	45
Quadro 4.1 – Resultados obtidos e conclusões	85

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 4.1 - Na sua opinião, a Qualidade em Saúde está relacionada com: * Grupo profissional - <i>Chi-Square Tests</i>	55
Tabela 4.2 - Grupo profissional * Conhece a Missão da Organização a que pertence? <i>Crosstabulation</i>	56
Tabela 4.3 - Conhece a Missão da Organização a que pertence? * Grupo profissional - <i>Chi-Square Tests</i>	56
Tabela 4.4 - Grupo profissional * Conhece a Visão da Organização a que pertence? <i>Crosstabulation</i>	57
Tabela 4.5 - Conhece a Visão da Organização a que pertence? * Grupo profissional - <i>Chi-Square Tests</i>	57
Tabela 4.6 - Da lista que se segue, seleccione alguns dos Valores da Organização a que pertence: * Grupo profissional <i>Crosstabulation</i>	58
Tabela 4.7 - <i>Pearson Chi-Square Test</i> entre as variáveis “Opinião sobre a liderança na Unidade / Centro Saúde” e o Grupo profissional	60
Tabela 4.8 - Os inquéritos realizados aos profissionais com a finalidade de conhecer as suas necessidades e expectativas têm periodicidade: * Grupo profissional - <i>Chi-Square Tests</i> .	62
Tabela 4.9 - Grupo profissional * Na elaboração do Plano de Acção da Unidade /Centro de Saúde, no último ano: [Houve a participação de representantes dos diferentes grupos profissionais] - <i>Crosstabulation</i>	62
Tabela 4.10 - <i>Pearson Chi-Square Test</i> entre as variáveis “Elaboração do Plano de Acção da Unidade/ Centro Saúde, no último ano” e o Grupo profissional	63
Tabela 4.11 - Grupo profissional * Que estratégias foram utilizadas para divulgar o conteúdo dos Planos de Acção nas Unidades /Centro de Saúde, nos últimos 12 meses? <i>Crosstabulation</i>	64
Tabela 4.12 - Que estratégias foram utilizadas para divulgar o conteúdo dos Planos de Acção nas Unidades /Centro de Saúde, nos últimos 12 meses? * Grupo profissional - <i>Chi-Square Tests</i>	64
Tabela 4.13 - Grupo profissional * Quando iniciou funções na Unidade /Centro de Saúde beneficiou de: <i>Crosstabulation</i>	66
Tabela 4.14 - Quando iniciou funções na Unidade /Centro de Saúde beneficiou de: * Grupo profissional - <i>Chi-Square Tests</i>	66
Tabela 4.15 - Quais as iniciativas que foram levadas a cabo para desenvolver as aptidões e novas competências, nos últimos 12 meses? * Grupo profissional - <i>Chi-Square Tests</i>	67
Tabela 4.16 - Grupo profissional * Considera que tem autonomia para o desempenho das suas funções? <i>Crosstabulation</i>	68
Tabela 4.17 - Considera que tem autonomia para o desempenho das suas funções? * Grupo profissional - <i>Chi-Square Tests</i>	68
Tabela 4.18 - <i>Pearson Chi-Square Test</i> entre as variáveis “Mecanismos de envolvimento das pessoas e delegação de responsabilidades na Unidade / Centro de Saúde” e o Grupo profissional	71

Tabela 4.19 - Nos últimos 3 meses, participou em reuniões com os seus responsáveis e colegas com o objectivo de: * Grupo profissional - <i>Chi-Square Tests</i>	73
Tabela 4.20 - Se lhe pedissem para, a partir de amanhã, desenvolver a sua actividade através de novos métodos, como novas aplicações informáticas, qual seria a sua reacção? * Grupo profissional - <i>Chi-Square Tests</i>	74
Tabela 4.21 - Para aderir a um projecto de mudança que vise a Qualidade do serviço prestado, considera que: * Grupo profissional - <i>Chi-Square Tests</i>	75
Tabela 4.22 - <i>Pearson Chi-Square Test</i> entre as variáveis “Grau de satisfação relativamente à Unidade / Centro de Saúde” e o Grupo profissional	77
Tabela 4.23 - <i>Pearson Chi-Square Test</i> entre as variáveis “Grau de satisfação relativamente às condições de trabalho proporcionadas na Unidade / Centro de Saúde” e o Grupo profissional	80
Tabela 4.24 - Grupo profissional * <i>Cluster Number of Case Crosstabulation</i>	82

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACSA - *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía*

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ARS - Administração Regional de Saúde

ARSA – Administração Regional de Saúde do Alentejo

CAF – *Common Assessment Framework* ou Estrutura Comum de Avaliação

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGAEP - Direcção-Geral da Administração e do Emprego Público

EFQM – *European Foundation for Quality Management*

OMS – Organização Mundial de Saúde

PATH - *Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals*

QUAR – Quadro de Avaliação e Responsabilização

SAC – Serviços Académicos da Universidade de Évora

SIADAP – Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública

TQM – *Total Quality Management* ou Gestão da Qualidade Total

INTRODUÇÃO

A Qualidade nos serviços públicos está relacionada com a maximização do valor dos produtos e serviços para todas as partes interessadas, no âmbito de uma estrutura política e financeira (DGAEP, 2007a).

Para a implementação de qualquer sistema de gestão da qualidade existe uma ordenação temporal do desenvolvimento das várias etapas. A primeira etapa consiste no levantamento da situação atual, ou seja, procura-se conhecer o estado atual da organização em matéria da qualidade. Torna-se necessário analisar o que a organização faz e como faz, identificando os seus processos críticos e os eventuais subprocessos desses processos (Pinto e Soares, 2009).

Uma forma simplificada de abordagem da gestão da qualidade é a Estrutura Comum de Avaliação, também designada *Common Assessment Framework* (CAF). Este modelo foi construído para ajudar as organizações do sector público dos países europeus a utilizar as técnicas de gestão da qualidade, tendo resultado da cooperação entre os Ministros da União Europeia responsáveis pela Administração Pública. Constitui um instrumento simples e fácil de utilizar, adequado à auto-avaliação das organizações públicas. Trata-se de um modelo especialmente concebido para dar uma noção do desempenho da organização, constituindo o primeiro passo para a implementação da gestão da qualidade.

No âmbito da gestão da qualidade, surge o ciclo PDCA (*Plan-Do-Check-Act*). Trata-se de um ciclo de quatro fases sucessivas que visam a melhoria contínua. Deming (1986) criou este conceito para reforçar a ideia de que os planos de melhoria devem começar com um planeamento cuidadoso, o qual deve resultar numa acção eficaz, a qual, por sua vez, deve ser revista e eventualmente ajustada. Por último, deve voltar à fase de planeamento inicial, dando continuidade ao ciclo.

Tal conceito está na base do modelo CAF, o qual tem quatro objetivos principais:

- Introdução do ciclo PDCA na Administração Pública;
- Facilitar a autoavaliação das organizações públicas, com vista a um diagnóstico e um plano de ações de melhoria;
- Servir de ponte entre os vários modelos utilizados na gestão da qualidade;
- Facilitar o “*bench learning*” entre organizações do sector público (DGAEP, 2007a).

O modelo é constituído por nove critérios, vinte e oito subcritérios e um sistema de pontuação. O uso desta ferramenta é totalmente flexível e adaptável às organizações,

respeitando os princípios fundamentais das linhas de orientação. Os critérios 1 a 5, designados os meios, determinam o que a organização faz e como realiza as suas atividades para alcançar os resultados desejados. Os critérios 6 a 9, designados os resultados alcançados, são avaliados através de medidas de perceção e indicadores internos. Para a aplicação da CAF, segundo o “Guia de Autoavaliação: 10 Passos para aplicar a CAF”, estão previstos dez passos sequenciais, que iniciam pela decisão de como organizar e planear a autoavaliação, seguindo-se a divulgação do projeto de autoavaliação, a criação de uma ou mais equipas de autoavaliação, a organização da formação, a realização da autoavaliação, seguindo-se a elaboração do relatório que descreva os resultados dessa autoavaliação, a elaboração do plano de melhorias, a divulgação do plano de melhorias, a implementação desse plano e, por último, o planeamento da próxima autoavaliação (DGAEP, 2007b).

Ao longo do tempo, os sistemas de gestão da qualidade na área da prestação dos serviços públicos de saúde foram desenvolvendo modelos específicos, também fruto da evolução do conceito de qualidade em saúde. A reforma em curso nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal conduz a novas formas de gestão, à reestruturação dos Centros de Saúde, com a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde, das Unidades Funcionais e a mudanças ao nível dos profissionais de saúde.

Após a apresentação do modelo, pode-se questionar:

- 1) Permite a CAF a autoavaliação de serviços públicos de saúde, nomeadamente, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (Centros de Saúde/ Unidades Funcionais)?
- 2) É possível aplicar o modelo CAF aos Centros de Saúde, tal como ele se apresenta, ou ter-se-á de fazer ajustes?
- 3) Como é que a aplicação da CAF, enquanto ferramenta para a autoavaliação do desempenho organizacional, contribui para melhorar a qualidade dos serviços prestados em Cuidados de Saúde Primários?
- 4) Por último, serão os Centros de Saúde um Serviço Público de Qualidade?

Definimos a autoavaliação da qualidade dos serviços públicos de saúde, na área dos Cuidados de Saúde Primários, mediante a utilização da ferramenta CAF, como o tema escolhido, ancorado nas questões anteriormente apresentadas.

Tais questões norteiam a motivação para este estudo, aliado ao desejo de contribuir para a melhoria dos cuidados prestados aos utentes, como profissional de saúde a exercer funções num Centro de Saúde da Região Alentejo.

O objetivo geral deste estudo consiste em analisar a aplicabilidade da CAF, como ferramenta de autoavaliação dos serviços públicos, nos Cuidados de Saúde Primários, designadamente nos Centros de Saúde ou Unidades Funcionais da Região Alentejo.

Pretendeu-se assim como objetivos específicos:

- Analisar o modelo CAF.
- Adaptar os instrumentos da CAF à avaliação dos serviços públicos em estudo.
- Realizar o diagnóstico do serviço público de saúde em estudo, identificando pontos fortes e fracos.
- Apresentar propostas de melhoria contínua e de desenvolvimento organizacional para o serviço em análise.

Sendo um estudo descritivo e exploratório, com um horizonte transversal, a metodologia usada consistiu na elaboração de um questionário estruturado, sob a forma de inquérito de opinião, para ser aplicado junto de profissionais de saúde a exercerem funções em unidades funcionais / Centros de Saúde da Região Alentejo. Tal questionário teve por base a revisão da literatura e o modelo CAF, apresentou questões fechadas, mistas e/ou abertas, pelo que se exigiu uma abordagem mista de métodos qualitativos e quantitativos. As variáveis em estudo foram definidas a partir de subcritérios dos critérios do referido modelo, designadamente “liderança”, “planeamento e estratégia”, “pessoas”, “processos” e “resultados relativos às pessoas”. A análise de dados previu a utilização de técnicas de estatística descritiva e análise de eventuais correlações entre as variáveis em estudo, com recurso a meios informáticos, nomeadamente os Softwares Estatísticos SPSS e Excel.

Desta forma, pretende-se com este estudo dar um contributo para a compreensão da aplicação do processo de autoavaliação da qualidade nos serviços públicos através da CAF, bem como para a discussão da forma como os sistemas de autoavaliação e gestão do desempenho, poderão apoiar os Centros de Saúde, na prestação de melhores serviços aos utentes.

O presente estudo apresenta-se estruturado em cinco capítulos. O primeiro e segundo capítulos apresentam uma revisão da literatura, com recurso a trabalhos de investigação pertinentes. O Capítulo 1 aborda a gestão da qualidade nas organizações de saúde. No Capítulo 2 centra-se a análise na compreensão da dinâmica da CAF, visto tratar-se do modelo conceptual para a realização do presente estudo.

Determinado o tema de investigação e formuladas as questões de partida, parte-se para as decisões a tomar em termos de construção do processo metodológico mais adequado para ajudar a responder a essas questões. Ao pretender-se analisar a aplicabilidade das ferramentas CAF aos Cuidados de Saúde Primários, vai-se estudar “como” aplicar uma ferramenta da qualidade às Unidades Funcionais de um dos seis Agrupamentos de Centros de Saúde na Região Alentejo. Opta-se, nesta investigação, por uma abordagem mista de métodos qualitativos e quantitativos. Estas questões metodológicas são abordadas no terceiro capítulo.

A fase empírica e a fase de interpretação dos resultados obtidos são tratadas em detalhe no quarto capítulo.

Por último, no quinto capítulo, apresentam-se as considerações finais, as limitações ao presente estudo, assim como as propostas para pesquisas e trabalhos futuros.

CAPÍTULO 1 - GESTÃO DA QUALIDADE NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

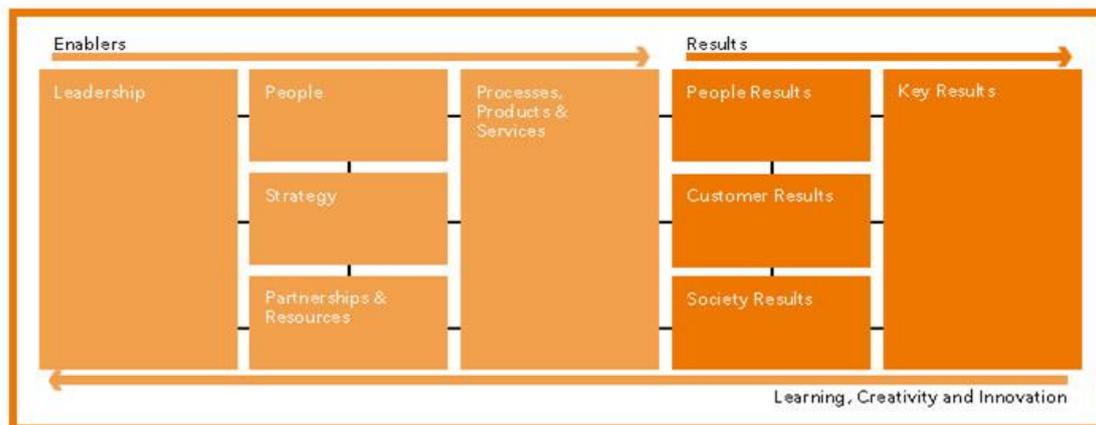
Fortin (2009) refere a importância da revisão da literatura como essencial para, a partir do estado atual do conhecimento, ser realizado o quadro de referência do estudo. Procura-se construir um quadro simultaneamente conceptual e teórico, de modo a orientar a investigação numa direção definida e a ligar o tema do estudo ao estado atual dos conhecimentos.

1. 1- QUALIDADE E MODELO DE EXCELÊNCIA

Feigenbaum (1951) define **qualidade** a partir de uma abordagem de valor como “o melhor para utilização do consumidor, ao preço de venda justo”. Na sua perspectiva o controlo da qualidade necessita ser encarado, mais que um assunto técnico, como um método de gestão e uma prática organizacional. Da sua obra parte o conceito TQM ou de Gestão da Qualidade Total.

A partir do conceito de TQM surge o modelo de excelência da *European Foundation for Quality Management* (EFQM), ilustrado na Figura 1.1. Este modelo tem servido de base à avaliação das empresas candidatas aos Prémios Europeu e Português da Excelência.

Figura 1.1 - O Modelo de Excelência da EFQM



Fonte: EFQM (sd)

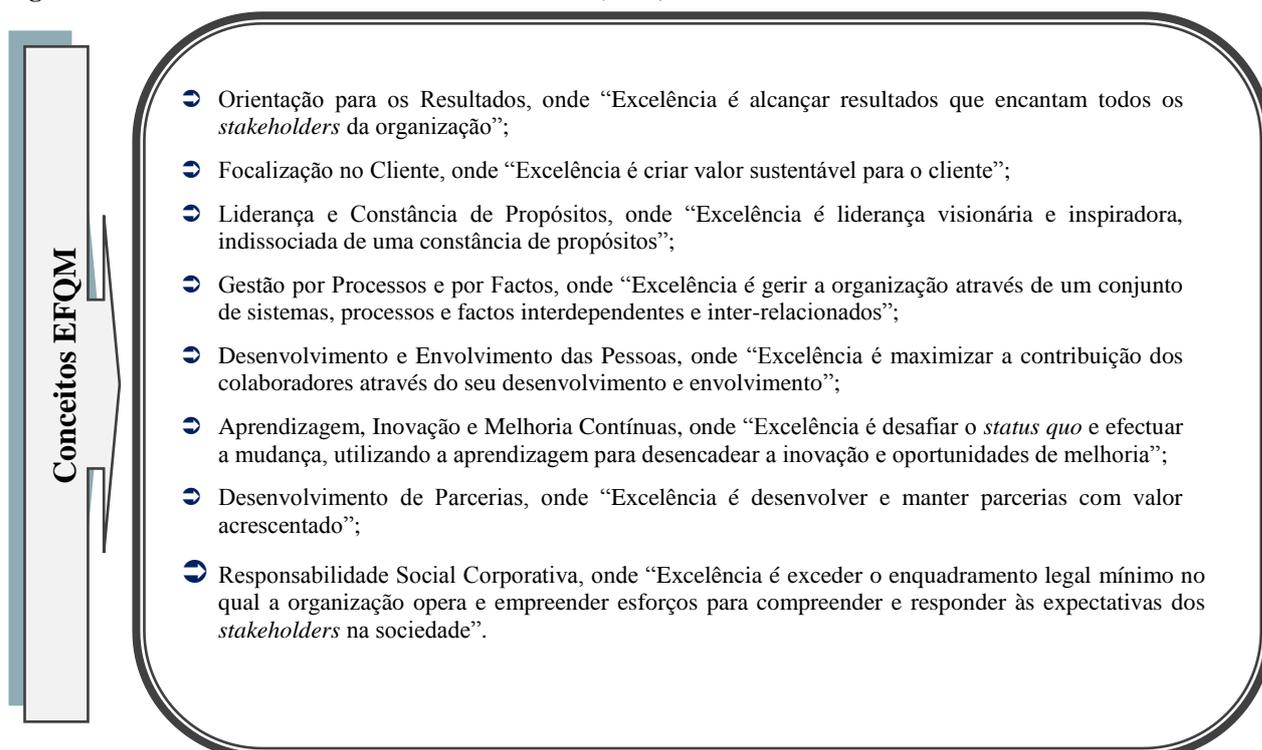
O Modelo EFQM baseia-se na relação entre os critérios facilitadores e os resultados, num processo de causa-efeito, transformando-se em ferramentas de diagnóstico e autoavaliação de qualquer entidade pública ou privada, permitindo um exercício de autoavaliação e fornecendo um instrumento de *benchmarking*.

A utilização das ferramentas disponíveis permite isolar os pontos fortes e as áreas a melhorar, levando à criação do plano de melhorias. Este plano exige monitorização e responsabilização na sua implementação, numa lógica de radar. Assim, o benefício da

autoavaliação decorre da incorporação dos resultados dessa análise no processo de planeamento, na definição estratégica, na estruturação de processos e utilização dos meios e na conceção das entregas de valor (António e Teixeira, 2009).

Cada um dos oito Conceitos Fundamentais de Excelência, enunciados na Figura 1.2, é importante por si próprio, mas o máximo benefício é alcançado quando uma organização pode integrar todos eles na sua cultura.

Figura 1.2 - Conceitos Fundamentais de Excelência (2003)



Fonte: Adaptado de EFQM (sd)

Fruto da experiência, em 2009, o modelo sofreu uma atualização, a qual foi solicitada pelo Conselho de Governadores da Fundação EFQM. O Quadro 1.1 apresenta as principais mudanças decorrentes da revisão do modelo.

Quadro 1.1 – Conceitos Fundamentais de Excelência - Revisão (2010)

VERSÃO 2010	VERSÃO 2003	PRINCIPAIS MUDANÇAS
Resultados equilibrados	Orientação para os resultados	➤ O foco agora é no desenvolvimento do conjunto dos resultados-chave necessários para monitorizar o progresso contra a visão, missão e estratégia, permitindo que os líderes tomem decisões eficazes e em tempo oportuno.
Agregação de Valor para	Foco no cliente	➤ O foco agora é na definição clara e comunicar a proposição de valor e envolver ativamente os clientes nos processos, na

VERSÃO 2010	VERSÃO 2003	PRINCIPAIS MUDANÇAS
clientes		conceção de produtos e serviços.
Liderança com visão, Inspiração e Integridade	Liderança e Constância de Propósito	➤ O conceito é agora mais dinâmico, incidindo sobre a capacidade dos líderes de adaptar, reagir e ganhar o empenho de todos os interessados, para assegurar o sucesso contínuo da organização
O êxito através de Pessoas	Desenvolvimento de Pessoas e Envolvimento	➤ O foco agora é a criação de um equilíbrio entre as necessidades estratégicas da organização e as expectativas e aspirações das pessoas para ganhar o seu empenho e engajamento.
Desenvolvimento da Criatividade e Inovação	Aprendizagem contínua, Inovação e Melhoria	➤ O conceito agora reconhece a necessidade de desenvolver e se envolver com as redes e envolver todos os <i>stakeholders</i> como fontes potenciais de criatividade e inovação.
Construindo Parcerias	Desenvolvimento de Parcerias	➤ O conceito foi estendido para incluir, além das parcerias, a cadeia de abastecimento e reconhece que estas devem ser baseadas no desenvolvimento sustentável, trazendo benefícios mútuos para o sucesso.
Assumir a responsabilidade por um Futuro Sustentável	Responsabilidade Social Corporativa	➤ O conceito centra-se agora em assumir a responsabilidade para a conduta ativa da organização e as suas atividades e gerir o seu impacto sobre o resto da comunidade.

Fonte: Adaptado de Gemoets e EFQM (2009)

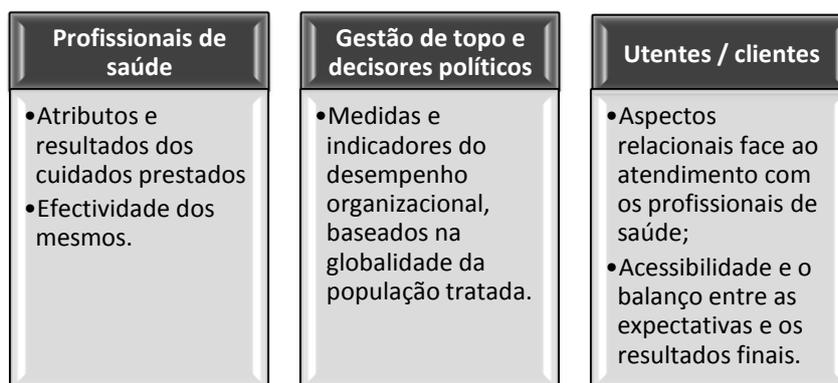
Pires (2007) afirma que “as normas de gestão da qualidade requerem que a gestão de topo tenha uma responsabilidade especial na implementação e apoio ao sistema da qualidade” (p.195).

Se a implementação de um sistema de gestão da qualidade for encarada como uma mais-valia por toda a organização, resultará em valiosos benefícios. É o caso da melhoria da relação com os clientes; da diminuição do produto não conforme; do aumento da motivação dos colaboradores; da redução dos custos de controlo da qualidade; da melhoria do clima organizacional e da melhoria da imagem da organização junto dos seus stakeholders. Os processos de autoavaliação são únicos e específicos de cada organização, dependendo da dimensão da organização, a cultura e a experiência prévia com ferramentas de TQM. Só através de um processo sistemático e estruturado, de análise contínua, se poderá conhecer a realidade. Conhecendo a realidade torna-se possível intervir ao nível das melhorias. Assim, consegue-se o desenvolvimento do colaborador, de modo a potenciar o desenvolvimento da organização (Pinto e Soares, 2009).

1. 2- QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Sousa (2010) descreve que "nos sistemas de saúde movimentam-se múltiplos actores, com distintos interesses e motivações, desempenhando diferentes papéis no seio do mesmo" (p.14). Daí resulta que cada interveniente vê a qualidade em saúde de modo específico. A Figura 1.3 apresenta a forma como cada interveniente vê a qualidade em saúde, conforme descrito por este autor.

Figura 1.3 - Perspetivas de Qualidade em Saúde



Fonte: Adaptado de Sousa (2010, p. 24)

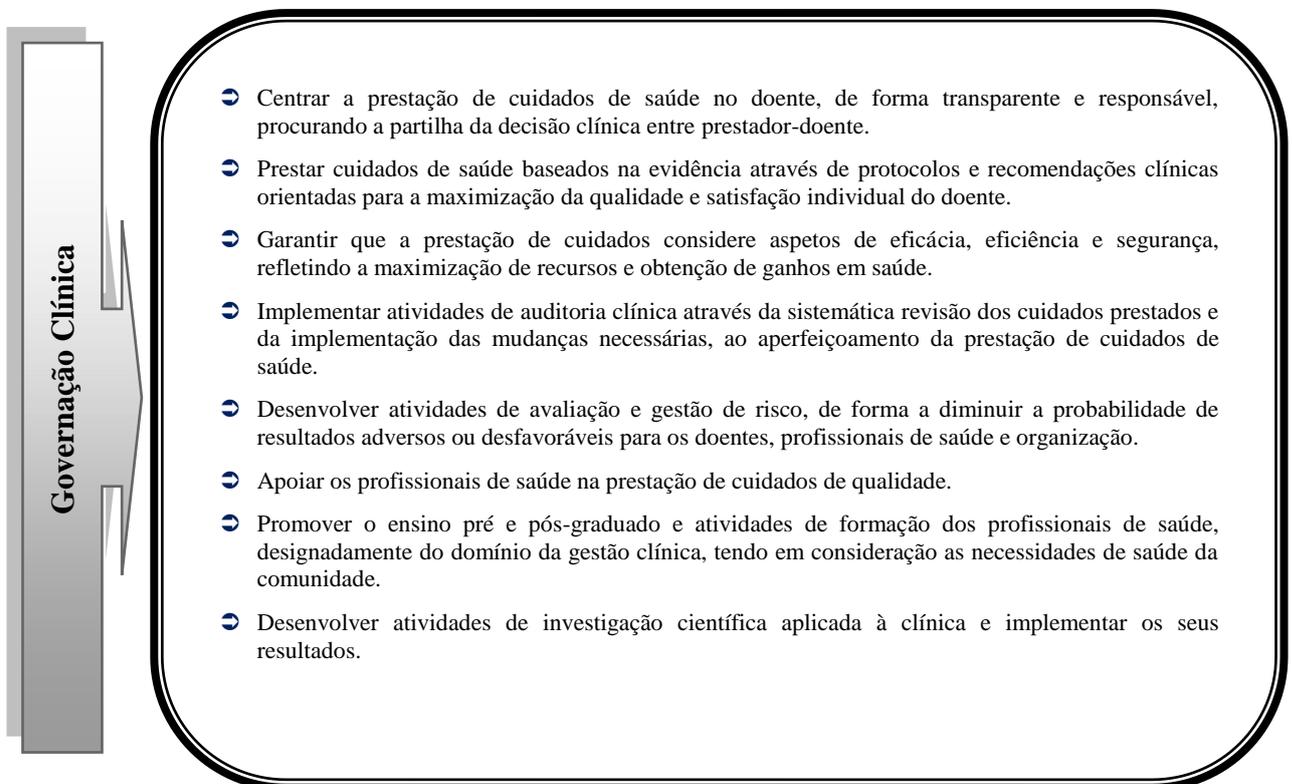
A qualidade dos serviços nos cuidados de saúde depende não só da prestação dos profissionais mas também da participação ativa do cidadão e das famílias na gestão do seu próprio estado de saúde. Passa pela adoção de estilos de vida saudáveis, pelo consumo racional de serviços e tratamentos, pela remoção de barreiras ao acesso a programas de prevenção, de vigilância da saúde e de rastreio e pela capacitação para o autocuidado na gestão da doença crónica.

Atualmente, no âmbito da gestão da qualidade, os serviços de saúde têm por objetivos: Melhorar o acesso aos cuidados, melhorando a cobertura e o acesso em tempo útil e equitativo; melhorar a qualidade de cuidados, particularmente os prestados a doentes crónicos e outros mais afetados pela descoordenação da prestação; promover a eficiência da utilização dos recursos; melhorar a participação dos cidadãos; melhorar a satisfação de cidadãos e prestadores e melhorar os resultados em saúde (Grupo de Trabalho para o Desenvolvimento da Contratualização para os Cuidados de Saúde Primários, 2009).

Para se alcançarem estes objetivos torna-se necessário uma aposta na autonomia, responsabilidade e capacidade das equipas de saúde para gerirem o estado de saúde das populações e na participação ativa do cidadão, das famílias e dos grupos da comunidade na

gestão do seu próprio estado de saúde. Aqui entra o conceito de governação clínica, onde se pretende facilitar as decisões das equipas de saúde e da gestão intermédia, tendo em vista atingir as metas apresentadas na Figura 1.4.

Figura 1.4 - Metas da Governação Clínica em Saúde



Fonte: Adaptado de Grupo de Trabalho para o Desenvolvimento da Contratualização para os Cuidados de Saúde Primários (2009, p.4)

Este modelo de governação clínica, adaptado aos Cuidados de Saúde Primários, passou a ser a prática definida para a gestão dos actuais Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), conforme orientações da própria reforma em curso para os Cuidados de Saúde Primários (Lourenço, 2010).

Para além dos modelos referidos, outros modelos têm sido desenvolvidos para avaliar a qualidade no sector da saúde, sendo longa a história da preocupação com a qualidade em saúde, desde Hipócrates, passando por Florence Nightingale e Ernest Codman. Salientam-se os modelos de Maxwell e de Donabedian. Maxwell (1992) apresenta um modelo multidimensional, baseado em seis facetas distintas da qualidade, nomeadamente: efectividade; eficiência; aceitabilidade /qualidade na perspectiva do doente (qualidade percebida); acessibilidade; equidade e segurança, conforme ilustra o Quadro 1.2. Estas

dimensões aparecem reflectidas no actual modelo de contratualização e avaliação dos serviços de saúde e na governação clínica.

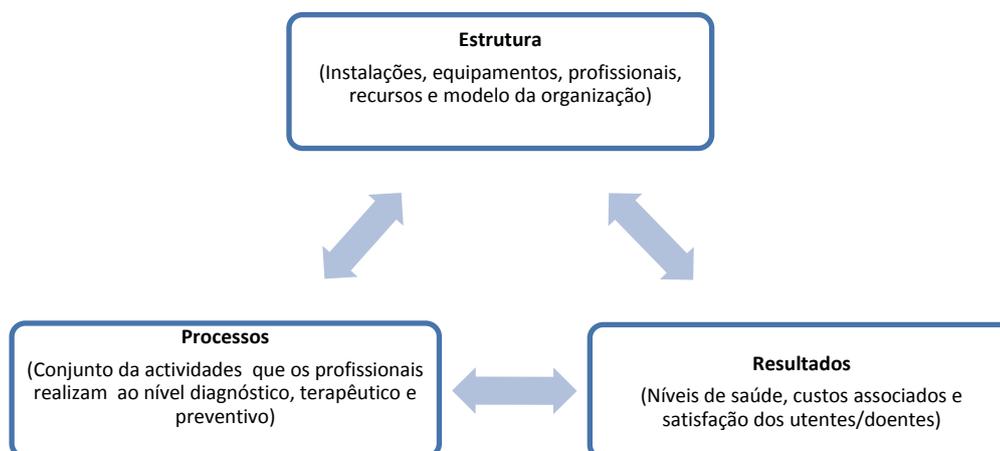
Quadro 1.2 - Modelo multidimensional de Maxwell

MODELO MULTIDIMENSIONAL DE MAXWELL	
• Efetividade	• Efeito desejado e alcançado para determinada intervenção.
• Eficiência	• Com os mesmos recursos maximizar os efeitos.
• Aceitabilidade/qualidade na perspetiva do doente	• Grau de satisfação e expectativas dos utentes, incluindo opiniões, sugestões e reclamações.
• Acessibilidade	• Condições em que o acesso a cuidados de saúde é feito.
• Equidade	• Em que medida para necessidades diferentes existem respostas diferentes.
• Segurança	• Ocorrência de eventos indesejados e que causam dano ou incapacidade.

Fonte: Adaptado de Maxwell (1992)

Donabedian (2002), desenvolveu um modelo na década de sessenta que assenta na tríade estrutura, processo e resultados, ilustrado na Figura 1.5. Este modelo contribuiu fortemente para a definição de normas de orientação clínica, com vista a uniformização dos processos de diagnóstico, tratamento e prevenção baseados na melhor evidência disponível (Sousa, 2010).

Figura 1.5 - Tríade de Donabedian



Fonte: Adaptado de Donabedian (2002)

O Plano Nacional de Saúde 2011-2016 anuncia as actuais oportunidades do desenvolvimento da qualidade em saúde, assim como as ameaças, para o cidadão, para o profissional de saúde, para as instituições de saúde e para os decisores políticos, conforme ilustra os Quadros 1.3 e 1.4.

Quadro 1.3 - Oportunidades do desenvolvimento da Qualidade em Saúde

OPORTUNIDADES DO DESENVOLVIMENTO DA QUALIDADE EM SAÚDE	
PARA O CIDADÃO	<ul style="list-style-type: none"> i) Maior participação na decisão, potenciação da utilização adequada de cuidados, e gestão integrada da sua doença; ii) Capacitação para lidar com a doença e para os autocuidados; iii) Expectativas mais realistas sobre a obtenção de resultados em saúde, maior segurança e proteção de campanhas de marketing e publicidade criadoras de expectativas não fundamentadas;
PARA O PROFISSIONAL DE SAÚDE	<ul style="list-style-type: none"> iv) Maior segurança em relação à incerteza clínica, referenciais claros para a avaliação do seu trabalho e valorização do mérito e do trabalho de qualidade, com maior satisfação; v) Promoção do trabalho multidisciplinar, focada na obtenção de resultados, elevados padrões de segurança e cuidados de excelência; vi) Melhor capacidade para incorporar evidência e inovação na prática clínica, e maior facilidade em orientar a formação pós-graduada para o incremento da qualidade da prática clínica; vii) Promoção da investigação clínica e adaptação das recomendações clínicas ao contexto de trabalho e maior disponibilidade para situações atípicas e de incerteza;
PARA A INSTITUIÇÃO DE SAÚDE	<ul style="list-style-type: none"> viii) Reconhecimento da qualidade e efetividade dos cuidados prestados; ix) Maior confiança da população pela transparência na informação do desempenho e da segurança; x) Garantia do investimento e desenvolvimento dos recursos, pelo reconhecimento de resultados em qualidade e segurança;
PARA O DECISOR POLÍTICO	<ul style="list-style-type: none"> xi) Mais valor em saúde - o investimento público traduz-se em cuidados de qualidade acrescida e há uma visão clara, a longo prazo dos cuidados possíveis para os recursos disponíveis; xii) Benchmarking entre unidades quando ao desempenho, a partir de referenciais de atuação comuns.

Fonte: Adaptado de Gabinete Técnico do PNS 2011-2016 (2011, p.7)

Quadro 1.4 – Ameaças ao desenvolvimento da Qualidade em Saúde

AMEAÇAS AO DESENVOLVIMENTO DA QUALIDADE EM SAÚDE	
PARA O CIDADÃO	<p>i) Pressão inadequada de grupos de interesse, através de processos de comunicação e referenciais poucos claros;</p> <p>ii) Informação descontextualizada e usada para promover a procura de serviços, sem ser aferida ao risco (por exemplo, diferentes populações);</p>
PARA O PROFISSIONAL DE SAÚDE	<p>iii) Processos de melhoria contínua da qualidade exigentes em tempo e burocracia, desadaptados das prioridades e do contexto de trabalho e sem retorno quanto a incentivos claros e a recursos para a melhoria efetiva;</p> <p>iv) Envolvimento insuficiente na cadeia de cuidados ao doente e pouca adesão a protocolos de actuação;</p> <p>v) Falta de alinhamento entre os objectivos e prioridades das administrações, dos profissionais e dos cidadãos, resultando em perspectivas fragmentadas da qualidade;</p>
PARA A INSTITUIÇÃO DE SAÚDE	<p>vi) Perfil de população, de situação de acesso e de serviços prestados pouco claro e heterogéneo, dificultando a comparabilidade com instituições de responsabilidade semelhante;</p> <p>vii) Insensibilidade para os processos de melhoria contínua da qualidade, que exigem o envolvimento da administração, dos profissionais, dos doentes/cidadãos, a articulação dos sistemas de informação, organização dos serviços e sinergia com as actividades de formação e investigação.</p>
AO NÍVEL DA DECISÃO POLÍTICA	<p>viii) Tempo de mandato (ciclo político) insuficiente em tempo útil de obtenção de ganhos de eficiência. Falta de estrutura crítica para criar, monitorizar e avaliar, de forma extensa e sistemática, orientações e recomendações técnico-científicas;</p> <p>ix) Visão punitiva do erro e da falta de qualidade, desincentivadores das iniciativas dos profissionais;</p> <p>x) Falta de visão a longo prazo e dificuldade em libertar recursos decorrentes do incremento da qualidade, não proporcionando evidência sobre o retorno atribuível à melhoria e ao valor do seu investimento;</p> <p>xi) Falta de articulação das políticas referentes aos sistemas de informação, contratualização e incentivos, investimento em recursos, integração e continuidade de cuidados e formação e investigação, em torno da promoção da qualidade.</p>

Fonte: Adaptado de Gabinete Técnico do PNS 2011-2016 (2011, p.8)

Os cuidados de saúde primários constituem-se, em Portugal, o centro da política dos serviços de saúde. Amado e Santos (2009) procuraram contribuir para uma discussão a respeito das formas adequadas para comparar o desempenho nos cuidados de saúde primários. Na sua análise empírica utilizaram dados de 2004 e 2005 para todos os Centros de Saúde de Portugal e comparam a equidade geográfica no acesso aos serviços, eficiência técnica e qualidade dos serviços. Poderam concluir que há evidências da grande variação nos aspectos estudados. Os seus resultados sugerem que uma melhor utilização dos recursos poderia levar a mais e melhores serviços. Concluíram que o desafio é envolver os profissionais de saúde no

exercício de avaliação, tanto para construir os modelos de avaliação como para discutir os resultados, sem esquecer o papel dos membros do conselho de administração das autoridades de saúde.

Um estudo sobre a avaliação da eficiência e da qualidade do Sistema Nacional de Saúde, incluindo Centros de Saúde e Hospitais, em Portugal, realizada por Giraldes (2008), recorreu a indicadores de processo e a indicadores de *outcome*. Utilizou a definição de indicadores de processo como dizendo respeito àqueles cuidados de saúde que podem ser alterados pelos profissionais de saúde, cujo desempenho está a ser medido. Por sua vez, definiu os indicadores de *outcome*, como a expressão da finalidade dos cuidados prestados, nomeadamente, indicadores que medem a mortalidade, a morbilidade, o nível de saúde e a satisfação dos utentes. Os dados para a realização deste estudo foram obtidos na Divisão de Estatística da Direcção-Geral da Saúde (quatro indicadores) e por inquérito junto dos Hospitais. No seu estudo, para a avaliação dos centros de saúde na perspectiva de gestão e da qualidade da prestação, utilizou um Indicador Agregado de Avaliação da Eficiência e da Qualidade. Este indicador é composto por doze indicadores de processo e cinco indicadores de *outcome*, apresentado no Quadro 1.5. Para a avaliação dos hospitais na perspectiva de eficiência, utilizou indicadores de gestão, e de qualidade, designadamente indicadores de processo e de *outcome*. Construiu-se um Indicador Agregado de Avaliação da Eficiência, composto quer por indicadores de gestão, relacionados com a atividade principal do hospital, quer com as secções auxiliares de apoio clínico, tendo construído um Indicador Agregado de Avaliação da Qualidade, que considera indicadores de processo e um indicador de *outcome*. Este estudo permitiu classificar e posicionar os Centros de Saúde e os Hospitais, em Portugal, quanto à sua eficiência.

Quadro 1.5 – Síntese de Indicadores de Processo e de *Outcome* usados por Geraldes (2008) para a avaliação dos Centros de Saúde

INDICADOR AGREGADO DE AVALIAÇÃO DA EFICIÊNCIA E DA QUALIDADE (GERALDES 2008)	
12 Indicadores Processo	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Percentagem de mamografias em mulheres com idade igual ou superior a 40 anos; ➤ O número de embalagens de anticoncepcionais em relação às mulheres dos 15 aos 49 anos; ➤ Primeiras consultas de saúde infantil no grupo etário 0-1 ano, em relação ao número de nados vivos; ➤ Percentagem de crianças vacinadas contra a hepatite B no grupo etário 0-1 ano; ➤ Percentagem de crianças vacinadas contra a poliomielite no grupo etário 0-1 ano; ➤ Percentagem de crianças vacinadas contra o sarampo no grupo etário 12-23 meses; ➤ Número de vigilâncias no grupo etário 6-14 anos; ➤ Número de crianças alvo de saúde oral em relação às crianças do grupo etário 6-14 anos; ➤ Número total de consultas com marcação no total de consultas; ➤ Número de consultas com marcação pelo telefone no total de consultas; ➤ Número de consultas marcadas com hora de atendimento no total de consultas; ➤ Número de consultas canceladas no total de consultas programadas.
5 Indicadores <i>Outcome</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nados vivos em mulheres com menos de 15 anos; ➤ Mortalidade pós-neonatal; ➤ Taxa de morbilidade por tuberculose, na população total; ➤ Taxa de morbilidade por hepatite B na população total; ➤ Taxa de morbilidade por sarampo na população total.

Fonte: Adaptado de Giraldes (2008)

Para a definição dos indicadores usados no estudo anteriormente referido, tal como referiu a autora, contribuíram os trabalhos de Perera *et al.* (2007). Estes autores desenvolveram uma ferramenta baseada em evidências para a avaliação dos indicadores de desempenho em cuidados de saúde primários. Procuraram indicadores de desempenho clínico que combinassem a avaliação dos conhecimentos científicos com considerações contextuais, adaptados à realidade na Nova Zelândia. Como metodologia, efectuaram uma revisão da literatura e realizaram catorze entrevistas a elementos-chave em cuidados de saúde primários, na Nova Zelândia, em 2003. O objetivo das entrevistas foi o de determinar o papel, relevância e aplicabilidade de indicadores de desempenho em cuidados de saúde primários, para identificar potenciais indicadores e para compreender as atitudes, os desafios e as limitações ou barreiras no desenvolvimento de indicadores no sector dos cuidados de saúde primários, na Nova Zelândia. A maior ênfase foi dada aos indicadores de processo, porque consideram que a sua utilização numa organização permitirá reforçar uma modificação na qualidade dos procedimentos dessa organização, que produzirá melhores *outcomes* tanto ao nível da população, como ao nível da poupança de recursos.

Os estudos empíricos apresentados salientam a qualidade dos serviços de saúde centrada em aspectos clínicos da qualidade e eficiência dos cuidados prestados. Os serviços prestados no âmbito dos cuidados de saúde, segundo Vallejo *et al.* (2006), apresentam aspectos clínicos e especificidades que fazem da aplicação do modelo genérico da EFQM um desafio. Os autores apresentam adaptações ao modelo, com base num estudo cujo objectivo foi trazer os conceitos fundamentais de excelência EFQM mais perto dos cuidados de saúde, utilizando um modelo específico como uma referência neste campo: a Ferramenta de Avaliação de Desempenho para Melhoria da Qualidade em Hospitais (PATH). Este modelo, desenvolvido e lançado em 2003 pelo Escritório Regional da OMS para a Europa, visa desenvolver uma solução flexível e abrangente para a avaliação do desempenho hospitalar. Baseia-se em valores fundamentais, tais como abertura, transparência e colaboração, e melhoria contínua. Apresenta uma abordagem global do desempenho do hospital dentro de um quadro composto por seis dimensões: eficácia clínica, eficiência, orientação pessoal, segurança, governança e satisfação do utente. O modelo também oferece oportunidade para o benchmarking internacional baseado em especialidades hospitalares, através da identificação das melhores práticas no campo, na rede de hospitais aderentes, uma vez que facilita os contactos entre os participantes, com vista à aprendizagem (OMS, 2009).

Foi realizada uma análise de conteúdo, para identificar os conteúdos que ambos os modelos têm em comum e em que diferem. O processo teve três fases consecutivas: (i) a comparação do conteúdo, (ii) comparação entre os elementos (conceitos de excelência de EFQM e dimensões de qualidade de PATH), e (iii) fusão dos conceitos fundamentais da EFQM e conceitos PATH. Deste estudo resultou um quadro com a adaptação da EFQM aos cuidados de saúde, onde só foram acrescentadas, às várias dimensões da qualidade, os aspectos da segurança e da eficácia clínica. Os autores defendem que os profissionais de saúde encontram na EFQM um modelo genérico que facilmente pode ser adaptado aos cuidados de saúde.

Sánchez *et al.* (2006) analisaram o processo de implementação do modelo de excelência da EFQM nos Serviços de Saúde do País Basco, em Espanha, ao longo de dez anos. Neste estudo estiveram envolvidas trinta e uma organizações de saúde, incluindo hospitais, organizações de cuidados primários, instituições de saúde mental e serviços de emergência, servindo uma população de 2.200.000 habitantes. As experiências de implementação foram iniciadas em 1995, com a formação, a concepção de ferramentas de qualidade e de normas e acções

relacionadas com os critérios do modelo. Os autores analisaram os resultados, passados dez anos e concluídos quatro ciclos de avaliação nas organizações visadas. Como reconhecimento da qualidade, 40% dos centros de cuidados primários e 83% dos hospitais foram certificados por padrões ISO. As avaliações da satisfação do cliente, realizadas anualmente ou a cada dois anos, foram em geral superiores a 89%, e em alguns casos a 95%. Tiveram também a estratégia de incluir a utilização da ISO como uma importante ferramenta integrada nos critérios de processos da EFQM. Também foram usadas normas ISO como referência para a melhoria dos processos. O maior sucesso foi ao nível das melhorias nos processos. Salientaram-se os resultados nas “pessoas”, em primeiro lugar pela realização de acções voltadas para melhorar os processos realizados e, em segundo lugar, pelo aumento da satisfação e da motivação dos profissionais. No entanto, verificou-se uma diminuição no critério “resultados-chave de desempenho”, o que pode estar relacionado com dois factores, por um lado o aumento no número de avaliações externas, que são geralmente mais exigentes e rigorosos em matéria de pontuação e, por outro lado, a mudança dos conceitos no modelo EFQM para os resultados, introduzidos em 2000. Apresentaram algumas limitações ao estudo, nomeadamente, por se tratar de um estudo descritivo, a relação causal entre os métodos descritos e os resultados obtidos pode ter sido limitada. Outras limitações podem estar associadas ao facto de terem havido mudanças nos avaliadores ao longo do tempo, apesar da preocupação na formação específica dos avaliadores tentando garantir a coerência suficiente entre diferentes autoavaliações. Como último comentário sobre as melhorias verificadas nos critérios de “processos”, salientaram os esforços realizados no sentido da sistematização de conceitos, desenvolvimento de indicadores e estímulo para a melhoria. Face aos resultados obtidos, continuam a considerar o modelo da EFQM como um meio para a melhoria contínua.

Um estudo semelhante foi realizado por Nabitz *et al.* (2006), em Amesterdão, num Centro de Tratamento para Toxicodependentes, ao longo de dez anos e envolvendo 550 profissionais. Ao longo desse tempo, os processos de admissão, de cuidados e de tratamento dos doentes foram reorganizados, os processos de suporte foram reestruturados e vinte e nove protocolos de tratamento, baseados em evidências, foram definidos e implementados. Foram realizados melhoramentos nos edifícios, na infraestruturas técnica, e criados os serviços de formação, que não existiam em 1994. Os assessores da EFQM testemunharam um maior nível de qualidade do Centro de Tratamento, visualizado no gráfico de radar. Contudo, os índices de satisfação dos utentes e dos profissionais mantiveram-se. Os autores referem que existe um amplo

consenso entre os avaliadores de que o novo radar da matriz de pontuação é mais exigente, o que pode subestimar as melhorias. A falta de dados disponíveis que permitissem comparar o pré e pós também levou a uma análise estatística incompleta. Assim como as amostras não são comparáveis devido a novas estruturas e novas equipas, e muitas vezes as definições de 1994 e 2004 não correspondem. Apesar dos problemas metodológicos referidos, consideram ter atingido o objetivo de tornar o trabalho desenvolvido pelo Centro, assim como os seus resultados mais transparentes. Concluem do seu estudo que só eficazes formas de tratamento, associadas a estratégias de gestão da qualidade, podem levar a um excelente desempenho no tratamento das dependências, com prestação de um serviço de qualidade.

Resultados diferentes foram obtidos no estudo de Vallejo *et al.* (2007). Este estudo teve por objectivo descrever a implementação do modelo EFQM, como estrutura de qualidade para melhorar um serviço de um hospital psiquiátrico, em Espanha, através da realização de duas autoavaliações, em 2003 e depois em 2005. Foram criados os grupos de trabalho para trabalhar as propostas de melhoria identificadas na primeira autoavaliação. A pontuação da segunda autoavaliação teve um aumento de 48,8% da contagem inicial. As principais dificuldades foram assegurar que os profissionais de saúde compreendessem o modelo da EFQM, o esforço extra exigido na fase inicial e a falta de capacidade de decisão em certas áreas. Adaptar a metodologia de autoavaliação ao contexto específico facilitou o processo, bem como um elevado nível de participação da parte da gestão. É possível implementar o modelo da EFQM nos serviços hospitalares o que resulta numa influência positiva sobre a comunicação pessoal e o envolvimento. Mas, para haver uma melhoria da qualidade nas áreas identificadas é necessário que haja capacidade de decisão.

O Quadro 1.6 apresenta estudos empíricos relacionados com a qualidade nos Serviços de Saúde, anteriormente referidos.

Quadro 1.6 - Quadro Comparativo de Estudos sobre a Qualidade nos Serviços de Saúde

AUTORES	OBJECTIVOS	METODOLOGIA	RESULTADOS
Amado e Santos (2009)	Comparar o desempenho nos cuidados de saúde primários. Comparar a equidade geográfica	Análise empírica dos dados de todos os Centros de Saúde de Portugal, dos anos 2004 e 2005.	Evidências da grande variação nos aspectos estudados. Assimetrias na equidade e acessibilidade aos serviços, bem como na eficiência técnica e qualidade dos serviços.

AUTORES	OBJECTIVOS	METODOLOGIA	RESULTADOS
	no acesso aos serviços, eficiência técnica e qualidade dos serviços.		Falta de envolvimento dos profissionais de saúde no exercício de avaliação.
Giraldes (2008)	Avaliar a eficiência e a qualidade do Sistema Nacional de Saúde, incluindo Centros de Saúde e Hospitais, em Portugal.	<p>Recurso a indicadores de processo e a indicadores de <i>outcome</i>.</p> <p>Utilização do Indicador Agregado de Avaliação da Eficiência e da Qualidade para Centros de Saúde.</p> <p>Utilização do Indicador Agregado de Avaliação da Eficiência para Hospitais.</p>	Classificação e posicionamento dos Centros de Saúde e dos Hospitais, em Portugal, quanto à sua eficiência e qualidade, numa perspectiva clínica.
Perera, Dowell, Crampton, e Kearns (2007)	Desenvolver uma ferramenta baseada em evidências para a avaliação dos indicadores de desempenho em cuidados de saúde primários.	Realização de entrevistas a elementos-chave na Nova Zelândia.	A maior ênfase foi dada aos indicadores de processo.
Vallejo, Saura, Sunol, Kazandjian, Ureña, e Mauri (2006)	<p>Relacionar o modelo EFQM com os cuidados de saúde.</p> <p>Utilização da Ferramenta de Avaliação de Desempenho para Melhoria da Qualidade em Hospitais (PATH).</p>	Análise de conteúdo, para identificar os conteúdos que ambos os modelos têm em comum e em que diferem, realizada em três fases consecutivas.	<p>Quadro com a adaptação da EFQM aos cuidados de saúde, onde só foram acrescentadas às várias dimensões da qualidade, os aspectos da segurança e da eficácia clínica.</p> <p>Os profissionais de saúde encontram na EFQM um modelo genérico que facilmente pode ser adaptado aos cuidados de saúde.</p>
Sánchez, Letona, González, García, Darpón, e Garay (2006)	Analisar o processo de implementação do modelo de excelência da EFQM nos Serviços de Saúde do País Basco, em Espanha, ao longo de dez anos e envolvendo trinta e uma organizações de saúde que servem uma população de 2.200.000 habitantes.	<p>Estudo descritivo.</p> <p>As experiências de implementação foram iniciadas em 1995, com a formação, a concepção de ferramentas de qualidade e de normas e acções relacionadas com os critérios do modelo.</p> <p>Análise dos resultados, passados dez anos e concluídos quatro ciclos de avaliação nas organizações visadas.</p>	<p>40% dos centros de saúde e 83% dos hospitais são certificados por padrões ISO.</p> <p>Avaliações da satisfação do cliente superiores a 89%, e em alguns casos a 95%.</p> <p>Normas ISO usadas como referência para a melhoria dos processos.</p> <p>O maior sucesso foi ao nível das melhorias nos processos, salientando-se os resultados nas “pessoas”, em primeiro lugar pela realização de acções voltadas para melhorar os processos realizados e, em segundo lugar, pelo</p>

AUTORES	OBJECTIVOS	METODOLOGIA	RESULTADOS
			aumento da satisfação e da motivação dos profissionais.
Nabitz, Schramade, e Schippers (2006)	Analisar o processo de implementação do modelo de excelência da EFQM em Amsterdão, num Centro de Tratamento para Toxicodependentes, ao longo de dez anos e envolvendo 550 profissionais.	<p>As experiências de implementação foram iniciadas em 1994.</p> <p>Análise dos resultados passados dez anos.</p> <p>Ao longo desse tempo, os processos de admissão, de cuidados e de tratamento dos doentes foram reorganizados, os processos de suporte foram reestruturados e 29 protocolos de tratamento baseados em evidências foram definidos e implementados.</p> <p>Foram realizados melhoramentos nos edifícios, na infra-estrutura técnica, e criados os serviços de formação, que não existiam em 1994.</p>	<p>Índices de satisfação dos utentes e dos profissionais mantiveram-se.</p> <p>Problemas metodológicos identificados: Falta de dados disponíveis que permitissem comparar o pré e após pode ter levado a uma análise estatística incompleta. Amostras não comparáveis devido a novas estruturas e novas equipas. Diferenças de pontuação e nas definições de 1994 para 2004 podem subestimar as melhorias. Atingido o objetivo de tornar o trabalho desenvolvido pelo Centro, assim como os seus resultados, mais transparentes.</p> <p>Eficazes formas de tratamento, associadas a estratégias de gestão da qualidade, podem levar a um excelente desempenho no tratamento das dependências, com prestação de um serviço de qualidade.</p>
Vallejo, Ruiz-Sancho, Domínguez, Ayuso, Romo (2007)	Descrever a implementação do modelo EFQM, como estrutura de qualidade, para melhorar um serviço de um hospital psiquiátrico, em Espanha.	<p>Realização de duas autoavaliações, em 2003 e depois em 2005.</p> <p>Criação de grupos de trabalho para implementar as propostas de melhoria identificadas na primeira autoavaliação.</p> <p>Análise dos resultados.</p>	<p>A pontuação da segunda autoavaliação teve um aumento de 48,8% da contagem inicial.</p> <p>Principais dificuldades: Assegurar que os profissionais de saúde compreendessem o modelo. Esforço extra exigido na fase inicial e a falta de capacidade de decisão em certas áreas.</p> <p>Adaptar a metodologia de autoavaliação ao contexto específico facilitou o processo, bem como um elevado nível de participação da parte da gestão.</p> <p>Influência positiva sobre a comunicação pessoal e o envolvimento.</p> <p>Exige capacidade de decisão.</p>

Fonte: Elaboração Própria

Em Portugal uma das prioridades estratégicas em saúde tem por objetivo o reconhecimento público da qualidade das organizações prestadoras de cuidados de saúde. O Modelo Nacional de Acreditação em Saúde, conforme definido no Programa Nacional de Acreditação em Saúde é a adaptação do Modelo ACSA (*Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía*) à realidade portuguesa. O modelo selecionado baseia-se em três pilares. a gestão por processos, a gestão clínica e a gestão por competências dos vários níveis de prestação de cuidados, cuja avaliação é feita através de uma aplicação informática e visitas de avaliação. (Direcção-Geral da Saúde - Departamento da Qualidade na Saúde, 2009).

O Modelo de Acreditação de Andaluzia (ACSA) foi desenvolvido tendo em conta as características dos serviços de saúde. A primazia é dada aos processos de auto-avaliação, estimulando os profissionais a reflectirem sobre o que fazem, como demonstram o que fazem, que resultados obtêm e como melhorar, tendo em vista a aprendizagem organizativa e colaborando na gestão do conhecimento. Para além da acreditação de serviços e unidades prestadoras de cuidados de saúde, o modelo também tem programas de acreditação de competências profissionais, ao nível das diferentes especialidades e grupos profissionais (González, 2006).

1. 3- GESTÃO DA QUALIDADE E SATISFAÇÃO DOS PROFISSIONAIS/ COLABORADORES

A satisfação face ao trabalho, segundo Locke, como citado em Cunha *et al* (2007), resulta da avaliação que a pessoa faz do seu trabalho, ou das experiências proporcionadas pelo trabalho. É uma atitude de avaliação afetiva sobre o trabalho. Outros autores consideram a satisfação como uma atitude generalizada em relação ao trabalho.

Importa referir a importância da gestão da qualidade na satisfação dos profissionais. O efeito das práticas de Gestão da Qualidade Total (TQM) sobre a satisfação dos colaboradores foi estudado por Prajogo e Cooper (2010). Os dados foram recolhidos de 201 funcionários de vinte e três organizações em Vitoria, na Austrália. Através do modelo de equações estruturais, os resultados demonstraram a forte relação entre práticas de TQM e satisfação no trabalho, fornecendo um forte argumento para a visão holística da TQM.

Tutunco e Kucukusta (2009) também estudaram a relação entre modelo de excelência e satisfação no trabalho. Este estudo foi realizado aos trabalhadores de todas as empresas turcas que foram vencedoras de Prémios de Qualidade. A análise de correlação canónica foi aplicada

ao conjunto de dados e os resultados mostraram que a relação entre satisfação no trabalho e EFQM foi significativa. De acordo com os resultados obtidos, a liderança, as parcerias e recursos, processos, política e estratégia, desenvolvimento e participação de pessoas, resultados, supervisão, promoção, e colegas de trabalho são todos determinantes da satisfação no trabalho. Os resultados apresentam o papel vital da supervisão e liderança. A forte relação entre a satisfação profissional e o modelo de excelência mostra que as organizações que implementam modelos de excelência conseguem colaboradores mais satisfeitos que, por sua vez, levam a um maior sucesso na implementação destes modelos.

Ehrlich (2006), apresenta como crítica ao modelo EFQM a ausência de medidas organizacionais, no critério 3, que conduzam a melhores resultados em relação à eficácia na percepção do potencial de motivação, no critério 7. O autor defende que a avaliação não devia ser confinada à satisfação no trabalho, mas devia também ser complementada por instrumentos de medição dos aspetos motivacionais. Descreve que a ligação entre satisfação no trabalho e o desempenho se torna mais forte se, face a um objetivo específico, existir algum tipo de *feedback*, com um sistema de recompensas adequado. Estas condições básicas contribuem para aumentar a motivação, o que, por sua vez, contribui para que a satisfação no trabalho e o desempenho se potenciam. A partir do *Job Diagnostic Survey*, instrumento que mede a motivação relativa ao conteúdo do trabalho ou a tarefa em si, Ehrlich (2006), desenvolveu um instrumento que denominou *Motivation Assessment Questionnaire*. O autor pretende, com a aplicação deste novo questionário, identificar as medidas para melhorar os potenciais de motivação, tanto ao nível do desempenho da tarefa como ao nível do desempenho contextual, mostrando certa semelhança com as medidas descritas no Critério 3 do modelo EFQM. A vantagem deste novo instrumento é ajudar a mostrar em que medida as medidas organizacionais influenciam a eficácia na percepção do potencial de motivação no critério 7. Contudo, a utilização do modelo EFQM não impede a utilização concomitante de outros questionários (EFQM, 2003).

O Quadro 1.7 apresenta a síntese dos estudos anteriormente referidos, que estudaram a relação entre modelo de excelência e satisfação no trabalho.

Quadro 1.7 - Quadro Comparativo de Estudos sobre a relação entre a TQM e a Satisfação no Trabalho

AUTORES	OBJECTIVOS	METODOLOGIA	RESULTADOS
Prajogo e Cooper (2010)	Identificar a importância da gestão da qualidade na satisfação dos profissionais	Recolha de dados de 201 funcionários de 23 organizações em Vitória, Austrália. Análise dos dados através do modelo de equações estruturais.	Demonstraram a forte relação entre práticas de TQM e satisfação no trabalho, fornecendo um forte argumento para a visão holística da TQM.
Tutunco e Kucukusta (2009)	Estudar a relação entre o modelo de excelência e a satisfação no trabalho	Estudo realizado aos trabalhadores de todas as empresas turcas que foram vencedoras de Prémios de Qualidade. A análise de correlação canónica foi aplicada ao conjunto de dados	Mostraram que a relação entre satisfação no trabalho e EFQM foi significativa. A liderança, as parcerias e recursos, processos, política e estratégia, desenvolvimento e participação de pessoas, resultados, supervisão, promoção, e colegas de trabalho são todos determinantes da satisfação no trabalho. Os resultados apresentam o papel vital da supervisão e liderança.
Ehrlich (2006)	Analisar em que medida as medidas organizacionais influenciam a eficácia na percepção do potencial de motivação no critério 7 do modelo EFQM. Relacionar as medidas para melhorar os potenciais de motivação, com as medidas descritas no Critério 3 do mesmo modelo.	Estudo teórico. Descrição da relação entre satisfação no trabalho, desempenho, sistemas de recompensas e motivação. Desenvolvimento de um instrumento denominado <i>Motivation Assessment Questionnaire</i> , a partir do <i>Job Diagnostic Survey</i> (instrumento que mede a motivação relativa ao conteúdo do trabalho ou a tarefa em si).	Relevo da importância das medidas organizacionais na motivação profissional. Criação de um instrumento que permite identificar as medidas para melhorar os potenciais de motivação, tanto ao nível do desempenho da tarefa como ao nível do desempenho contextual. Crítica ao modelo EFQM pela ausência de medidas organizacionais, no critério 3, que conduzam a melhores resultados em relação à eficácia na percepção do potencial de motivação, no critério 7.

Fonte: Elaboração Própria

Um estudo promovido e financiado pela Missão para os Cuidados de Saúde Primários, de 2007, teve por objetivos conhecer a percepção que utentes, profissionais de saúde e profissionais da comunicação social tinham acerca do funcionamento dos Centros de Saúde, em Portugal, de forma a identificar possíveis vetores de mudança como prioritários para a reforma dos cuidados de saúde primários. O estudo decorreu entre Janeiro e Maio de 2007, tendo sido usada a técnica de *focus groups* para recolha de dados. Os resultados permitiram

identificar pontos fortes, pontos fracos, oportunidades e ameaças para a mudança dos centros de saúde, como ressalta do Quadro 1.8 (Santos, *et al.*, 2007).

Quadro 1.8 – Análise da Satisfação dos utentes e dos profissionais dos Centros de Saúde, em Portugal (2007)

OS CENTROS DE SAÚDE EM PORTUGAL – SATISFAÇÃO DOS UTENTES E DOS PROFISSIONAIS (2007)	
Pontos fortes	<p>Cobertura nacional;</p> <p>Inserção na cultura portuguesa e no quotidiano das localidades;</p> <p>Boa imagem da instituição e dos seus profissionais para a maioria da população;</p> <p>Aceitabilidade geral pelos utilizadores;</p> <p>Efetividade (em parceria com os outros níveis de cuidados) no controlo de indicadores de saúde fundamentais, como os relativos à área materno-infantil;</p> <p>Prática pró-ativa em algumas áreas de intervenção (por exemplo, nos cuidados materno-infantis, ao avisar os utentes das datas de vacinação);</p> <p>Acesso facilitado pelo baixo custo das taxas moderadoras.</p>
Pontos fracos	<p>Utentes sem médico de família; esta situação surge transversalmente, nos discursos de todos os tipos de participantes no estudo (utentes, profissionais de saúde e profissionais dos meios de comunicação social), como um dos aspetos mais geradores de perturbação no sistema;</p> <p>Tempo de espera dos utentes para obtenção dos serviços;</p> <p>Dificuldade na articulação com outras entidades (hospitais, laboratórios, sistema privado, etc.);</p> <p>Infraestrutura – não é suficiente que o edifício satisfaça os requisitos de uma unidade de saúde; é também necessário que a sua implementação tenha em conta os aspetos urbanísticos da área envolvente (bons acessos através de transportes públicos, parques de estacionamento bem dimensionados, sinalização adequada, etc.);</p> <p>Pouca adesão das camadas mais jovens da população aos serviços prestados pelos CS;</p> <p>Ausência de uma estratégia de marketing de divulgação das atividades, normas e regulamentos dos CS;</p> <p>Baixa autonomia a todos os níveis;</p> <p>Gama de serviços disponível insuficiente (nomeadamente estomatologia, psicologia, dietética, ...);</p> <p>Insuficiência dos sistemas de informação e de apoio à consulta;</p> <p>Elevada idade média dos médicos de família a exercer nos CS;</p> <p>Ausência de uma política de recursos humanos e desenvolvimento profissional para os CSP;</p> <p>Alguma promiscuidade entre o sector público e o privado da saúde.</p>
Oportunidades	<p>Relação de qualidade profissional de saúde -utente;</p> <p>Facto de grande parte das características que os utentes e profissionais referiram como determinantes de maior satisfação estarem operacionalizadas na forma de organização das USF; aliás, foi visível que os utentes e os profissionais que integravam USF tinham um discurso de maior satisfação e de otimismo do que quem não integrava USF – isto mesmo quando, no caso dos utentes, não sabiam que faziam parte de uma USF;</p> <p>Estabilidade das equipas nucleares prevista pela reforma – médicos, enfermeiros e administrativos – surge como outro fator essencial para a melhoria da satisfação de profissionais e utentes;</p> <p>Informatização crescente.</p>

OS CENTROS DE SAÚDE EM PORTUGAL – SATISFAÇÃO DOS UTENTES E DOS PROFISSIONAIS (2007)	
Ameaças	<p>Burocratização do trabalho (por exemplo, proliferação de atestados médicos), que afastam o médico da relação com o utente (para insatisfação de ambos);</p> <p>Aumento da procura (consumismo) dos serviços de saúde por um lado, e diminuição de recursos humanos na prestação desses serviços (nomeadamente devido à idade média avançada dos médicos e insuficiente renovação);</p> <p>Grande percentagem de médicos de família na mesma faixa etária e que se irão aposentar na mesma altura;</p> <p>Não eficácia dos sistemas de informação e de comunicação eletrónica (fundamental para maior celeridade e efetividade na circulação de informação);</p> <p>Falta de conhecimento por parte dos utentes sobre a reforma dos CSP e normas de funcionamento dos CS;</p> <p>Atitude passiva e pouco pró-ativa dos utentes, quer na procura de informação sobre o CS e sobre a atual reforma quer no interesse pela gestão do CS.</p>

Fonte: Adaptado de Santos, *et al.* (2007)

1. 4- NOVA GESTÃO PÚBLICA E REFORMAS NOS CSP EM PORTUGAL

A Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978, mobilizou um movimento de Cuidados de Saúde Primários (CSP), de profissionais e instituições, governos e organizações da sociedade civil, que decidiram encontrar respostas para as desigualdades em saúde em todos os países. Criou os valores da justiça social e o direito a melhor saúde para todos, participação e solidariedade. Desde então, ao longo dos últimos trinta anos, têm-se vivido sucessivas reformas nos CSP, fruto da convergência entre a evidência sobre o que é preciso dar, em termos de respostas efetivas aos desafios atuais de saúde, os valores da equidade, da solidariedade e da justiça social (Alto Comissariado da Saúde - Ministério da Saúde, 2008).

Atualmente, desenham-se quatro tipos de reformas para os Cuidados de Saúde Primários, nomeadamente:

- Reformas da Cobertura Universal – de forma a garantir que os sistemas de saúde contribuem para a equidade em saúde, justiça social e para o fim da exclusão, primordialmente através do progresso do acesso universal e da protecção social da saúde;
- Reformas da Prestação de Serviço - reorganizando os serviços de saúde em torno das necessidades e expectativas das pessoas, de forma a torná-los socialmente mais

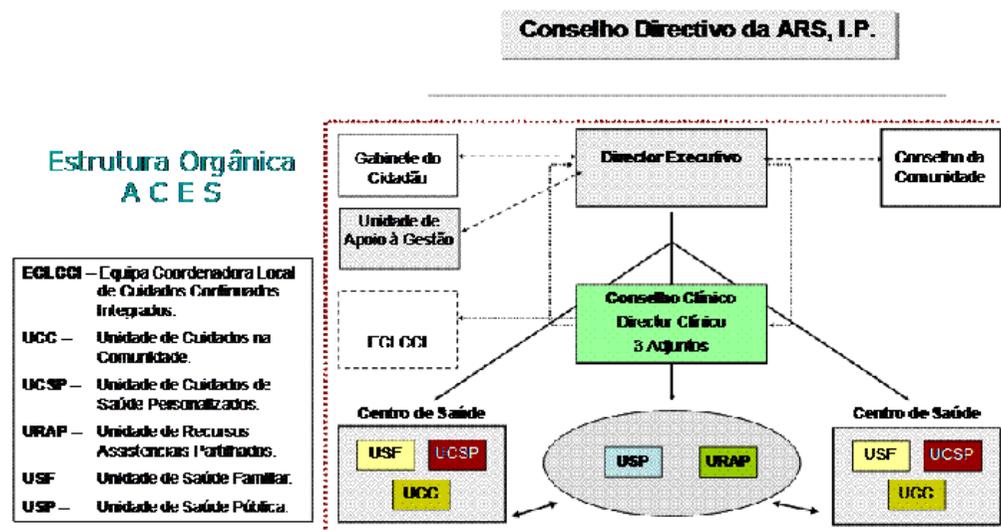
relevantes e que respondam melhor ao mundo em mudança, enquanto produzem melhores resultados;

- Reformas de Política Pública – de modo a garantir comunidades mais saudáveis, integrando acções de saúde pública nos cuidados de saúde primários e pugnando por políticas públicas saudáveis nos vários sectores;
- Reformas da Liderança – desenvolvendo uma liderança com base na negociação, participativa e inclusiva, exigida pela complexidade dos sistemas de saúde contemporâneos (Alto Comissariado da Saúde - Ministério da Saúde, 2008).

Justifica-se a necessidade de uma compreensão articulada entre as Reformas da Saúde em curso, as novas formas de gestão nos Cuidados de Saúde Primários, a reestruturação dos Centros de Saúde e as mudanças ao nível dos profissionais de saúde. Para a implementação desta reforma, dá-se a reorganização dos Centros da Saúde em Unidades Funcionais, designadamente as Unidades de Saúde Familiar (USF), as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), a Unidade de Saúde Pública (USP) e a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). As unidades funcionais constituem-se um novo modelo organizativo baseado em equipas multidisciplinares direccionadas para objetivos específicos no âmbito dos cuidados de saúde que prestam (Grupo de Trabalho para o Desenvolvimento da Contractualização com os Cuidados de Saúde Primários, 2009).

Por sua vez, os Centros de Saúde foram agrupados, constituindo os atuais Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). Na Figura 1.6 apresenta-se o organograma dos ACES, para uma melhor compreensão do posicionamento dos Centros de Saúde e das suas Unidades Funcionais.

Figura 1.6 - Organograma dos Agrupamentos de Centros de Saúde



CAPÍTULO 2 - COMMON ASSESSMENT FRAMEWORK – CAF

Uma forma simplificada de abordagem da gestão da qualidade é a Estrutura Comum de Avaliação, também designada *Common Assessment Framework* (CAF). Este modelo foi construído para ajudar as organizações do sector público dos países europeus a utilizar as técnicas de gestão da qualidade, tendo resultado da cooperação entre os Ministros da União Europeia responsáveis pela Administração Pública.

2. 1- CONCEITO E PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS

A CAF oferece às organizações uma oportunidade para aprenderem a conhecer-se (auto-avaliação), permitindo-lhes fazer um diagnóstico da sua situação, potenciar a gestão estratégica e partilhar boas práticas, interna e externamente. Enquanto ferramenta de gestão da qualidade segue os mesmos conceitos definidos pela EFQM, conforme ilustra a Figura 2.1 (DGAEP, 2007a).

Figura 2.1 - Estrutura da CAF 2006



Fonte: DGAEP (2007a, p.7)

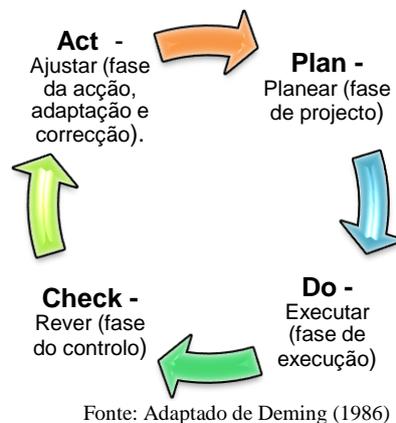
O modelo tem quatro objetivos principais: introdução do ciclo PDCA na Administração Pública; facilitar a autoavaliação das organizações públicas, com vista a um diagnóstico e um plano de ações de melhoria; servir de ponte entre os vários modelos utilizados na gestão da qualidade; e facilitar o “*bench learning*” entre organizações do sector público (DGAEP, 2007a).

Esta ferramenta focaliza-se na avaliação do desempenho da gestão e na identificação das possibilidades organizacionais de melhoria, visando a boa governação. Constitui-se pelos

seguintes elementos básicos: nove critérios; vinte e oito subcritérios e um sistema de pontuação. O seu uso é totalmente flexível e adaptável às organizações, respeitando os princípios fundamentais das linhas de orientação.

O ciclo PDCA é um ciclo de quatro fases sucessivas que visam a melhoria contínua. Deming (1986) criou este conceito para reforçar a ideia de que os planos de melhoria devem começar com um planeamento cuidadoso, o qual deve resultar numa acção eficaz, a qual, por sua vez, deve ser revista e eventualmente ajustada. Por ultimo, deve voltar à fase de planeamento inicial, dando continuidade ao ciclo, como ilustra a Figura 2.2.

Figura 2.2 - Ciclo PDCA



2.2- CRITÉRIOS E SUBCRITÉRIOS

O uso desta ferramenta é totalmente flexível e adaptável às organizações, respeitando os princípios fundamentais das linhas de orientação. De notar a perspetiva holística entre todos os critérios, que consiste na relação causa-efeito entre os meios (causas) e os resultados (efeitos), e o inverso pela informação de retorno ou *feedback*.

Os critérios 1 a 5 – os meios – determinam o que a organização faz e como realiza as suas atividades para alcançar os resultados desejados. Estes, por sua vez desdobram-se em subcritérios, como mostra o Quadro 2.1.

Quadro 2.1 – Critérios de Meios

CRITÉRIO	DEFINIÇÃO	SUBCRITÉRIOS
Critério 1 Liderança	Evidenciar o comportamento dos líderes e a orientação que dão à organização.	<ul style="list-style-type: none"> • 1.1.Dar uma orientação à organização, desenvolvendo a visão, missão e valores; • 1.2.Desenvolver e implementar um sistema de gestão da organização, do desempenho e da mudança; • 1.3.Motivar e apoiar as pessoas da organização e servir de modelo; • 1.4.Gerir as relações com os políticos e com as outras partes interessadas de forma a assegurar uma responsabilidade partilhada.
Critério 2 Planeamento e Estratégia	A forma como a organização combina eficazmente as suas atividades com vista ao desempenho global.	<ul style="list-style-type: none"> • 2.1.Obter informação relacionada com as necessidades presentes e futuras das partes interessadas; • 2.2.Desenvolver, rever e atualizar o planeamento e a estratégia tendo em conta as necessidades das partes interessadas e dos recursos disponíveis; • 2.3.Implementar o planeamento e a estratégia em toda a organização; • 2.4.Planear, implementar e rever a modernização e a inovação;
Critério 3 Pessoas	A organização gere, desenvolve e utiliza as competências e todo o potencial dos seus colaboradores de forma a implementar o planeamento e a estratégia e a assegurar o eficaz funcionamento dos processos.	<ul style="list-style-type: none"> • 3.1.Planear, gerir e melhorar os recursos humanos de forma transparente em sintonia com o planeamento e a estratégia; • 3.2.Identificar, desenvolver e usar as competências das pessoas, articulando os objetivos individuais e organizacionais; • 3.3.Envolver as pessoas através do diálogo e da delegação de responsabilidades.
Critério 4 Parcerias e Recursos	O modo como a organização planeia e gere as parcerias-chave, especialmente os cidadãos/clientes, assim como os recursos disponíveis, no eficaz funcionamento dos processos.	<ul style="list-style-type: none"> • 4.1.Desenvolver e implementar relações de parceria relevantes; • 4.2.Desenvolver e implementar parcerias com os cidadãos /clientes; • 4.3.Gerir os recursos financeiros; • 4.4.Gerir o conhecimento e a informação; • 4.5.Gerir os recursos tecnológicos; • 4.6.Gerir os recursos materiais.
Critério 5 Processos	O modo como a organização identifica, gere e melhora os seus processos-chave de modo a implementar o planeamento e a estratégia.	<ul style="list-style-type: none"> • 5.1.Identificar, conceber, gerir e melhorar os processos de forma sistemática; • 5.2.Desenvolver e fornecer produtos e serviços orientados para os cidadãos/clientes; • 5.3.Inovar os processos envolvendo os cidadãos/clientes.

Fonte: Adaptado de DGAEP (2007a)

Os critérios 6 a 9 – os resultados alcançados – são avaliados através de medidas de perceção relativas ao que os diversos stakeholders pensam da organização, e indicadores internos de desempenho, os quais demonstram a forma como a organização está a atuar em

relação às metas fixadas. Os critérios de resultados também se desdobram em subcritérios, conforme o Quadro 2.2.

Quadro 2.2 – Critérios de Resultados

CRITÉRIO	DEFINIÇÃO	SUBCRITÉRIOS
Critério 6 Resultados orientados para os Cidadãos/ Clientes	Os resultados a organização atinge em relação à satisfação dos cidadãos/ clientes com os produtos/ serviços que presta.	<ul style="list-style-type: none"> • 6.1. Resultados de avaliações da satisfação dos cidadãos/ clientes; • 6.2. Indicadores das medidas orientadas para os cidadãos/ clientes.
Critério 7 Resultados relativos às Pessoas	Os resultados que a organização atinge relativamente à competência, motivação, satisfação e desempenho das pessoas.	<ul style="list-style-type: none"> • 7.1. Resultados das medições da satisfação e motivação das pessoas; • 7.2. Indicadores de resultados relativos às pessoas.
Critério 8 Impacto na Sociedade	Os resultados que a organização atinge na satisfação das necessidades e expectativas da comunidade local, nacional e internacional.	<ul style="list-style-type: none"> • 8.1. Percepções das partes interessadas relativamente aos impactos sociais; • 8.2. Indicadores de desempenho social estabelecidos pela organização.
Critério 9 Resultados do Desempenho-chave	Os resultados que a organização atinge relativamente ao planeado no que respeita à realização dos objetivos e satisfação das necessidades das diferentes partes interessadas externas e os resultados no que respeita à respetiva gestão e processos de melhoria.	<ul style="list-style-type: none"> • 9.1. Resultados externos; • 9.2. Resultados internos.

Fonte: Adaptado de DGAEP (2007a)

Existe um sistema de pontuação para pontuar cada critério e subcritério do modelo. A versão CAF 2006 prevê um intervalo de zero a cem, por ser um intervalo mais utilizado e aceite a nível internacional. O sistema de pontuação CAF apresenta duas formas alternativas de pontuar os subcritérios: o Sistema de Pontuação Clássico e o Sistema de Pontuação Avançado (DGAEP, 2007b).

O objetivo é a obtenção dos pontos fortes, pontos fracos e ações de melhoria que permitam à organização conhecer-se melhor, no caminho da qualidade.

2. 3- LINHAS DE ORIENTAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO MODELO

Nolasco (2006) refere que, para além do impacto que a ferramenta CAF tem nos serviços, há o efeito que tem nas pessoas. Da sua experiência, traça um esboço das reações das pessoas ao modelo CAF. Salienta a importância do perfil da equipa de autoavaliação da mesma forma que salienta a manifestação de apoio das lideranças ao longo de todo o percurso. Apresenta

doze sugestões para que o fim da autoavaliação marque o início de uma fase de implementação de melhorias. Tais sugestões incluem, desde os critérios de formação e selecção dos elementos das equipas de avaliação, aliando formação e personalidade, passando pelos canais abertos de comunicação com a organização, a transparência, o diálogo, o espírito de grupo, a aferição de linguagem comum entre todos os elementos da equipa, o envolvimento de todos os elementos da organização e, por último, a firme crença de que é possível melhorar os serviços públicos. Essa é a fase da liderança dar efetivo encaminhamento ao trabalho realizado pela equipa de autoavaliação, sem perder a oportunidade de mudar e melhorar. Daqui resulta que “o cliente do relatório é a gestão de topo” (p.22).

Para a aplicação da CAF, segundo o “Guia de Autoavaliação: 10 Passos para aplicar a CAF”, estão previstos dez passos sequenciais, como apresenta o Quadro 2.3. Tal significa que qualquer processo de autoavaliação não é apenas uma aplicação de questionários, que permitem medir, mas que não se traduzem em melhoria do sistema.

Quadro 2.3 - Etapas de implementação da CAF

10 PASSOS PARA APLICAR A CAF	
Passo 1:	• Decidir como organizar e planear a autoavaliação.
Passo 2:	• Divulgar o projeto de autoavaliação.
Passo 3:	• Criar uma ou mais equipas de autoavaliação.
Passo 4:	• Organizar a formação.
Passo 5:	• Realizar a autoavaliação.
Passo 6:	• Elaborar o relatório que descreva os resultados da autoavaliação.
Passo 7:	• Elaborar o plano de melhorias.
Passo 8:	• Divulgar o plano de melhorias.
Passo 9:	• Implementar o plano de melhorias.
Passo 10:	• Planear a próxima autoavaliação.

Fonte: Adaptado de DGAEP (2007b)

O primeiro passo está diretamente relacionado com a clareza da decisão. O processo de aplicação da CAF começa com a decisão de proceder a uma autoavaliação da organização segundo a estrutura e preceitos do modelo CAF. Esta decisão cabe ao gestor de topo da organização. Esta decisão será preferencialmente tomada de forma partilhada com outras partes interessadas da organização, como é o caso da gestão intermédia. Só depois desta

decisão tomada se designa um líder do projeto, para o arranque, conforme o “Guia de Autoavaliação – 10 Passos para aplicar a CAF”.

2. 4- MODELO CAF – ESTUDOS EMPÍRICOS

Nogueiro e Saraiva (2008) apresentam um exemplo da aplicação da CAF a um Serviço Público Português. A investigação teve por objetivos efetuar o diagnóstico dos Serviços Académicos da Universidade de Évora (SAC) junto dos colaboradores internos e gestores, avaliar os processos desenvolvidos nesse serviço, bem como avaliar o grau de satisfação dos estudantes e dos colaboradores, relacionado com a qualidade dos serviços prestados, extraíndo os pontos fortes, pontos fracos e evidenciar sugestões de melhoria para o serviço em estudo. Os participantes no estudo foram:

- Alunos de licenciatura, a quem foram aplicados questionários de satisfação;
- Colaboradores internos, a quem foram aplicados questionários de diagnóstico e satisfação;
- Gestores dos SAC, a quem foram aplicados questionários de diagnóstico.

As variáveis em estudo obedeceram aos quatro critérios de meios do modelo CAF, designadamente a liderança; planeamento e estratégia; as pessoas; e processos. Para analisar as variáveis em estudo foi adotado um modelo genérico, tendo por objetivo a obtenção de pontos fortes, pontos fracos e ações de melhoria, que permitissem ao serviço conhecer-se melhor. Os resultados obtidos permitiram a este serviço dispor, entre outros, de alguns indicadores para melhorar a imagem, acessibilidade e os produtos e serviços prestados, relacionados com a burocracia dos processos, o número de funcionários a fazerem atendimento, a disponibilização de informação sobre o processo de transição de Curricula para Bolonha, os tempos de espera e de resposta, a divulgação de datas limites importantes e de outras informações, a disponibilização dos horários letivos antes do início do período de inscrição, os horários de abertura e de atendimento, as instalações e mobiliário, com acesso para os deficientes motores, a descentralização do serviço (um gabinete em cada edifício), as respostas eficazes que permitam a diminuição das deslocações dos utentes na resolução de um problema e a divulgação dos serviços que prestam.

Outra referência de sucesso resulta da experiência da Câmara Municipal do Porto, referida no estudo de Alves (2006). Nesse caso ressaltam como fatores de sucesso mais pertinentes, entre outros, o empenhamento do Executivo no sentido de aplicar,

transversalmente, a toda a Autarquia, a autoavaliação através da CAF; a atitude proactiva, em termos de liderança, dos diferentes dirigentes e a vitalidade dos fluxos de informação criados. Os resultados obtidos evidenciaram tratar-se de um processo inovador, participativo e potenciador de mais-valias, quer pessoais, quer organizacionais.

Apresenta-se, no Quadro 2.4 um quadro comparativo de implementação da CAF, resumindo os estudos apresentados.

Quadro 2.4 - Quadro comparativo de implementação da CAF em serviços públicos

AUTORES	SERVIÇO OU LOCAL	METODOLOGIA	RESULTADOS
Nogueiro e Saraiva (2008)	<p>Efetuar o diagnóstico dos Serviços Académicos da Universidade de Évora (SAC) junto dos colaboradores internos e gestores;</p> <p>Avaliar os processos desenvolvidos nesse serviço, o grau de satisfação dos estudantes e dos colaboradores, relacionado com a qualidade dos serviços prestados;</p> <p>Extrair os pontos fortes, pontos fracos e evidenciar sugestões de melhoria para o serviço em estudo.</p>	<p>Implementação da autoavaliação dos serviços utilizando quatro critérios de “meios” da CAF, através de:</p> <p>Aplicação de questionários de satisfação a alunos de licenciatura;</p> <p>Aplicação de questionários de diagnóstico e de satisfação colaboradores internos;</p> <p>Aplicação de questionários de diagnóstico a gestores dos SAC.</p> <p>Análise das variáveis em estudo com o recurso a um modelo genérico.</p>	<p>Identificação de pontos fortes, pontos fracos e ações de melhoria, que permitem ao serviço conhecer-se melhor.</p> <p>Identificação de alguns indicadores para melhorar a imagem, acessibilidade e os produtos e serviços prestados.</p>
Alves (2006)	<p>Efetuar o diagnóstico dos serviços da Câmara Municipal do Porto junto dos colaboradores internos e gestores;</p>	<p>Autoavaliação dos serviços com a CAF;</p> <p>Empenhamento do Executivo no sentido de aplicar, transversalmente, a toda a Autarquia, a autoavaliação através da CAF;</p> <p>Atitude proactiva, em termos de liderança, dos diferentes dirigentes;</p> <p>Vitalidade dos fluxos de informação criados.</p>	<p>Os resultados obtidos evidenciaram tratar-se de um processo inovador, participativo e potenciador de mais-valias, quer pessoais, quer organizacionais.</p>

Fonte: Elaboração Própria

Tendo em conta os objetivos do presente estudo importa também analisar experiências concretas de implementação da CAF em serviços de saúde.

Freyssinet e Bastin (2008), compartilharam, em Paris, na *5ème Conférence sur la Qualité dans les Services Publics en Europe*, a experiência da autoavaliação com a CAF no *Etablissement Français du Sang* (EFS). Este instituto é o único operador da transfusão de sangue, em França, sob a tutela do Ministério da Saúde. Tem por missão, alcançar a auto-suficiência nacional relativamente aos produtos derivados do sangue, e serve cerca de 1.900 unidades de saúde. A escolha da ferramenta CAF surgiu por iniciativa do Presidente da EFS para melhorar o desempenho ao nível dos seus dezassete estabelecimentos regionais. Esperavam obter como resultados, o fortalecimento das práticas coletivas da Equipe de Gestão; a identificação abrangente dos pontos fortes e as áreas de melhoria, por último, desenvolver um programa de melhoramento direcionado e inserido no seu processo normal de planeamento estratégico. Relatam que ao longo do processo de autoavaliação encontraram como benefícios: uma abordagem que reflete as necessidades implícitas dos líderes do EFS, a necessidade de dar um passo para trás para visualizar de fora o seu quotidiano; uma visão sistémica da organização; a primeira oportunidade de pensar, falar e agir em conjunto sobre a liderança do EFS; em síntese, uma preparação necessária para implementação de uma política de desenvolvimento sustentável. Começaram com a aplicação de um questionário de cinquenta questões versando os nove critérios da CAF.

Face aos resultados obtidos, identificam como pontos fortes: um sistema único de gestão do EFS desde 2001, o qual abrange os principais aspetos da gestão (RH, finanças, contabilidade, compra de suprimentos) e permite o controlo ao longo de três anos de evolução orçamental EFS e seu equilíbrio financeiro. Como áreas de vigilância identificaram a necessidade de melhorar ao nível da "manutenção", do "inventário capital " e da " produção de reagentes" nos próximos anos. Assim, identificaram a necessidade de ter uma coordenação de gestão de projetos para fazer as mudanças, totalmente coerente entre módulos, com a vantagem de diminuir ou rentabilizar os custos. A implementação da CAF, na prática, passa por cada unidade hospitalar do distrito executar a autoavaliação anual para que os resultados possam ser usados num processo de planeamento para o ano seguinte. Em cada área de investimento, existe um membro do pessoal treinado que lidera o processo de avaliação. O objetivo principal é identificar os principais pontos fortes em relação às operações de unidades e as áreas mais importantes para a melhoria. As principais áreas de melhoria das diferentes unidades são discutidas em termos do lucro área, onde são priorizados de acordo com os planos estratégicos de toda a organização.

Da Finlândia vem a experiência do Hospital Distrital *Pirkanmaa*. Os resultados obtidos através de processos de autoavaliação, ao nível do cliente, são medidos extensivamente (antes, durante e após o período de atendimento), mostrando as tendências de desenvolvimento positivo. Os resultados de satisfação do cliente, a partir de diferentes serviços e departamentos dentro da organização, são comparados, dado haver forma de comparabilidade. Itens dos principais resultados são usados na avaliação comparativa com os dados nacionais, na área da saúde. Esta informação é utilizada no desenvolvimento do desempenho da organização. Todos os indicadores de qualidade e desempenho, assim como os seus níveis-alvo são incluídos no modelo BSC da área hospitalar. Concluem que o principal resultado do trabalho de qualidade a longo prazo (usando EFQM e a CAF) tem sido a melhoria sistemática das práticas de gestão e liderança. Isto incluiu treinamento de líderes, a sincronização de processos de planeamento anual e avaliação de várias unidades e processos. Ao longo do tempo, os princípios da gestão da qualidade têm sido integrados na gestão de questões de rotina da organização. Uma grande atenção tem sido dedicada ao desenvolvimento de instrumentos de medição e indicadores, bem como a inovação através de novos processos, resultando em maior desempenho. Como maior lição aprendida, referem que o desenvolvimento da qualidade de uma grande organização é um processo passo-a-passo, baseado em autoavaliações anuais, as quais fornecem a informação das ações específicas a implementar, visando a melhoria (Heino, 2006).

Pereira (2008) desenvolveu um estudo, no âmbito da sua Dissertação de Mestrado, que consistiu na caracterização do perfil da qualidade organizacional na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Hospital do SAMS, na perspetiva dos seus profissionais de saúde, e o grau de satisfação dos responsáveis, colaboradores e utentes. Utilizou como abordagem metodológica a aplicação de questionários suportados no modelo CAF, analisando os critérios de meios do referido modelo: Liderança, Planeamento e Estratégia, Pessoas, Parcerias e Recursos e, por último, Processos. Dos resultados obtidos ressaltaram pontos fortes, como uma liderança com base no exemplo, referida pelos responsáveis e colaboradores, reuniões mensais para implementação de estratégia e considerado grau de satisfação pelos três grupos inquiridos, entre outros. Como pontos fracos, a inexistência de formação na área da qualidade, o *benchmarking* não desenvolvido e a missão mal definida, entre outros. Como melhorias propõe a elaboração de um protocolo para definição de parcerias, divulgação da missão, visão e valores, elaboração de plano de formação na área da

qualidade e ainda o envolvimento dos colaboradores e responsáveis no planeamento e estratégia. Estes resultados permitem ao serviço em análise conhecer-se melhor e implementar as propostas de melhoria sugeridas, avançando no sentido da qualidade.

Apresenta-se, no Quadro 2.5 um quadro comparativo de implementação da CAF em serviços públicos de saúde, resumindo os estudos apresentados.

Quadro 2.5 - Quadro comparativo de implementação da CAF em serviços públicos de saúde

AUTORES	SERVIÇO OU LOCAL	RESULTADOS	OBSERVAÇÕES
Freyssinet e Bastin (2008)	<i>Etablissement Français du Sang</i> (EFS) - França	<p>Pontos fortes: Um sistema único de gestão do EFS desde 2001, o qual abrange os principais aspetos da gestão (RH, finanças, contabilidade, compra de suprimentos); Equilíbrio financeiro.</p> <p>Áreas de vigilância: Necessidade de melhorar ao nível da "manutenção", do "inventário capital" e da "produção de reagentes" nos próximos anos; Necessidade de ter uma coordenação de gestão de projetos para fazer as mudanças, totalmente coerente entre módulos, com a vantagem de diminuir ou rentabilizar os custos.</p>	A escolha da ferramenta CAF surgiu por iniciativa do Presidente da EFS para melhorar o desempenho ao nível dos seus dezassete estabelecimentos regionais.
Heino (2006)	Hospital Distrital <i>Pirkanmaa</i> - Finlândia	<p>Melhoria sistemática das práticas de gestão e liderança: Treinamento de líderes; sincronização de processos de planeamento anual e avaliação de várias unidades e processos; integração dos princípios da gestão da qualidade na gestão de questões de rotina da organização; desenvolvimento de instrumentos de medição e indicadores, bem como a inovação através de novos processos, resultando em maior desempenho.</p>	Partilha de boas práticas, após anos de processos de autoavaliação com CAF e EFQM.
Pereira (2008)	Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Hospital do SAMS	<p>Pontos fortes: Liderança com base no exemplo; Bons procedimentos no acolhimento e integração de novos colaboradores; Meios tecnológicos adequados; Colaboradores não resistentes à mudança; Reuniões mensais para implementação de estratégia; Grau de satisfação elevado nos três grupos (responsáveis, colaboradores e utentes); <i>Brainstorming</i>;</p> <p>Pontos fracos: Missão mal conhecida; Não há transformação da visão em objetivos estratégicos e operacionais; Inexistência de formação na área da qualidade; Inexistência de avaliação após implementação de novo processo; <i>Benchmarking</i> não desenvolvido;</p>	Estudo no âmbito de Dissertação de Mestrado, onde foram utilizados apenas os critérios de meios da CAF.

AUTORES	SERVIÇO OU LOCAL	RESULTADOS	OBSERVAÇÕES
		<p>Inexistência de avaliação de expectativas e necessidades futuras dos colaboradores; Não existe envolvimento de todas as partes interessadas; Colaboradores e utentes insatisfeitos com o espaço físico, quanto ao ruído e à temperatura ambiente.</p> <p>Melhorias: Divulgação da missão, visão e valores; Elaboração de um protocolo para definição de parcerias; Envolvimento dos colaboradores e responsáveis no planeamento e estratégia; Elaboração de um plano de ação de formação no âmbito da Qualidade.</p>	

Fonte: Elaboração Própria

A DGAEP apresenta um estudo realizado em finais de 2006 e início de 2007, sobre a aplicação da CAF em Portugal. O Quadro 2.6 apresenta alguns dos dados apurados.

Quadro 2.6 - Estudo sobre a CAF em Portugal realizado pela DGAEP

TÓPICOS	DADOS
Amplitude de aplicação da CAF no universo da Administração Pública	De um total de sessenta organizações (60), de que a DGAEP teve conhecimento que aplicaram a CAF, trinta e nove (39) dizem respeito à Administração Central, o que corresponde a 65,0% do total das organizações que aplicaram a CAF. Dentro da Administração Central, sobressaem os Institutos Públicos com 28,3%, seguido das Secretarias Gerais, com 16,7%.
Abrangência de aplicação da CAF	Do conjunto de 60 serviços e organismos mencionados, foram recebidos 57 questionários, pelo que o estudo incide sobre este universo. Do conjunto de organizações em análise (57), 23 aplicaram a CAF em toda a organização, representando 40% do total. Os restantes 34 (60%), respeitam a organizações que optaram por uma aplicação da CAF em parte da organização (adiante referida como sectorial). A principal razão, apontada pelos serviços, para a última opção, tem a ver com a necessidade de realizar um projeto-piloto para aprendizagem, mencionada por 52,5% dos serviços.
Repetição da autoavaliação	A grande maioria das organizações utilizou a CAF uma vez (52 dos casos). A repetição da autoavaliação, pela segunda vez, verificou-se em 4 serviços e foi aplicada pela terceira vez em apenas uma (1) organização.
Razões para aplicação da CAF	A necessidade de sensibilizar os colaboradores para as questões da Qualidade é mencionada como sendo uma das principais razões que impulsionou a aplicação da CAF (em 32,7%).

TÓPICOS	DADOS
Principais obstáculos/dificuldades inerentes ao processo	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade em identificar o âmbito dos critérios". • Insuficientes conhecimentos sobre a temática da Qualidade. • Dificil conjugação/conciliação das diferentes perspetivas". • Dificuldades em encontrar evidências".
Principais benefícios com a aplicação da CAF	<p>A aquisição ou desenvolvimento da consciência de que o conjunto de esforços e a partilha de informação são importantes no envolvimento com a organização.</p> <p>Sistematização e registo das ações realizadas e/ou planeadas.</p> <p>Uma clara identificação dos pontos fortes e das oportunidades de melhoria.</p> <p>Consciência de que existem necessidades, para as quais as boas práticas, indicadas pela CAF, dão resposta.</p>
Plano de melhorias e sua implementação	<p>Foi elaborado um Plano de Melhorias, na maior parte dos casos (41), de um total de 49 processos de AA, em análise neste item (8 não responderam).</p> <p>A maior incidência das melhorias (76,3%) recaiu sobre ações e processos.</p> <p>Em 35,1% dos casos não foram implementadas ações de melhoria. As principais razões para tal estão relacionadas com outras prioridades.</p>
O que se deseja mudar no futuro	<ul style="list-style-type: none"> • Melhor preparação da equipa; • Melhor seleção dos elementos da equipa; • Mais tempo para o processo.

Fonte: Adaptado de DGAEP , (2007)

A breve revisão da literatura apresentada teve por objetivo orientar a investigação numa direção definida e ligar o tema do estudo ao estado atual de conhecimentos. Segue-se a etapa seguinte, de definição e justificação dos procedimentos associados à metodologia do estudo.

CAPÍTULO 3 - OPÇÕES METODOLÓGICAS

A revisão da literatura realizada teve por finalidade evidenciar o estado actual dos conhecimentos, conduzindo ao quadro de referência em que assenta o presente estudo. Segue-se, então, a fase metodológica. Fortin (2009) apresenta como etapas desta fase, a escolha de um desenho de investigação, a definição da população e da amostra, os princípios de medida e a descrição dos métodos de colheita e análise de dados.

3. 1- DESENHO DE INVESTIGAÇÃO

O desenho de investigação surge como um guião para o investigador na planificação e na realização do seu estudo, de modo a atingir os objetivos. O desenho indica que tipo de estudo será utilizado e como se implementam os seus elementos constituintes. Fortin (2009) refere três desenhos de investigação, o descritivo, o explicativo e o preditivo-causal, apresentados no Quadro 3.1.

Quadro 3.1 – Formas de desenho de investigação

DESENHOS			
Descritivo	Explicativo		Preditivo-causal
Descrever fenómenos, conceitos e características	Estabelecer relações de associação		Verificar relações de causalidade
Descritivo Qualitativo / quantitativo	Descritivo correlacional	Correlacional preditivo	Experimental Quase experimental

Fonte: Adaptado de Fortin (2009)

A partir de Fortin (2009) poder-se-á classificar o presente estudo como base num desenho descritivo, o qual visa compreender fenómenos vividos por pessoas, neste caso profissionais de saúde de cuidados de saúde primários, de uma determinada área geodemográfica, aumentando o conhecimento que se tem sobre os referidos profissionais, permitindo o estabelecimento de relações entre as variáveis e a gestão da qualidade e ainda a possibilidade de apresentar propostas de melhoria para a organização em estudo.

Como já foi referido, pretendeu-se, com este estudo, analisar a aplicabilidade da CAF, como ferramenta de autoavaliação dos serviços públicos, nos Cuidados de Saúde Primários, nomeadamente junto dos colaboradores internos de Centros de Saúde da Região Alentejo.

Pretendeu-se assim como objetivos específicos:

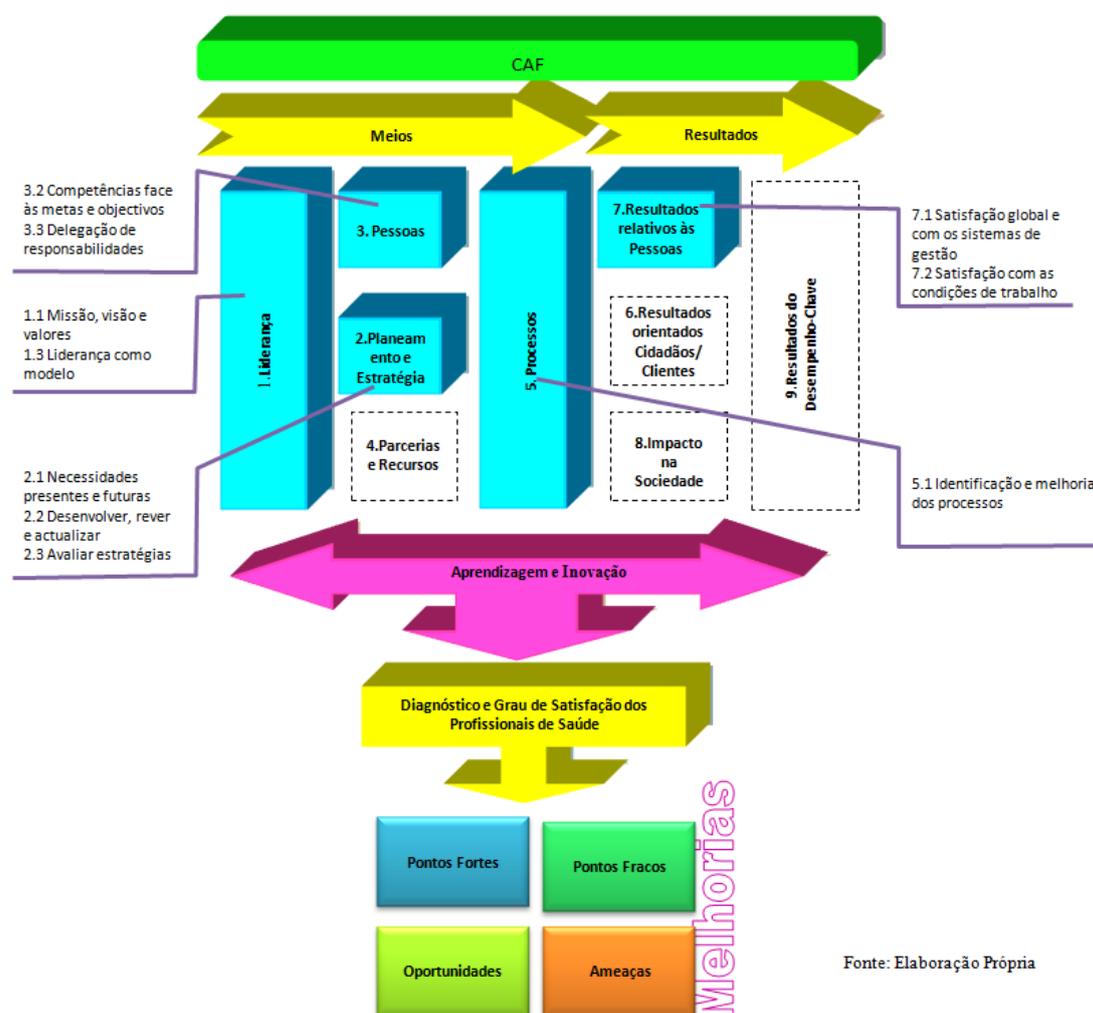
- Analisar o modelo CAF.
- Adaptar os instrumentos da CAF à avaliação dos serviços públicos em estudo.
- Realizar o diagnóstico do serviço público de saúde em estudo, identificando pontos fortes e fracos.
- Apresentar propostas de melhoria contínua e de desenvolvimento organizacional para o serviço em análise.

Na perspectiva de Quivy e Campenhoudt (2008) o propósito desta investigação foi um estudo exploratório, com um horizonte transversal. As estratégias metodológicas derivaram do paradigma de investigação pelo qual se optou, neste caso o paradigma interpretativista.

Dada a necessidade de uma postura interpretativa da informação e dos fenómenos, surge como procedimento a metodologia qualitativa. Segundo Almeida e Freire (1997) os métodos qualitativos têm, entre outros, os princípios de primazia da experiência subjetiva como fonte do conhecimento; o estudo dos fenómenos a partir da perspectiva do outro ou respeitando os seus marcos de referência; e o interesse de se conhecer a forma como as pessoas experienciam e interpretam o mundo social, que também acabam por construir interactivamente. Neste quadro torna-se difícil antever a defesa e a aplicação dos princípios de objetividade e validade.

A partir da revisão da literatura realizada foi possível elaborar um quadro de referência para orientar a investigação, conduzindo à formulação do modelo conceptual que se apresenta no desenho apresentado na Figura 3.1. Ao conjunto de conceitos e proposições gerais que se articulam enunciando relações com a finalidade de descrever ou caracterizar fenómenos, Fortin (2009) denomina “modelo conceptual”.

Figura 3.1 – Desenho do Modelo Conceptual baseado na CAF



3. 2- CONTEXTO – CARACTERIZAÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE / UNIDADES FUNCIONAIS DA REGIÃO ALENTEJO

O campo de análise da aplicação do estudo foram as Unidades Funcionais dos Centros de Saúde do universo de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) da Região Alentejo, os quais são serviços públicos prestadores de cuidados de saúde, na abrangência da Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARSA).

A escolha da Região Alentejo resultou do facto da investigadora exercer funções como profissional de saúde nessa Região, há dezassete anos.

Apresenta-se uma breve descrição da ARSA. Esta organização é uma pessoa coletiva de direito público, integrada na administração indireta do Estado, dotada de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial. Trata-se de um serviço

desconcentrado do Ministério da Saúde, cujo âmbito de ação é a região Alentejo, que visa coordenar as ofertas e otimizar os recursos disponíveis para prestar os cuidados de saúde necessários à comunidade que serve.

Com a entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 222/2007, de 29 de maio, a área de intervenção da ARSA passou a abranger, conforme o art.º 19º, as unidades territoriais indicadas no mapa para o nível II das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS) previsto no Decreto-Lei n.º 317/99, de 11 de agosto, nomeadamente os distritos de Portalegre, Évora, Beja e os concelhos do Alentejo Litoral (Alcácer do Sal, Grândola, Santiago do Cacém e Sines) pertencentes ao distrito de Setúbal, o que corresponde a uma área total de cerca de 27. 225, 53 Km², cerca de um terço do território.

A Missão da ARSA consiste em garantir, à população da respetiva área geográfica de intervenção, o acesso à prestação de cuidados de saúde de qualidade, adequando os recursos disponíveis às necessidades em saúde e cumprir e fazer cumprir o Plano Nacional de Saúde na sua área de intervenção.

A sua Visão é ter, no Alentejo, utentes melhor servidos e satisfeitos.

Os seus Valores são dedicação e empenhamento, coerência e verticalidade, transparência e alinhamento para objetivos comuns.

Por último, os Vetores Estratégicos são potenciar o capital humano e tecnológico; eficiência produtiva e eficácia orçamental; inovação e impacto na sociedade; fortalecer parcerias e liderar iniciativas.

Da análise documental realizada aos Instrumentos de Gestão (Administração Regional de Saúde do Alentejo, 2010), a atividade da ARSA assenta numa gestão por objetivos que se encontra enquadrada em vários instrumentos de gestão complementares e de periodicidade anual.

O Quadro de Avaliação e Responsabilização (QUAR) é um instrumento de suporte à avaliação, onde estão evidenciados os objetivos, indicadores, resultados, meios disponíveis, bem como o desempenho dos vários serviços.

O estado atual da ARSA, em matéria de gestão da qualidade, está no cumprimento do sistema de avaliação dos serviços públicos – Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública (SIADAP). Neste âmbito são consultáveis, entre outros documentos, os QUAR, os Planos de Atividades e os Relatórios de Atividades desde 2008, assim como a Análise Crítica da Autoavaliação 2008 - “Parecer emitido pelo Alto

Comissariado com Análise Crítica da Autoavaliação da ARS Alentejo” (Administração Regional de Saúde do Alentejo, 2010).

Numa breve análise do “Parecer emitido pelo Alto Comissariado com Análise Crítica da Autoavaliação da ARS Alentejo”, salienta-se a preocupação com a realização dos objetivos operacionais, onde aparece, em primeiro lugar, a preocupação em melhorar a satisfação dos utentes; seguindo-se a reorganização dos serviços e melhorar níveis de coordenação; desenvolver políticas de gestão da informação; e, por último, aumentar a motivação e gestão participada dos colaboradores da ARSA, apesar dos constrangimentos.

A Região Alentejo é composta por seis Agrupamentos de Centros de Saúde, nomeadamente o ACES Alentejo Central 1 e o ACES Alentejo Central 2 para o distrito de Évora; o ACES Alentejo Litoral para os concelhos do Alentejo Litoral; o ACES Baixo Alentejo, para o distrito de Beja e, para o distrito de Portalegre, o ACES Caia e o ACES S. Mamede.

Cada ACES da Região Alentejo agrupa determinados Centros de Saúde, os quais se desdobram em unidades funcionais. Por princípio, a atividade assistencial nas unidades funcionais é acordada através da definição de uma carteira básica de serviços que se traduz na definição de indicadores de desempenho. Os indicadores têm como base a população residente ou os utentes inscritos, e podem referir-se a processos, coordenação de cuidados de saúde (entre prestadores do mesmo ou diferentes níveis de cuidados), resultados ou qualidade de registos. Este processo de contratualização inicia-se com a definição das prioridades assistenciais pelo Conselho Diretivo das ARSA. Face à definição das prioridades assistenciais, cada ACES desenvolve um processo de contratualização interna com as diferentes unidades funcionais desse ACES, processo esse que se pretende ser o mais participado possível.

Considerando que é muito difícil incluir todos os membros da população no estudo, partiu-se para uma fração dessa população. Sendo a população alvo todos os profissionais de saúde dos vários serviços públicos onde se prestam cuidados de saúde primários, na região Alentejo, constituída por seis Agrupamentos de Centros de Saúde, a amostra foi um dos ACES dessa região. A escolha desse ACES foi feita de forma aleatória, com recurso a uma tabela de números aleatórios. Ainda, dentro do ACES selecionado, só os profissionais das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) foram convidados a responder ao questionário. Significa que foi utilizada a técnica de amostragem probabilística em cachos ou em feixes, conforme definida por Fortin (2009).

Não é feita a identificação específica do ACES, como garantia da confidencialidade dos serviços e dos profissionais, respeitando a solicitação da gestão da organização de manter esse ACES anónimo. Ainda, no ACES onde se desenvolveu o estudo, foi respeitado o direito de cada pessoa da decisão de participação na investigação.

3. 3- MÉTODOS E TÉCNICAS

A escolha dos métodos de colheita de dados depende diretamente das variáveis em estudo e do seu modo de operacionalização. As variáveis são as unidades de base da investigação, podendo ser qualidades, propriedades ou características às quais se atribuem valores (Fortin, 2009).

Foi selecionada uma parte da ferramenta CAF e não o seu todo. Assim, as variáveis em estudo foram alguns dos subcritérios de quatro critérios de meios e um subcritério de um critério de resultados do referido modelo, apresentados no Quadro 3.2, designadamente, liderança, planeamento e estratégia, pessoas, processos e, por último, um critério de resultados “resultados relativos às pessoas” (DGAEP, 2007a).

Quadro 3.2 - Variáveis de investigação

VARIÁVEIS: CRITÉRIOS E SUBCRITÉRIOS	DEFINIÇÃO
<p>Critério1 - “liderança”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Subcritério 1.1.Dar uma orientação à organização, desenvolvendo a visão, missão e valores; • Subcritério 1.3.Motivar e apoiar as pessoas da organização e servir de modelo; 	<p>Diagnosticar e avaliar como os dirigentes desenvolvem ações e comportamentos na implementação do sistema de gestão da organização.</p>
<p>Critério 2 - “planeamento e estratégia”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Subcritério 2.1.Obter informação relacionada com as necessidades presentes e futuras das partes interessadas; • Subcritério 2.2.Desenvolver, rever e atualizar o planeamento e a estratégia tendo em conta as necessidades das partes interessadas e dos recursos disponíveis; • Subcritério 2.3.Implementar o planeamento e a estratégia em toda a organização; 	<p>Identificar como a organização implementa a sua missão e visão, determinando se a sua estratégia é suportada em políticas, planos, objetivos e processos adequados.</p>
<p>Critério 3 - “pessoas”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Subcritério 3.2.Identificar, desenvolver e usar as competências das pessoas, articulando os objetivos individuais e organizacionais; • Subcritério 3.3.Envolver as pessoas através do diálogo e da delegação de responsabilidades. 	<p>Averiguar como a organização gere e desenvolve o potencial dos seus colaboradores, permitindo também avaliar o grau de satisfação dos mesmos.</p>
<p>Critério 5 - “processos”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Subcritério 5.1. Identificar, conceber, gerir e melhorar os processos de forma sistemática; 	<p>Determinar e avaliar como a organização concebe, gere e melhora os seus processos.</p>

VARIÁVEIS: CRITÉRIOS E SUBCRITÉRIOS	DEFINIÇÃO
Critério 7 - “resultados relativos às pessoas” <ul style="list-style-type: none"> Subcritério 7.1. Resultados das medições da satisfação e motivação das pessoas; 	Apurar os resultados que a organização atinge relativamente à competência, motivação, satisfação e desempenho das pessoas.

Fonte Adaptado de DGAEP (2007a)

O Instrumento para recolha da informação, que se encontra no Apêndice I, foi a aplicação de um questionário estruturado, sob a forma de inquérito de opinião. Tal questionário procurou respeitar as especificidades inerentes a serviços públicos onde se prestam cuidados de saúde, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários. A sua elaboração teve por base a revisão bibliográfica e o modelo CAF, sofrendo as adaptações adequadas ao contexto dos Cuidados de Saúde Primários.

Com base nos objetivos do estudo e tendo em conta as variáveis definidas, foi elaborada a seguinte matriz, onde se acrescentou uma questão introdutória para motivação do respondente, apresentada no Quadro 3.3.

Quadro 3.3 – Matriz do Questionário de Diagnóstico e Satisfação para Profissionais de Saúde

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	QUESTÕES	OBJECTIVOS
Dimensões da Qualidade em Saúde		<ul style="list-style-type: none"> Na sua opinião, a Qualidade em Saúde está relacionada com: <ul style="list-style-type: none"> A prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível de profissionalismo ótimo Os recursos disponíveis A adesão e satisfação dos utentes A satisfação dos profissionais de saúde Outro... 	(Motivação do Respondente) Identificar a forma como a população de respondentes se posiciona relativamente às dimensões da Qualidade em Saúde
Liderança (Critério1)	Missão, visão e valores (Subcritério 1.1)	<ul style="list-style-type: none"> A Missão é a razão de ser de uma organização. A Missão da organização a que pertence é: <ul style="list-style-type: none"> Garantir o acesso à prestação de cuidados de saúde de qualidade e em tempo útil Prestação de cuidados de saúde integrados Adequar os recursos disponíveis às necessidades em saúde Cumprir o Plano Nacional de Saúde Melhorar o estado de saúde da população, visando ganhos em saúde Cooperação institucional Outra. A Visão de uma organização é como “uma fotografia do futuro”, ou seja, aquilo que a organização pretende fazer e alcançar a médio e a longo prazo. A Visão da organização a que pertence é: <ul style="list-style-type: none"> Ter utentes melhor servidos e satisfeitos 	Mostrar o que a liderança faz para dar uma orientação à organização, desenvolvendo e comunicando a Visão, Missão e Valores.

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	QUESTÕES	OBJECTIVOS
		<ul style="list-style-type: none"> ○ Ter utentes que se sintam cuidados e respeitados ○ Equidade e solidariedade ○ Proximidade e envolvimento dos profissionais ▪ Enumere alguns valores da organização a que pertence: <ul style="list-style-type: none"> ○ Potenciar o capital humano e tecnológico ○ Eficiência produtiva e eficácia orçamental ○ Globalidade de cuidados ○ Qualidade ○ Garantia de acessibilidade ○ Dedicção e empenho, coerência e verticalidade, transparência e alinhamento para objetivos comuns 	
	Liderança como modelo (Subcritério 1.3)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indique a sua opinião sobre a Liderança na Unidade / Centro de Saúde a que pertence, relativamente a: (Discordo totalmente...concordo totalmente; Não sei / não respondo) <ul style="list-style-type: none"> ○ Lidera através do exemplo ○ Demonstra empenho no processo de mudança ○ Aceita sugestões de melhoria ○ Delega competências e responsabilidades ○ Promove ações de formação ○ Reconhece e premeia os esforços individuais e das equipas ○ Adequa o tratamento dado às pessoas, às necessidades e situações em causa ○ Partilha informação relevante com os colaboradores / profissionais de saúde 	Evidenciar o que a liderança faz para motivar e apoiar as pessoas e servir de modelo, promovendo uma cultura de inovação e melhoria.
Planeamento e Estratégia	Necessidades presentes e futuras	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Os inquéritos realizados aos profissionais com a finalidade de conhecer as suas necessidades e expectativas, são respondidos com periodicidade anual; entre 1 a 3 anos; superior a 3 anos; Não sei/não respondo; Outro...). 	Justificar o que a liderança faz para obter informação relacionada com as necessidades presentes e futuras das partes interessadas.
	Desenvolver, rever e atualizar (Subcritério 2.2)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Na elaboração do Plano de Atividades Anual da Unidade / Centro de Saúde a que pertence, no último ano (Discordo totalmente...concordo totalmente; Não sei / não respondo): <ul style="list-style-type: none"> ○ Houve a participação de representantes dos diferentes grupos profissionais; ○ Foram ouvidas e tomadas em consideração as opiniões dos profissionais 	Verificar o que a liderança faz para desenvolver, rever e atualizar o planeamento e a estratégia, tendo em conta as necessidades das pessoas e os recursos disponíveis.
	Avaliar estratégias (Subcritério 2.3)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que estratégias foram utilizadas para divulgar o conteúdo dos Planos de Ação nas Unidade / Centro de Saúde, no último ano: <ul style="list-style-type: none"> ○ Reuniões de serviço ○ Circulares internas ○ Painel de divulgação ○ Distribuição de exemplares do Plano de Ação ○ Correio eletrónico / intranet ○ Não sei / não respondo ○ Outro... 	Salientar o que a liderança faz para implementar o planeamento e a estratégia.

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	QUESTÕES	OBJECTIVOS
Pessoas (Critério 3)	Competências face às metas e objetivos (Subcritério 3.2)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quando iniciou funções na Unidade / Centro de Saúde, como foi feita a integração? (manual de acolhimento; estágio de integração; formação; tutoria; Não sei / não respondo; outro...) ▪ Quais as iniciativas levadas a cabo para desenvolver as suas aptidões e novas competências, nos últimos 12 meses? (formação interna; formação externa; mecanismos de partilha dos conhecimentos e de experiências obtidas em ações de formação; apoio de especialistas na área da Qualidade; formação de equipas de trabalho em Qualidade; existência de um orçamento para a gestão da Qualidade na Unidade; feedback a todos os profissionais sobre os resultados alcançados; não sei / não respondo; outro...) 	Provar o que a liderança faz para identificar, desenvolver e usar as competências das pessoas, articulando com os objetivos individuais e organizacionais.
	Delegação de Responsabilidades (Subcritério 3.3)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Considera que tem autonomia necessária para desempenhar as suas funções? (raramente... muitas vezes) ○ Considera que existem os seguintes mecanismos na Unidade / Centro de Saúde (Discordo totalmente... concordo totalmente; Não sei / não respondo) <ul style="list-style-type: none"> ○ Negociação com os colaboradores sobre os objetivos da Unidade / Centro de Saúde ○ Sistemas de sugestões ou de participação para recolha de contributos para os processos de melhoria ○ Grupos de Qualidade / grupos de trabalho para a identificação de problemas e desenvolvimento de soluções ○ Participação ativa dos colaboradores através de instrumentos de comunicação interna, como reuniões ○ Envolvimento dos colaboradores na identificação e implementação dos processos de melhoria 	Demonstrar o que a liderança faz para envolver as pessoas através do diálogo e da delegação de responsabilidades.
Processos (Critério 5)	Identificação e melhoria dos Processos (Subcritério 5.1)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nos últimos 3 meses, participou em reuniões com os seus responsáveis e colegas com o objetivo de: <ul style="list-style-type: none"> ○ Discutir questões clínicas ou organizacionais ○ Encontrar novos métodos de trabalho para ultrapassar problemas identificados ○ Programar atividades de melhoria da qualidade ○ Fornecer ou receber feedback sobre o trabalho realizado ○ Avaliar e debater com os profissionais o trabalho realizado ○ Não sei / não respondo ○ Outro... ▪ Se lhe pedissem para, a partir de amanhã, desenvolver a sua atividade através de novos métodos, como novas aplicações informáticas, qual seria a sua reação? (Nada favorável; pouco favorável; favorável; muito favorável) ▪ Para aderir a um projeto de mudança que vise a Qualidade do serviço prestado, considera que: <ul style="list-style-type: none"> ○ Necessita de formação em tecnologias de informação e comunicação ○ Necessita de ações de sensibilização para a Qualidade 	Comprovar como os responsáveis de serviço identificam, concebem, gerem e melhoram os processos.

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	QUESTÕES	OBJECTIVOS
		<ul style="list-style-type: none"> ○ Necessita aumentar as competências e os conhecimentos específicos ○ Já possui as competências e os conhecimentos necessários ○ Não sei /não respondo ○ Outro... <ul style="list-style-type: none"> ▪ Por favor, use o espaço seguinte para manifestar a sua opinião, relativamente às mudanças que operava na sua na Unidade / Centro de Saúde, visando a Qualidade. 	
Resultados relativos às Pessoas (Critério 7)	Satisfação global e com os sistemas de gestão (Subcritério 7.1)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indique o seu grau de satisfação relativamente à Unidade / Centro de Saúde a que pertence, no que respeita a (Muito insatisfeito;... muito satisfeito; Não sei / não respondo): <ul style="list-style-type: none"> ○ Imagem perante a comunidade ○ Desempenho global ○ Relacionamento com os utentes, famílias e comunidade ○ Nível de envolvimento dos profissionais na organização ○ Envolvimento dos profissionais nos processos de tomada de decisão ○ Mecanismos de consulta e diálogo nas equipas ○ Forma como são recompensados os esforços individuais ○ Forma como são recompensados os esforços do grupo / equipa ○ Postura da organização face à mudança e à inovação 	Enunciar os resultados que a organização atingiu relativos à satisfação global dos colaboradores e à satisfação com os sistemas de gestão.
	Satisfação com as Condições de trabalho (Subcritério 7.1)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indique o seu grau de satisfação relativamente às condições de trabalho na Unidade / Centro de Saúde a que pertence, no que respeita a (Muito insatisfeito;... muito satisfeito; Não sei / não respondo): <ul style="list-style-type: none"> ○ Limpeza e higiene ○ Conforto e comodidade ○ Espaço físico ○ Condições de segurança e proteção contra roubos ○ Serviços de refeitório e bar ○ Equipamentos informáticos disponíveis ○ Equipamentos de uso clínico disponíveis ○ Ambiente de trabalho ○ Recursos humanos ○ Possibilidade de conciliar o trabalho com a vida familiar e assuntos pessoais 	Identificar os resultados que a organização atingiu relativos à satisfação dos colaboradores com as condições de trabalho.
Sugestões		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Por favor use o espaço que se segue para exprimir algum comentário ou sugestão para melhorar os cuidados/serviços prestados. 	Obter comentários e sugestões de melhoria da prestação de cuidados/serviços, com o objetivo de as evidenciar, se úteis e exequíveis, para a melhoria contínua.

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	QUESTÕES	OBJECTIVOS
Caracterização do respondente	Caracterização Pessoal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sexo ▪ Idade 	Caracterizar a população de respondentes relativamente ao género e à idade, de forma a averiguar se estas características influenciam a opinião sobre o seu grau de satisfação.
	Caracterização Profissional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grupo profissional ▪ Tempo de experiência profissional 	Descrever a população de respondentes relativamente a aspetos profissionais, de forma a averiguar se estas características influenciam a opinião sobre o seu grau de satisfação.

Fonte: Elaboração própria

3. 4- METODOLOGIA DE RECOLHA DE DADOS - QUESTIONÁRIOS

O questionário apresentou questões fechadas, mistas e/ou abertas, pelo que se exigiu uma abordagem mista de métodos qualitativos e quantitativos. A metodologia de análise de dados previu a utilização de técnicas de estatística descritiva e análise de eventuais correlações entre as variáveis em estudo, com recurso a meios informáticos, nomeadamente os Softwares Estatísticos SPSS e Excel.

CAPÍTULO 4 - RESULTADOS

Concluída a fase metodológica seguiu-se a passagem à aplicação dos questionários para colheita de dados. Para tal foi necessária a prévia autorização junto das instâncias envolvidas.

Procurou-se a constância na colheita de dados, pelo que se seguiram as mesmas estratégias para todas as Unidades Funcionais envolvidas no ACES em estudo. Foram contactados os Coordenadores (Médico) de cada Unidade para dar conhecimento da autorização superior para a implementação do estudo e feito o pedido de colaboração para participar e, simultaneamente, foi solicitada a colaboração do Enfermeiro Responsável da Unidade para distribuir e recolher os questionários pelos profissionais dos vários grupos profissionais, dessa unidade.

A análise descritiva dos dados visa descrever as características da amostra e responder às questões de investigação. Com recurso ao SPSS, realizou-se uma análise descritiva de cada variável. Uma análise mais pormenorizada pode ser consultada no Apêndice II.

Na sequência dessa análise, bem como da análise do cruzamento das variáveis em estudo com aspetos da caracterização dos respondentes, analisou-se a eventual relação entre as variáveis e o grupo profissional dos respondentes, com recurso ao teste de independência do Qui-Quadrado, com o *Pearson Chi-Square Test*. Uma análise mais pormenorizada pode ser consultada no Apêndice III.

O Qui-Quadrado permite analisar se duas variáveis estão relacionadas. As hipóteses dos testes de independência são:

- H_0 : (hipótese nula) = As variáveis são independentes;
- H_a : (hipótese alternativa) = Existe relação entre as variáveis (Pereira, 2008).

Utilizou-se o *Pearson Chi-Square Test* entre as variáveis em estudo, no âmbito do diagnóstico e satisfação dos profissionais de saúde e os grupos profissionais de respondentes, com o objetivo de identificar as eventuais relações.

Não foram efetuados testes à normalidade uma vez que a aplicação do modelo CAF não pressupõe análises mais complexas.

Neste estudo, pretendeu-se definir segmentos de profissionais, agrupados com características de grau de satisfação (Subcritério 7.1) o mais semelhantes possível, com recurso à análise de clusters. Uma análise mais pormenorizada acerca destes procedimentos pode ser consultada no Apêndice IV.

Os métodos de análise de clusters são procedimentos de estatística multivariada que tentam organizar um conjunto de entidades, neste caso os respondentes dos vários grupos profissionais, para o qual é conhecida informação detalhada, em grupos relativamente homogêneos (Pestana e Gageiro, 2008).

4.1- CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

A população a que se reporta o estudo é constituída por profissionais de saúde, nomeadamente, médicos, enfermeiros, técnicos superiores de saúde, técnicos de diagnóstico e terapêutica (ambos os técnicos ainda em número muito reduzido nos serviços de saúde em questão), assistentes administrativos e assistentes operacionais, a exercerem funções em Unidades Funcionais dos Agrupamentos de Centros de Saúde da Região Alentejo, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários.

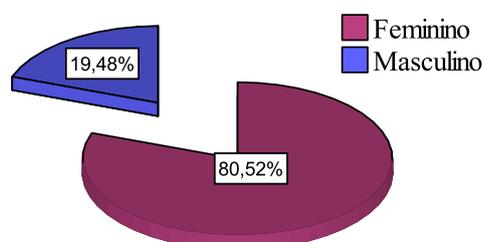
Fortin (2009) apresenta como elementos a considerar na apresentação dos resultados a definição clara das características da amostra e as relações entre variáveis ou destacar as similaridades entre os grupos.

Neste ponto são apresentados os resultados obtidos quanto à caracterização pessoal dos respondentes, nomeadamente no que respeita ao sexo, idade, e a caracterização profissional, ou seja, grupo profissional e tempo de experiência profissional.

Caracterização pessoal:

Dos 77 respondentes, 62 (80,5%) são do sexo feminino e os restantes 15 (19,5%) são do sexo masculino, como mostra o Gráfico 4.1. Esta parece ser uma tendência habitual nas profissões ligadas à saúde, onde predomina o sexo feminino.

Gráfico 4.1 – Sexo

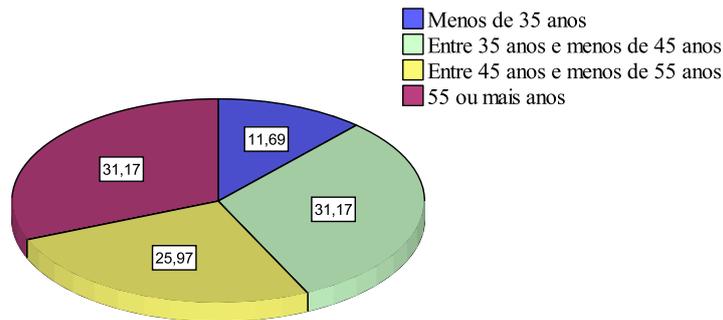


Fonte: Elaboração própria (SPSS – Versão 18.0)

A idade dos respondentes foi solicitada em escala de intervalo, em quatro grupos etários, o que lhe retira a precisão mas teve a vantagem de permitir uma maior adesão de

respostas talvez pela sensação de um maior anonimato. A análise dos resultados mostra que os grupos que detêm maior percentagem são os grupos “entre 35 e menos de 45 anos” e “55 ou mais anos” (classes modais), ambas com 31,2%. Apenas 11,7% dos indivíduos apresentam “menos de 35 anos”, o que indica tratar-se de uma população menos jovem, como mostra o Gráfico 4.2.

Gráfico 4.2 – Idade

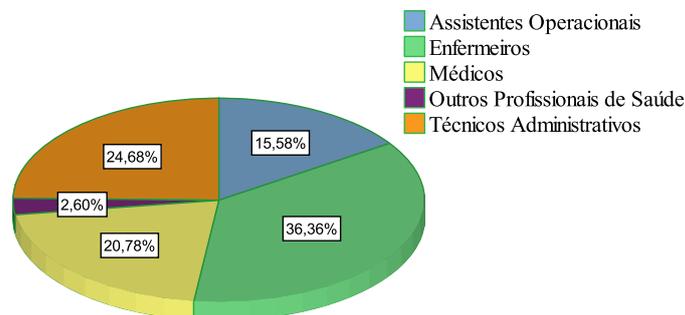


Fonte: Elaboração própria (SPSS – Versão 18.0)

Caracterização profissional:

Os respondentes repartem-se pelos grupos profissionais de enfermeiros (36,4%), técnicos administrativos (24,7%), médicos (20,8%), assistentes operacionais (15,6%) e outros profissionais de saúde (2,65), estes últimos podendo ser técnicos superiores de saúde ou técnicos de diagnóstico e terapêutica, como mostra o Gráfico 4.3. Considera-se existir representatividade das proporções dos grupos profissionais face à população em estudo, o que se revelou muito positivo.

Gráfico 4.3 - Grupo profissional

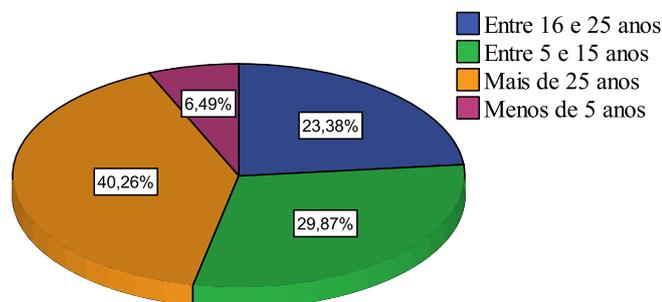


Fonte: Elaboração própria (SPSS – Versão 18.0)

Quanto ao tempo de experiência profissional, em anos completos, mais uma vez foi solicitado em escala de intervalo, em quatro grupos temporais, o que lhe retira a precisão mas teve a vantagem de permitir uma maior adesão de respostas. Verifica-se que a

maioria dos profissionais (63,7%) tem mais de 16 anos de serviço. Apenas 6,5% dos profissionais têm “menos de 5 anos”, como mostra o Gráfico 4.4.

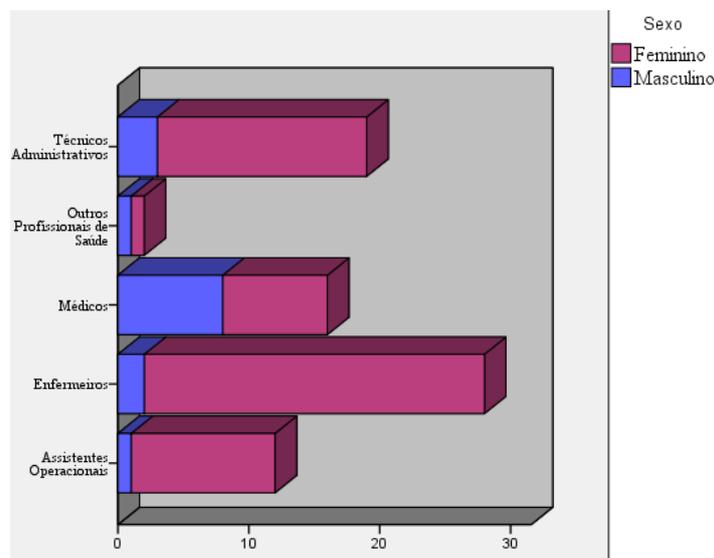
Gráfico 4.4 - Tempo de experiência profissional, em anos completos



Fonte: Elaboração própria (SPSS – Versão 18.0)

Os respondentes do sexo masculino e feminino distribuem-se desigualmente pelos grupos profissionais, excepto nos grupos dos “médicos” e dos “outros profissionais de saúde”, onde ocorrem em proporções iguais, como mostra o Gráfico 4.5.

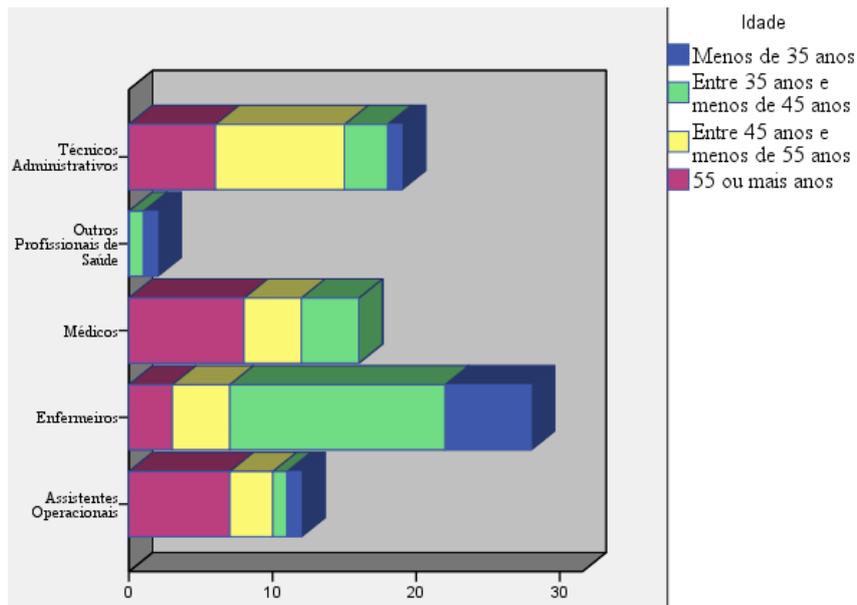
Gráfico 4.5 – Sexo e Grupo Profissional



Fonte: Elaboração própria (SPSS – Versão 18.0)

Da mesma forma, a idade dos indivíduos tem distribuição desigual pelos grupos profissionais. A maioria dos médicos (50,0%) e dos assistentes operacionais (58,3%) tem “55 ou mais anos”, a maioria dos enfermeiros (53,6%) tem “entre 35 e menos de 45 anos” e a maior percentagem dos técnicos administrativos (47,4%) tem “entre 45 e menos de 55 anos”, como mostra o Gráfico 4.6.

Gráfico 4.6 - Grupo profissional * Idade



Fonte: Elaboração própria (SPSS – Versão 18.0)

Em síntese, participaram neste estudo 77 profissionais de saúde. São maioritariamente do sexo feminino, na sua maioria (57,2%) com idades superiores a 45 anos, com representatividade dos grupos profissionais de médicos (20,8%), enfermeiros (36,4%), técnicos administrativos (24,7%), assistentes operacionais (15,6%) e outros profissionais de saúde (2,6%) de Unidades de Cuidados de Saúde Primários (Centros de Saúde) da Região Alentejo. A maioria dos profissionais (63,7%) tem mais de 16 anos de serviço.

4. 2- DIMENSÕES DA QUALIDADE EM SAÚDE

A Qualidade em Saúde pode ser definida como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional óptimo, que tenham em conta os recursos disponíveis e obtenham a adesão e satisfação do cidadão. Tem diferentes dimensões, como efectividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, cuidados centrados no doente, continuidade e respeito mútuo (Alto Comissariado da Saúde - Gabinete Técnico do PNS 2011-2016, 2011).

Considerou-se importante introduzir uma questão inicial para motivar os respondentes e identificar a forma como se posicionam relativamente às dimensões da Qualidade em Saúde.

Relativamente à opinião dos diferentes grupos profissionais acerca das dimensões da Qualidade em Saúde, dos 77 respondentes apenas um indivíduo (médico) não respondeu. “A prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional óptimo”

aparece isolada com a maior percentagem de respostas em todos os grupos profissionais, parecendo consensual que as dimensões da equidade e da acessibilidade são as mais importantes. Segue-se “A adesão e satisfação dos utentes”, ou seja a dimensão da satisfação dos utentes aparece em segundo lugar e, por último, ”A satisfação dos profissionais de saúde”, com maior percentagem para o grupo dos enfermeiros e “Os recursos disponíveis” para os assistentes operacionais (ver Apêndice II – Tabela de Frequências 7 e Tabela de Frequências 8).

De acordo com a Tabela 4.1 e assumindo um $\alpha=0,05$ (significância de 5%) há relação entre a opinião das dimensões da Qualidade em Saúde e o grupo profissional (sig.=,002), ou seja, a opinião difere de acordo com o grupo profissional.

Tabela 4.1 - Na sua opinião, a Qualidade em Saúde está relacionada com: * Grupo profissional - Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	81,860 ^a	48	,002
Likelihood Ratio	55,962	48	,201
Linear-by-Linear Association	7,678	1	,006
N of Valid Cases	77		

a. 61 cells (93,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,03.

Fonte: Elaboração própria (SPSS – Versão 18.0)

4. 3- LIDERANÇA (CRITÉRIO 1)

O comportamento dos líderes de uma organização pode contribuir para a criação de um ambiente no qual tanto a organização como os seus colaboradores sejam excelentes. Cada organização do sector público, para além de valores específicos, partilha um conjunto de valores comuns, como seja a equidade, transparência, legalidade, diversidade e a rejeição de conflitos de interesse.

Conhecidos os documentos que enunciam a missão, visão e valores da organização, questiona-se em que medida eles são do conhecimento dos profissionais.

4. 3. 1- Missão, Visão e Valores (Subcritério 1.1)

A Missão da ARSA consiste em garantir, à população da respetiva área geográfica de intervenção, o acesso à prestação de cuidados de saúde de qualidade, adequando os recursos disponíveis às necessidades em saúde e cumprir e fazer cumprir o Plano Nacional de Saúde na sua área de intervenção.

A Tabela 4.2 evidencia que a maioria dos respondentes afirma conhecer a missão da ARSA (76,6%), contudo não vai ao encontro do desejado.

Tabela 4.2 - Grupo profissional * Conhece a Missão da Organização a que pertence?
Crosstabulation

Grupo profissional	Conhece a Missão da Organização a que pertence?			Total
		Não	Sim	
Assistentes Operacionais	0 ,0%	4 33,3%	8 66,7%	12 100,0%
Enfermeiros	1 3,6%	3 10,7%	24 85,7%	28 100,0%
Médicos	0 ,0%	6 37,5%	10 62,5%	16 100,0%
Outros Profissionais de Saúde	0 ,0%	1 50,0%	1 50,0%	2 100,0%
Técnicos Administrativos	0 ,0%	3 15,8%	16 84,2%	19 100,0%
Total	1 1,3%	17 22,1%	59 76,6%	77 100,0%

Fonte: Elaboração própria (SPSS – Versão 18.0)

Com base na Tabela 4.3 e assumindo um $\alpha=0,05$ (significância de 5%) parece não haver relação entre o conhecimento da missão e o grupo profissional (sig.=,429), o que conduz à não rejeição da hipótese nula de que as variáveis são independentes.

Tabela 4.3 - Conhece a Missão da Organização a que pertence? * Grupo profissional - Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,048 ^a	8	,429
Likelihood Ratio	8,209	8	,413
Linear-by-Linear Association	,283	1	,595
N of Valid Cases	77		

a. 10 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,03.

Fonte: Elaboração própria (SPSS – Versão 18.0)

Para definir a “Missão da Organização” 16,9% dos profissionais preferiu não responder à questão, o que vai ao encontro do caso anterior, onde 22,1% afirmou não conhecer a missão da organização. A resposta que reuniu maior consenso (20,8%) foi “Garantir o acesso a cuidados de saúde de qualidade e em tempo útil” (ver Apêndice II – Tabela de Frequências 11).

De salientar que os profissionais que não responderam à questão são 25,0% dos assistentes operacionais, 7,1% dos enfermeiros, 37,5% dos médicos e 10,5% dos técnicos administrativos (ver Apêndice II – Tabela de Frequências 12). Aqui revela-se um caminho a percorrer.

A Visão da ARSA é ter, no Alentejo, utentes melhor servidos e satisfeitos.

Questionados sobre o seu conhecimento da visão da ARSA, 61,0% dos respondentes afirmam conhecer e os restantes 37,7% não, havendo ainda 1,3% de ausência de resposta. Esta proporção é preocupante. Pela análise da Tabela 4.4, parece haver uma distribuição

semelhante de respostas entre os grupos salientando-se o grupo “médicos” onde metade revela desconhecer a visão da ARSA.

Tabela 4.4 - Grupo profissional * Conhece a Visão da Organização a que pertence? Crosstabulation

Grupo profissional	Conhece a Visão da Organização a que pertence?			Total
		Não	Sim	
Assistentes Operacionais	0 ,0%	4 33,3%	8 66,7%	12 100,0%
Enfermeiros	1 3,6%	9 32,1%	18 64,3%	28 100,0%
Médicos	0 ,0%	8 50,0%	8 50,0%	16 100,0%
Outros Profissionais de Saúde	0 ,0%	0 ,0%	2 100,0%	2 100,0%
Técnicos Administrativos	0 ,0%	8 42,1%	11 57,9%	19 100,0%
Total	1 1,3%	29 37,7%	47 61,0%	77 100,0%

Fonte: Elaboração própria (SPSS – Versão 18.0)

Com base na Tabela 4.5 e assumindo um $\alpha=0,05$ (significância de 5%) parece não haver relação entre o conhecimento da visão e o grupo profissional (sig.=,810), o que conduz à não rejeição da hipótese nula de que as variáveis são independentes.

Tabela 4.5 - Conhece a Visão da Organização a que pertence? * Grupo profissional - Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,494 ^a	8	,810
Likelihood Ratio	5,408	8	,713
Linear-by-Linear Association	,082	1	,775
N of Valid Cases	77		

a. 8 cells (53,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,03.

Fonte: Elaboração própria (SPSS – Versão 18.0)

Para identificar a “Visão da Organização” 27,3% profissionais preferiu não responder à questão, o que vai ao encontro da questão anterior, onde 37,7% afirmou não conhecer a visão da organização. Acrescem 3,9% de respostas “Desconheço” e 2,6% “Não sei” no item “Outra”. A resposta correta foi encontrada em apenas 41,6% das asserções. Mais uma vez se revela um caminho a percorrer (ver Apêndice II – Tabela de Frequências 16).

Os valores da ARSA são dedicação e empenhamento, coerência e verticalidade, transparência e alinhamento para objetivos comuns.

Apenas 13,0% de respostas se encontram corretas. As opções selecionadas pelos profissionais deram maior ênfase aos vetores estratégicos da organização, ou seja aparece

em destaque com 33,8%, a “Eficiência produtiva e eficácia orçamental”, seguida da “Garantia da Acessibilidade” com 16,9%. De salientar que 11,7% não respondeu e 3,9% afirmou desconhecer, como mostra a Tabela 4.6. Mais uma vez se revela um caminho a percorrer.

Tabela 4.6 - Da lista que se segue, seleccione alguns dos Valores da Organização a que pertence: * Grupo profissional Crosstabulation

Da lista que se segue, seleccione alguns dos Valores da Organização a que pertence:	Grupo profissional					Total
	Assistentes Operacionais	Enfermeiros	Médicos	Outros Profissionais de Saúde	Técnicos Administrativos	
	3 25,0%	2 7,1%	2 12,5%	0 ,0%	2 10,5%	9 11,7%
Dedicação e empenhamento, coerência e verticalidade, transparência e alinhamento para objetivos	1 8,3%	7 25,0%	2 12,5%	0 ,0%	0 ,0%	10 13,0%
Desconheço	1 8,3%	1 3,6%	0 ,0%	0 ,0%	1 5,3%	3 3,9%
Eficiência produtiva e eficácia orçamental	3 25,0%	9 32,1%	7 43,8%	1 50,0%	6 31,6%	26 33,8%
Garantia da acessibilidade	1 8,3%	3 10,7%	2 12,5%	1 50,0%	6 31,6%	13 16,9%
Globalidade de cuidados	1 8,3%	1 3,6%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	2 2,6%
Potenciar o capital humano e tecnológico	0 ,0%	1 3,6%	2 12,5%	0 ,0%	2 10,5%	5 6,5%
Poupar dinheiro	0 ,0%	1 3,6%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 1,3%
Qualidade	2 16,7%	3 10,7%	1 6,3%	0 ,0%	2 10,5%	8 10,4%
Total	12 100,0%	28 100,0%	16 100,0%	2 100,0%	19 100,0%	77 100,0%

Fonte: Elaboração própria (SPSS – Versão 18.0)

4.3.2- Liderança como modelo (Subcritério 1.3)

A liderança tem o papel de motivar e apoiar as pessoas da organização e servir de modelo. Procurou-se identificar a opinião dos profissionais de saúde acerca da forma como os seus coordenadores lideram a unidade, motivam, apoiam e servem de modelo aos profissionais de saúde, promovendo uma cultura de inovação e de melhoria.

A maior parte dos profissionais concorda (55,8%) ou concorda totalmente (26,0%) que a coordenação ou chefia da sua unidade funcional lidera através do exemplo, atuando de acordo com os objetivos e valores estabelecidos. Ainda assim, 10,4% tem opinião diferente e 7,8% não sabe ou não responde (ver Apêndice II – Tabela de Frequências 19 e Tabela de Frequência 20).

Opinião semelhante surge sobre a coordenação ou chefia da unidade quanto à demonstração de empenho no processo de mudança. A maioria dos profissionais concorda (55,8%) ou concorda totalmente (26,0%) que os seus coordenadores e chefes

demonstram vontade pessoal para a mudança solicitando críticas construtivas (ver Apêndice II – Tabela de Frequências 21 e Tabela de Frequências 22).

Relativamente à opinião sobre a liderança da unidade quanto à aceitação de sugestões de melhoria, mais uma vez a maioria dos profissionais concorda (49,4%) ou concorda totalmente (36,4%) que existe um encorajamento e apoio por parte dos coordenadores e chefes para que os profissionais apresentem sugestões para a inovação e melhoria no dia-a-dia de trabalho (ver Apêndice II – Tabela de Frequências 23 e Tabela de Frequências 24).

A delegação, por parte dos coordenadores e chefes, de competências e responsabilidades, parece estar presente, tendo em conta que a maioria dos profissionais concorda (50,6%) ou concorda totalmente (35,1%) com a sua existência, pelo que consideram que estão criadas condições para a delegação de poderes, responsabilidades e competências, incluindo prestação de contas (ver Apêndice II – Tabela de Frequências 25 e Tabela de Frequências 26).

A maioria dos profissionais considera que os seus coordenadores e chefes são promotores de acções de formação. De um modo geral os profissionais concordam (49,4%) ou concordam totalmente (36,4%) que é promovido o acesso à formação, permitindo o desenvolvimento profissional (ver Apêndice II – Tabela de Frequências 27 e Tabela de Frequências 28).

A opinião sobre o reconhecimento e atribuição de prémios aos esforços individuais e das equipas, vai no sentido de concordarem (49,4%) ou concordarem totalmente (36,4%) que os coordenadores e chefes fazem o que está ao seu alcance no reconhecimento dos esforços individuais e das equipas (ver Apêndice II – Tabela de Frequências 29 e Tabela de Frequências 30).

O papel da liderança no sentido de respeitar e gerir as necessidades individuais e as situações pessoais parece estar de acordo com as expectativas dos profissionais. A maioria concorda (49,4%) ou concorda totalmente (36,4%) com a adequação da liderança da sua unidade ao tratamento dado às pessoas, às necessidades e situações em causa (ver Apêndice II – Tabela de Frequências 31 e Tabela de Frequências 32).

A partilha de informação relevante parece ir ao encontro das necessidades sentidas pelos profissionais, na medida em que a maioria considera que concorda (49,4%) ou concorda totalmente (36,4%) com a informação que lhe é proporcionada pela liderança sobre os assuntos importantes relacionados com a organização (ver Apêndice II – Tabela de Frequências 33 e Tabela de Frequências 34).

Os resultados obtidos não permitem discriminar opiniões face aos grupos profissionais, parecendo haver uma uniformização no sentido de concordarem com a forma como a liderança motiva e apoia os profissionais, servindo de modelo.

Com base na Tabela 4.7 e assumindo um $\alpha=0,05$ (significância de 5%) parece não haver relação entre as variáveis relativas à opinião dos profissionais sobre a liderança na Unidade / Centro Saúde e o grupo profissional, o que conduz à não rejeição da hipótese nula de que as variáveis são independentes.

Tabela 4.7 - Pearson Chi-Square Test entre as variáveis “Opinião sobre a liderança na Unidade / Centro Saúde” e o Grupo profissional

INDIQUE A SUA OPINIÃO SOBRE A LIDERANÇA NA UNIDADE / CENTRO SAÚDE:		VALUE	DF	ASYMP. SIG. (2-SIDED)
Variável	Liderança através do exemplo	7,438 ^a	16	,964
	Demonstração de empenho no processo de mudança	17,972 ^a	16	,326
	Aceitação de sugestões de melhoria	14,444 ^a	16	,566
	Delegação de competências e responsabilidades	14,091 ^a	16	,592
	Promoção de acções de formação	17,972 ^a	16	,326
	Reconhecimento e atribuição de prémios aos esforços individuais e das equipas	17,972 ^a	16	,326
	Adequação do tratamento dado às pessoas, às necessidades e situações em causa	20,349 ^a	16	,205
	Partilha de informação relevante com os profissionais	17,972 ^a	16	,326

Fonte: Elaboração própria

4. 4- PLANEAMENTO E ESTRATÉGIA (CRITÉRIO 2)

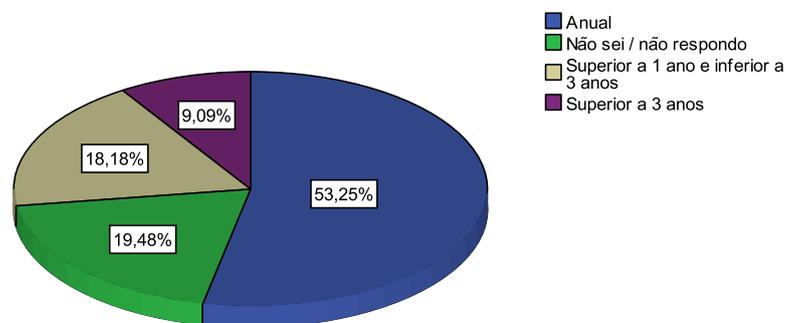
A forma como a organização implementa as suas atividades determina o seu desempenho global. A estratégia traduz-se em planos, objetivos e metas mensuráveis. É através das estratégias e do planeamento que a organização revela a sua abordagem no sentido da inovação e da modernização.

Verifica-se o ciclo PDCA (*Plan-Do-Check-Act*) quando existe a preocupação de recolher informação sobre as necessidades presentes e futuras das partes interessadas, assim como dos resultados e impactos, através da informação de retorno, tendo em vista o planeamento. Só assim é possível identificar os fatores críticos de sucesso, estabelecer objetivos e medir resultados recorrendo a processos de monitorização.

4.4.1- Necessidades presentes e futuras (Subcritério 2.1)

É papel da liderança recolher e analisar de forma sistemática informação sobre as partes interessadas, respetivas necessidades e expectativas. O Gráfico 4.7 mostra que cerca de metade dos profissionais (53,2%) responde que os inquéritos realizados aos profissionais com finalidade de conhecer as suas necessidades e expectativas, tem periodicidade anual, havendo 18,2% dos profissionais que responde que a periodicidade é superior a um ano e inferior a três anos, e 9,1% que considera que é superior a três anos. Salienta-se que 19,5% dos profissionais, distribuídos por todos os grupos, não sabe ou não responde, o que é questionável (ver Apêndice II – Tabela de Frequências 35).

Gráfico 4.7 - Grupo profissional * Os inquéritos realizados aos profissionais com a finalidade de conhecer as suas necessidades e expectativas têm periodicidade:



Fonte: Elaboração própria (SPSS – Versão 18.0)

Quanto aos profissionais que não sabem ou não respondem com que periodicidade realizam questionários, salientam-se o grupo de outros profissionais de saúde (50%) e os médicos, dos quais 43,8% deu essa resposta (ver Apêndice II – Tabela de Frequências 36).

Com base na Tabela 4.8 e assumindo um $\alpha=0,05$ (significância de 5%) parece não haver relação entre as variáveis relativas à periodicidade da realização dos inquéritos realizados aos profissionais com a finalidade de conhecer as suas necessidades e expectativas e o grupo profissional ($\text{sig.}=.227$), o que conduz à não rejeição da hipótese nula de que as variáveis são independentes.

Tabela 4.8 - Os inquéritos realizados aos profissionais com a finalidade de conhecer as suas necessidades e expectativas têm periodicidade: * Grupo profissional - Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15,264 ^a	12	,227
Likelihood Ratio	16,124	12	,186
Linear-by-Linear Association	,886	1	,346
N of Valid Cases	77		

a. 14 cells (70,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,18.

Fonte: Elaboração própria (SPSS – Versão 18.0)

4.4.2- Desenvolver, rever e atualizar (Subcritério 2.2)

Cabe à liderança o papel de desenvolver e utilizar metodologias para monitorizar, medir e avaliar o desempenho da unidade, da equipa multiprofissional, a todos os níveis, de modo a assegurar o acompanhamento da implementação da estratégia. O envolvimento dos profissionais é fundamental como estratégia para ter em conta as necessidades das partes interessadas e os recursos disponíveis.

A Tabela 4.9 apresenta a opinião relativa à participação de representantes dos diferentes grupos profissionais na elaboração do Plano de Ação da Unidade / Centro de Saúde. As opiniões diferem. A maioria discorda (40,3%) ou discorda totalmente (11,7%), havendo ainda 14,3% de profissionais que não sabe ou não responde. Os grupos profissionais que mais discordaram foram o grupo dos outros profissionais de saúde, seguidos dos médicos, dos enfermeiros e por último dos técnicos administrativos. Tal permite apurar que não existe uma participação idêntica em todos os grupos profissionais na elaboração dos planos de ação da unidade funcional.

Tabela 4.9 - Grupo profissional * Na elaboração do Plano de Ação da Unidade /Centro de Saúde, no último ano: [Houve a participação de representantes dos diferentes grupos profissionais] - Crosstabulation

Grupo profissional	Na elaboração de um Plano de Ação da Unidade /Centro de Saúde, no último ano: [Houve a participação de representantes dos diferentes grupos profissionais]					Total
	Concordo	Concordo totalmente	Discordo	Discordo totalmente	Não sei / Não respondo	
Assistentes Operacionais	6 50,0%	0 ,0%	1 8,3%	1 8,3%	4 33,3%	12 100,0%
Enfermeiros	7 25,0%	1 3,6%	15 53,6%	3 10,7%	2 7,1%	28 100,0%
Médicos	2 12,5%	0 ,0%	10 62,5%	2 12,5%	2 12,5%	16 100,0%
Outros Profissionais de Saúde	1 50,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 50,0%	2 100,0%
Técnicos Administrativos	9 47,4%	0 ,0%	5 26,3%	3 15,8%	2 10,5%	19 100,0%
Total	25 32,5%	1 1,3%	31 40,3%	9 11,7%	11 14,3%	77 100,0%

Fonte: Elaboração própria (SPSS – Versão 18.0)

O plano de ação de cada unidade funcional reflete a definição das prioridades assistenciais definidas superiormente. Cada ACES desenvolve um processo de contratualização interna com as diferentes Unidades Funcionais desse ACES, processo esse que deverá ser o mais participado possível. Deste processo de contratualização resulta a definição dos indicadores de desempenho para a unidade. Em que medida é do conhecimento dos profissionais este processo de contratualização?

A maioria dos profissionais concorda (51,9%) ou concorda totalmente (35,1%) com a afirmação de que foi do conhecimento de todos os profissionais os processos de contratualização em curso para a sua unidade (ver Apêndice II – Tabela de Frequências 39 e Tabela de Frequências 40).

Os dados obtidos apontam para a existência de algum envolvimento dos diferentes profissionais na elaboração do plano de ação da sua unidade /centro de saúde, assim como dos processos de contratualização em curso. Desta forma, com base na Tabela 4.10 e assumindo um $\alpha=0,05$ (significância de 5%) parece não haver relação entre as variáveis relativas à participação na elaboração do Plano de Ação da Unidade/ Centro de Saúde, e o grupo profissional, o que conduz à não rejeição da hipótese nula de que as variáveis são independentes.

Tabela 4.10 - Pearson Chi-Square Test entre as variáveis “Elaboração do Plano de Acção da Unidade/ Centro Saúde, no último ano” e o Grupo profissional

NA ELABORAÇÃO DO PLANO DE ACÇÃO DA UNIDADE/ CENTRO SAÚDE, NO ÚLTIMO ANO:		VALUE	DF	ASYMP. SIG. (2-SIDED)
Variável	Foi do conhecimento de todos os profissionais os processos de contratualização em curso	14,987 ^a	16	,526
	Houve a participação de representantes dos diferentes grupos profissionais	21,491 ^a	16	,160

Fonte: Elaboração própria

4. 4. 3- Avaliar estratégias (Subcritério 2.3)

A implementação do planeamento e da estratégia envolvem processos de negociação e consenso, fixação de prioridades, estabelecimento de calendários, processos adequados e de uma estrutura organizacional adequada. Como é feito o envolvimento dos profissionais no processo? Questionados sobre quais as estratégias que foram utilizadas para divulgar o conteúdo dos planos de acção nas unidades /centro de saúde, nos últimos 12 meses, metade dos profissionais não sabe ou não responde. É este o caso de 75% dos assistentes

operacionais e 68,4% dos técnicos administrativos, 50% do grupo dos outros profissionais e em menor percentagem, os médicos (37,5%) e os enfermeiros (35,7%). Dos profissionais que tiveram acesso ao plano de ação da sua unidade, ou foi através de reuniões de serviço (26,0% dos profissionais) ou através de distribuição de exemplares do referido plano, como mostra a Tabela 4.11.

Tabela 4.11 - Grupo profissional * Que estratégias foram utilizadas para divulgar o conteúdo dos Planos de Ação nas Unidades /Centro de Saúde, nos últimos 12 meses? Crosstabulation

Grupo profissional	Que estratégias foram utilizadas para divulgar o conteúdo dos Planos de Ação nas Unidades /Centro de Saúde, nos últimos 12 meses?					Total
	Distribuição de exemplares do Plano de Ação	Não sei / Não respondo	Reuniões de serviço	Reuniões de serviço, Circulares internas, Correio electrónico / intranet	Reuniões de serviço, Distribuição de exemplares do Plano de Ação	
Assistentes Operacionais	2 16,7%	9 75,0%	1 8,3%	0 ,0%	0 ,0%	12 100,0%
Enfermeiros	6 21,4%	10 35,7%	9 32,1%	1 3,6%	2 7,1%	28 100,0%
Médicos	3 18,8%	6 37,5%	6 37,5%	0 ,0%	1 6,3%	16 100,0%
Outros Profissionais de Saúde	1 50,0%	1 50,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	2 100,0%
Técnicos Administrativos	2 10,5%	13 68,4%	4 21,1%	0 ,0%	0 ,0%	19 100,0%
Total	14 18,2%	39 50,6%	20 26,0%	1 1,3%	3 3,9%	77 100,0%

Fonte: Elaboração própria (SPSS – Versão 18.0)

Dos resultados obtidos parece não ter havido êxito no acesso ao conteúdo do plano de ação da unidade no último ano, contudo este problema pareceu transversal a todos os grupos profissionais. Com base na Tabela 4.12 e assumindo um $\alpha=0,05$ (significância de 5%) parece não haver relação entre as variáveis relativas às estratégias utilizadas para divulgar o conteúdo dos Planos de Ação nas Unidades /Centro de Saúde e o grupo profissional (sig.=,624), o que conduz à não rejeição da hipótese nula de que as variáveis são independentes.

Tabela 4.12 - Que estratégias foram utilizadas para divulgar o conteúdo dos Planos de Ação nas Unidades /Centro de Saúde, nos últimos 12 meses? * Grupo profissional - Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,659 ^a	16	,624
Likelihood Ratio	15,592	16	,482
Linear-by-Linear Association	,092	1	,762
N of Valid Cases	77		

a. 19 cells (76,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,03.

Fonte: Elaboração própria (SPSS – Versão 18.0)

4. 5- PESSOAS (CRITÉRIO 3)

É fundamental o alinhamento entre os objetivos estratégicos da organização e os seus recursos humanos. Significa que a gestão das pessoas necessita desenvolver estratégias para que haja vantagens para ambas as partes, para a própria organização e para os profissionais. O bem-estar dos profissionais, assim como o desenvolvimento do seu potencial, traduz-se em otimização dos recursos e sucesso, contribuindo ainda para aumentar a satisfação dos profissionais.

Cabe à liderança quebrar barreiras organizacionais e incentivar a cooperação através do diálogo, criando espaço para a criatividade, para a inovação e para sugestões de melhoria, desenvolvendo uma cultura de comunicação aberta e de transparência.

4. 5. 1- Competências versus metas e objectivos (Subcritério 3.2)

Para atingir as metas e objectivos organizacionais, torna-se necessário articular com os objectivos individuais. Para tal contribui a identificação das competências actuais dos profissionais, em termos de conhecimentos, habilidades e atitudes. O que está a ser feito para apoiar e acompanhar os novos colaboradores? Como é feita a integração dos novos profissionais?

O estágio de integração foi a estratégia mais usada para a integração de enfermeiros (64,3%) e de médicos (50,0%). Preocupante foi a resposta de 41,6% dos profissionais, ao indicar que não sabe ou não responde. É o caso do grupo dos outros profissionais em 100%, dos técnicos administrativos em 57,9%, dos assistentes operacionais em 75,0% e dos médicos em 37,5%. Ressalta também a existência de apenas 6,5% de profissionais que beneficiou de tutoria, 10,4% de formação e 3,9% de manual de acolhimento, como mostra a Tabela 4.13.

Tabela 4.13 - Grupo profissional * Quando iniciou funções na Unidade /Centro de Saúde beneficiou de: Crosstabulation

Grupo profissional	Quando iniciou funções na Unidade /Centro de Saúde beneficiou de:						Total
	Estágio de Integração	Estágio de Integração, Formação	Formação	Manual de Acolhimento	Não sei / não respondo	Tutoria	
Assistentes Operacionais	0 ,0%	0 ,0%	3 25,0%	0 ,0%	9 75,0%	0 ,0%	12 100,0%
Enfermeiros	18 64,3%	0 ,0%	1 3,6%	2 7,1%	4 14,3%	3 10,7%	28 100,0%
Médicos	8 50,0%	0 ,0%	1 6,3%	0 ,0%	6 37,5%	1 6,3%	16 100,0%
Outros Profissionais de Saúde	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	2 100,0%	0 ,0%	2 100,0%
Técnicos Administrativos	2 10,5%	1 5,3%	3 15,8%	1 5,3%	11 57,9%	1 5,3%	19 100,0%
Total	28 36,4%	1 1,3%	8 10,4%	3 3,9%	32 41,6%	5 6,5%	77 100,0%

Fonte: Elaboração própria (SPSS – Versão 18.0)

Fase a uma desigual forma de integração e de acordo com a Tabela 4.29, assumindo um $\alpha=0,05$ (significância de 5%), há relação entre a forma de integração na Unidade/Centro de Saúde e o grupo profissional (sig.=,009), ou seja, leva-nos a pensar que a forma de integração no serviço difere de acordo com o grupo profissional.

Tabela 4.14 - Quando iniciou funções na Unidade /Centro de Saúde beneficiou de: * Grupo profissional - Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	38,085 ^a	20	,009
Likelihood Ratio	45,265	20	,001
Linear-by-Linear Association	1,698	1	,193
N of Valid Cases	77		

a. 24 cells (80,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,03.

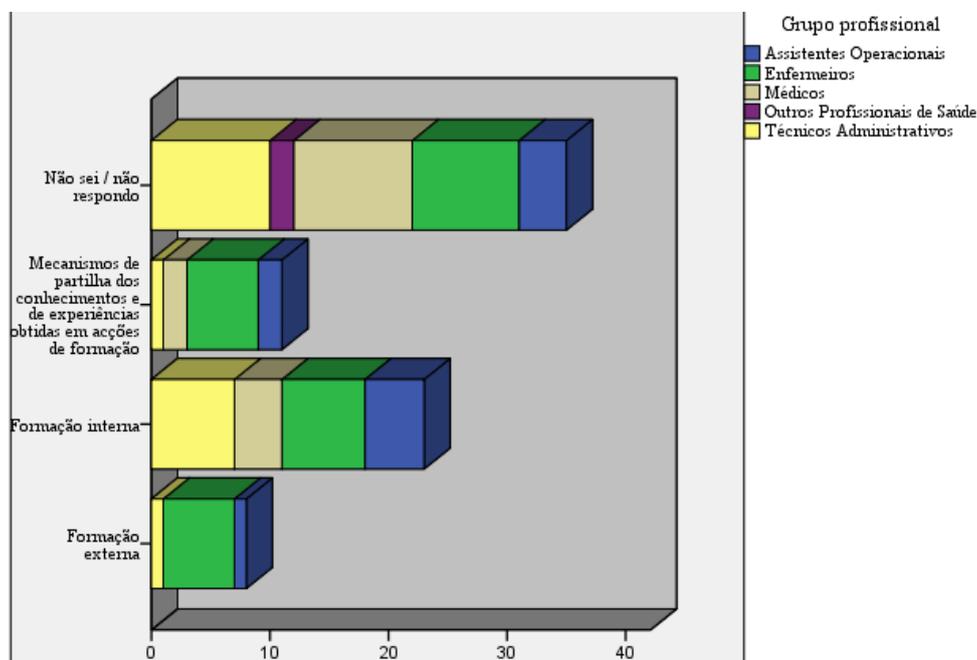
Fonte: Elaboração própria (SPSS – Versão 18.0)

O desenvolvimento e promoção da formação concretiza-se em ações de formação interna ou externa à organização. Segue-se a avaliação do impacto dos programas de formação e de desenvolvimento de competências. Quais as iniciativas que foram levadas a cabo para desenvolver as aptidões e novas competências dos profissionais, no último ano?

A formação parece ser uma área muito delicada. Por um lado a maioria dos profissionais afirmou que concorda com a forma como a liderança promove as ações de formação, por outro lado, apenas 29,9% dos profissionais fez formação interna no último ano e 10,4% fez formação externa à organização. Acresce que apenas 14,3% dos profissionais refere que houve mecanismos de partilha dos conhecimentos e de experiências obtidas em ações de formação (ver Apêndice II – Tabela de Frequências 45 e Tabela de Frequências 46).

O Gráfico 4.8 mostra a distribuição dos grupos profissionais pelas formas de integração, evidenciando grande proporção de profissionais de todos os grupos que não sabe ou não responde à questão.

Gráfico 4.8 - Grupo profissional * Quais as iniciativas que foram levadas a cabo para desenvolver as aptidões e novas competências, nos últimos 12 meses?



Fonte: Elaboração própria (SPSS – Versão 18.0)

Com base na Tabela 4.31 e assumindo um $\alpha=0,05$ (significância de 5%) parece não haver relação entre as variáveis relativas às iniciativas que foram levadas a cabo para desenvolver as aptidões e novas competências dos profissionais e o grupo profissional (sig.=,302), o que conduz à não rejeição da hipótese nula de que as variáveis são independentes.

Tabela 4.15 - Quais as iniciativas que foram levadas a cabo para desenvolver as aptidões e novas competências, nos últimos 12 meses? * Grupo profissional - Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,977 ^a	12	,302
Likelihood Ratio	15,923	12	,195
Linear-by-Linear Association	2,089	1	,148
N of Valid Cases	77		

a. 14 cells (70,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,21.

Fonte: Elaboração própria (SPSS – Versão 18.0)

4. 5. 2- Delegação de responsabilidades (Subcritério 3.3)

O envolvimento dos profissionais passa pelo diálogo e pela delegação de responsabilidades. Em que medida os profissionais se sentem com autonomia para o desempenho das suas funções?

Apresentada uma escala de 1 a 5, (1= nunca a 5= sempre), 44,2% dos profissionais situou-se em “3”, 39,0% dos profissionais situou-se em “4” e apenas 16,9% se situou em “2”. Não houve quem se posicionasse nos valores extremos de “nunca” ou “sempre”, como mostra Tabela 4.16.

Tabela 4.16 - Grupo profissional * Considera que tem autonomia para o desempenho das suas funções? Crosstabulation

Grupo profissional	Considera que tem autonomia para o desempenho das suas funções? (1= nunca a 5= sempre)			Total
	2	3	4	
Assistentes Operacionais	4 33,3%	5 41,7%	3 25,0%	12 100,0%
Enfermeiros	4 14,3%	14 50,0%	10 35,7%	28 100,0%
Médicos	3 18,8%	5 31,3%	8 50,0%	16 100,0%
Outros Profissionais de Saúde	0 .0%	2 100,0%	0 .0%	2 100,0%
Técnicos Administrativos	2 10,5%	8 42,1%	9 47,4%	19 100,0%
Total	13 16,9%	34 44,2%	30 39,0%	77 100,0%

Fonte: Elaboração própria (SPSS – Versão 18.0)

A forma como os grupos profissionais se distribuem quanto ao modo como consideram a sua autonomia não parece ser relevante, não se distinguindo nenhum grupo em particular. Com base na Tabela 4.17 e assumindo um $\alpha=0,05$ (significância de 5%) parece não haver relação entre as variáveis relativas à opinião acerca da autonomia para o desempenho das funções profissionais e o grupo profissional (sig.=,491), o que conduz à não rejeição da hipótese nula de que as variáveis são independentes.

Tabela 4.17 - Considera que tem autonomia para o desempenho das suas funções? * Grupo profissional - Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,429 ^a	8	,491
Likelihood Ratio	7,903	8	,443
Linear-by-Linear Association	2,037	1	,154
N of Valid Cases	77		

a. 8 cells (53,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,34.

Fonte: Elaboração própria (SPSS – Versão 18.0)

Em que medida é procurado o consenso entre os gestores (coordenadores, chefes, responsáveis de serviço) e os profissionais sobre os objetivos a atingir e as formas de medir a sua execução? Auscultados se consideram que existe negociação com os profissionais sobre os objetivos da unidade, a maioria concorda (64,9%), havendo profissionais que discordam (11,7%) e até que discordam totalmente (3,9%). Sobressai uma percentagem (19,5%) de profissionais que não sabe ou não responde (ver Apêndice II – Tabela de Frequências 49 e Tabela de Frequências 50).

O envolvimento dos profissionais é desejável desde o desenvolvimento de planos, estratégias, objetivos, conceção de processos, até à identificação e implementação de ações de melhoria. Os processos de melhoria exigem o envolvimento de todos para haver sucesso.

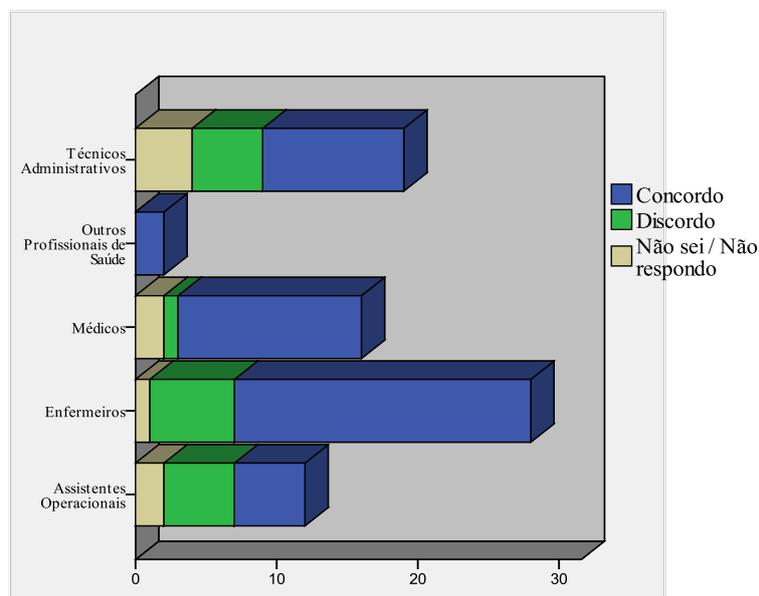
Interrogados sobre se consideram que existe envolvimento dos profissionais na identificação e implementação dos processos de melhoria na unidade, 61,0% dos profissionais concorda enquanto 20,8% discorda. A distribuição dos profissionais pelas duas posições é idêntico, sobressaindo o grupo dos assistentes operacionais que grosso modo ou concorda (41,7%) ou não sabe / não responde (41,7%). Há ainda 15,6% do total de profissionais que não sabe ou não responde (ver Apêndice II – Tabela de Frequências 51 e Tabela de Frequências 52).

Na sequência da questão anterior, os profissionais foram inquiridos se consideram que existem sistemas de sugestões ou de participação para recolha de contributos para os processos de melhoria. As respostas dividiram-se, havendo 59,7% de profissionais que concorda e 29,9% que discorda. Registaram-se 9,1% de profissionais que não sabem ou não respondem. Denota-se uma posição diferente em relação à questão anterior nos assistentes operacionais, que ou concordam (50,0%) ou discordam (33,3%), havendo ainda uma pequena percentagem (16,7%) que não sabe ou não responde (ver Apêndice II – Tabela de Frequências 53 e Tabela de Frequências 54).

Quando inquiridos sobre se consideram que existem Grupos de Qualidade / grupos de trabalho multidisciplinares para a identificação de problemas e desenvolvimento de soluções, os profissionais dividem-se entre concordar (39,0%) e discordar (40,3%) em percentagens muito próximas e ainda 19,5% não sabem ou não respondem. Verifica-se em todos os grupos a existência de profissionais que não sabem ou não respondem à exceção dos médicos que se dividem entre concordar e discordar (ver Apêndice II – Tabela de Frequências 55 e Tabela de Frequências 56).

As reuniões constituem-se um meio de assegurar oportunidades de comunicação aberta e diálogo, de trabalho em equipa e para fornecer ou receber informação de retorno. Indagados se consideram que existe participação ativa dos profissionais através de instrumentos de comunicação interna, como reuniões, para partilha de informação relevante, 66,2% dos profissionais concorda enquanto 22,1% discorda. Os grupos com maiores divergências dentro do próprio grupo são os técnicos administrativos e os assistentes operacionais, como mostra o Gráfico 4.9, o que anuncia que não existe uniformidade de atuação entre as várias unidades face a estes profissionais (ver Apêndice II – Tabela de Frequências 57 e Tabela de Frequências 58).

Gráfico 4.9 - Grupo profissional * Considera que existem os seguintes mecanismos na Unidade / Centro de Saúde: [Participação ativa dos profissionais através de instrumentos de comunicação interna, como reuniões, para partilha de informação relevante]



Fonte: Elaboração própria (SPSS – Versão 18.0)

Com base na Tabela 4.18 e assumindo um $\alpha=0,05$ (significância de 5%) parece não haver relação entre as variáveis relativas a “Mecanismos de envolvimento das pessoas na Unidade / Centro de Saúde” e o grupo profissional, o que conduz à não rejeição da hipótese nula de que as variáveis são independentes.

Tabela 4.18 - Pearson Chi-Square Test entre as variáveis “Mecanismos de envolvimento das pessoas e delegação de responsabilidades na Unidade / Centro de Saúde” e o Grupo profissional

MECANISMOS DE ENVOLVIMENTO DAS PESSOAS E DELEGAÇÃO DE RESPONSABILIDADES NA UNIDADE / CENTRO DE SAÚDE		VALUE	DF	ASYMP. SIG. (2-SIDED)
Variável	Negociação com os profissionais sobre os objectivos da Unidade	6,754 ^a	12	,873
	Envolvimento dos profissionais na identificação e implementação dos processos de melhoria	13,356 ^a	12	,344
	Sistemas de sugestões ou de participação para recolha de contributos para os processos de melhoria	14,189 ^a	12	,289
	Grupos de Qualidade / grupos de trabalho multidisciplinares para a identificação de problemas e desenvolvimento de soluções	15,434 ^a	12	,219
	Participação ativa dos profissionais através de instrumentos de comunicação interna, como reuniões, para partilha de informação relevante	10,842 ^a	8	,211

Fonte: Elaboração própria

4. 6- PROCESSOS (CRITÉRIO 5)

O Critério 5 do modelo CAF analisa o modo como a organização identifica, gere, melhora e desenvolve os seus processos-chave, tendo em conta que são eles que permitem a implementação do planeamento e da estratégia. O desenvolvimento dos processos vai permitir a inovação e a criação de valor acrescentado para os cidadãos, neste caso, os utentes do Serviço Nacional de Saúde.

Os processos-chave são essenciais para prestação de serviços, neste caso, prestação de cuidados de saúde. A identificação, avaliação e melhoria dos processos-chave visa contribuir para o cumprimento da missão da organização, neste caso, a ARSA visa garantir, à população da respetiva área geográfica de intervenção, o acesso à prestação de cuidados de saúde de qualidade, adequando os recursos disponíveis às necessidades em saúde e cumprir e fazer cumprir o Plano Nacional de Saúde na sua área de intervenção.

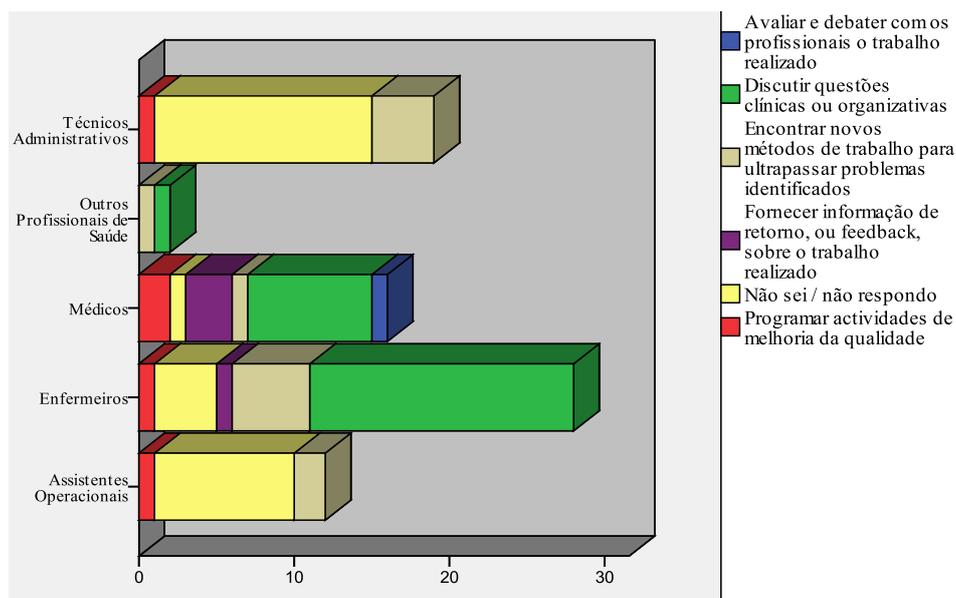
4. 6. 1- Identificação e melhoria de processos (Subcritério 5.1)

Avaliar e debater com os profissionais o trabalho realizado, discutir questões clínicas ou organizativas, encontrar novos métodos de trabalho para ultrapassar problemas identificados, fornecer informação de retorno, ou feedback, sobre o trabalho realizado e programar atividades de melhoria da qualidade são aspetos que podem ser trabalhados nas reuniões de serviço.

Indagados os profissionais sobre qual o objetivo da sua participação em reuniões com os seus responsáveis e colegas, nos últimos três meses, 33,8% afirmara que foi para discutir questões clínicas ou organizativas, 16,9% para encontrar novos métodos de trabalho para ultrapassar problemas identificados, 6,5% para programar atividades de melhoria da qualidade, 5,2% para fornecer informação de retorno, ou feedback, sobre o trabalho realizado e apenas 1,3% para avaliar e debater com os profissionais o trabalho realizado. Sobressai que 36,4% dos profissionais não sabe ou não responde, o que poderá significar que não houve lugar a reuniões no seu caso (ver Apêndice II – Tabela de Frequências 59 e Tabela de Frequências 60).

Dos profissionais que responderam que não sabem ou não respondem, o Gráfico 4.10 permite visualizar que se salientam os técnicos administrativos (73,7%) e os assistentes operacionais (75,0%), havendo ainda enfermeiros (14,3%) e médicos em menor percentagem (6,3%).

Gráfico 4.10 - Grupo profissional * Nos últimos 3 meses, participou em reuniões com os seus responsáveis e colegas com o objetivo de:



Fonte: Elaboração própria (SPSS – Versão 18.0)

De acordo com a Tabela 4.19 e assumindo um $\alpha=0,05$ (significância de 5%) há relação entre “o objetivo da participação nas reuniões com responsáveis e colegas na Unidade/Centro de Saúde” e o grupo profissional ($\text{sig.}=,000$), ou seja, o objetivo da participação dos profissionais nas reuniões de serviço difere de acordo com o grupo profissional.

Tabela 4.19 - Nos últimos 3 meses, participou em reuniões com os seus responsáveis e colegas com o objetivo de: * Grupo profissional - Chi-Square Tests

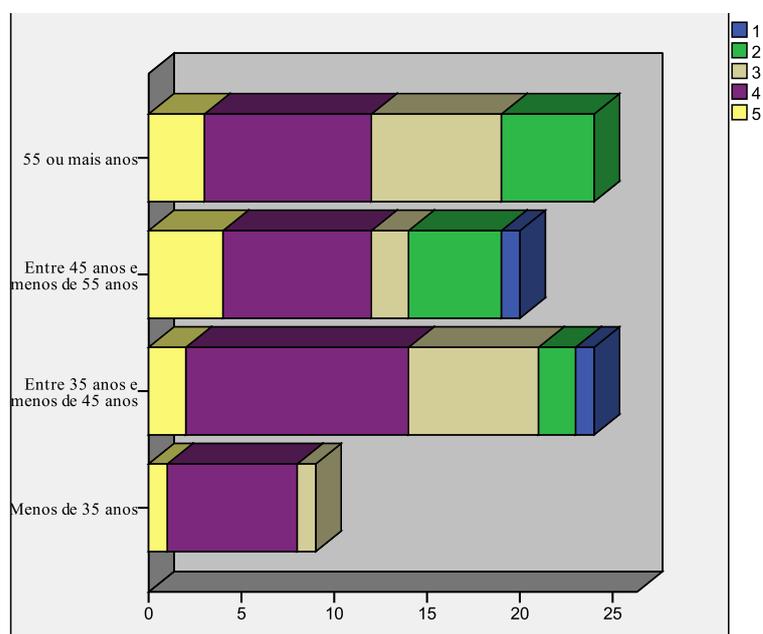
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	53,973 ^a	20	,000
Likelihood Ratio	62,879	20	,000
Linear-by-Linear Association	3,020	1	,082
N of Valid Cases	77		

a. 24 cells (80,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,03.

Fonte: Elaboração própria (SPSS – Versão 18.0)

A necessidade de gerar valor acrescentado para os utentes, conduz à revisão contínua dos processos, uma vez que a inovação e as novas tecnologias surgem a um ritmo acelerado. Em que medida os profissionais reagem às mudanças nos serviços? Questionados sobre como reagiriam se lhe pedissem para, a partir de amanhã, desenvolver a sua atividade através de novos métodos, como novas aplicações informáticas, qual seria a sua reação? Numa escala de 1= reação nada favorável a 5= reação muito favorável, os profissionais com mais idade declararam que a sua reação seria pouco ou nada favorável ou até intermédia, como mostra o Gráfico 4.11.

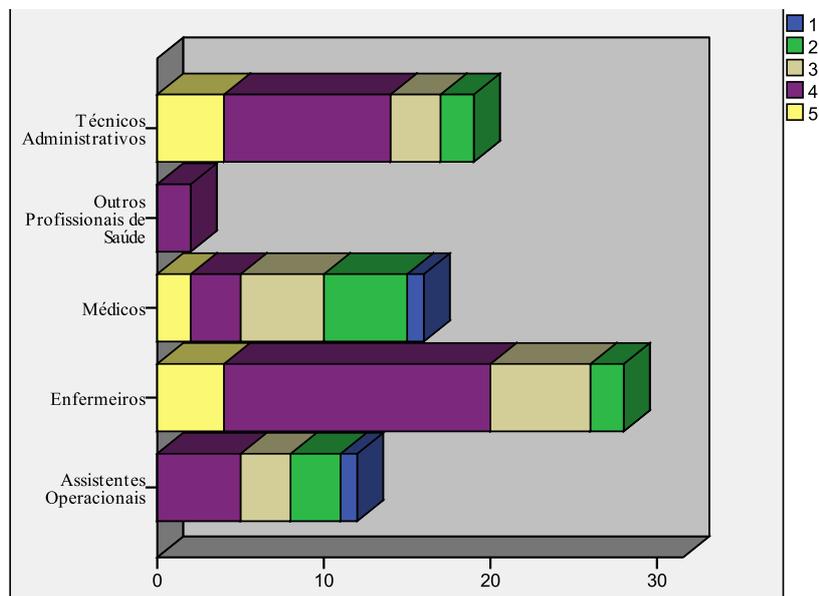
Gráfico 4.11 - Idade * Se lhe pedissem para, a partir de amanhã, desenvolver a sua atividade através de novos métodos, como novas aplicações informáticas, qual seria a sua reação? (1=Nada favorável a 5= Muito favorável)



Fonte: Elaboração própria (SPSS – Versão 18.0)

Quanto ao grupo profissional, as maiores percentagens em todos os grupos situam-se em 4 (reação favorável), excetuando os médicos cujas maiores percentagens se situam entre 2 (pouco favorável) e 3 (intermediária), como mostra o Gráfico 4.12.

Gráfico 4.12 - Grupo profissional * Se lhe pedissem para, a partir de amanhã, desenvolver a sua atividade através de novos métodos, como novas aplicações informáticas, qual seria a sua reação? (1=Nada favorável a 5= Muito favorável)



Fonte: Elaboração própria (SPSS – Versão 18.0)

Com base na Tabela 4.20 e assumindo um $\alpha=0,05$ (significância de 5%) parece não haver relação entre as variáveis “a atitude face à mudança para desenvolver a atividade através de novos métodos, como novas aplicações informáticas”, e o grupo profissional (sig.=,340), o que conduz à não rejeição da hipótese nula de que as variáveis são independentes.

Tabela 4.20 - Se lhe pedissem para, a partir de amanhã, desenvolver a sua atividade através de novos métodos, como novas aplicações informáticas, qual seria a sua reação? * Grupo profissional - Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	17,723 ^a	16	,340
Likelihood Ratio	20,713	16	,190
Linear-by-Linear Association	2,208	1	,137
N of Valid Cases	77		

a. 20 cells (80,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,05.

Fonte: Elaboração própria (SPSS – Versão 18.0)

Para aderir a projetos de mudança que visem a Qualidade do serviço prestado torna-se necessário o envolvimento dos profissionais. Consultados sobre quais as necessidades sentidas para aderir a um projeto de mudança, a maioria dos profissionais considera que necessita de formação em tecnologias de informação e comunicação, necessita de ações de sensibilização para a Qualidade e necessita de aumentar/ melhorar as competências e os conhecimentos específicos. Contudo existe uma percentagem de profissionais que considera que já possui as competências e os conhecimentos necessários, (8,3% dos

assistentes operacionais e 10,5% dos técnicos administrativos) assim como em todos os grupos há profissionais que não sabem ou não respondem, salientando-se 41,7% dos assistentes operacionais e 25% dos médicos. Foi ainda referido o aumento de vencimento como condição para a adesão à mudança em 5,3% dos técnicos administrativos (ver Apêndice II – Tabela de Frequências 66).

De acordo com a Tabela 4.21 e assumindo um $\alpha=0,05$ (significância de 5%) há relação entre as necessidades sentidas para aderir à mudança e o grupo profissional (sig.=,022), ou seja, as necessidades individuais para aderir a projetos de mudança diferem de acordo com o grupo profissional.

Tabela 4.21 - Para aderir a um projeto de mudança que vise a Qualidade do serviço prestado, considera que: * Grupo profissional - Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	49,984 ^a	32	,022
Likelihood Ratio	55,082	32	,007
Linear-by-Linear Association	,358	1	,550
N of Valid Cases	77		

a. 44 cells (97,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,03.

Fonte: Elaboração própria (SPSS – Versão 18.0)

4. 7- RESULTADOS RELATIVOS ÀS PESSOAS (CRITÉRIO 7)

O Critério 7 do modelo CAF centra-se nos resultados que a organização atinge quanto à satisfação, motivação, competência e desempenho dos seus colaboradores. Inclui o registo da imagem que os colaboradores têm da organização e da respetiva missão, dos sistemas de liderança e gestão, do ambiente de trabalho, do desenvolvimento das competências individuais e das carreiras e dos produtos ou serviços que a organização fornece. Tais registos podem ser colhidos através de inquéritos de pessoal, havendo a necessidade da criação de indicadores para medir os resultados alcançados.

4. 7. 1- Satisfação global e com os sistemas de gestão (Subcritério 7.1)

Pretendeu-se medir a satisfação global dos profissionais relativamente à unidade a que pertencem, no que respeita à imagem perante a comunidade. A maioria de todos os grupos profissionais revelou-se satisfeita, com exceção do grupo dos outros profissionais de saúde, com 50% satisfeito e 50% insatisfeito (ver Apêndice II – Tabela de Frequências 68 e Tabela de Frequências 69).

O grau de satisfação face ao desempenho global da unidade para a comunidade, utentes e outras partes interessadas, é razoável, surgindo em 71,4% dos profissionais a resposta “satisfeito”. Repete-se a exceção do grupo dos outros profissionais de saúde, com 50% satisfeito e 50% insatisfeito (ver Apêndice II – Tabela de Frequências 70 e Tabela de Frequências 71).

Inquirido o grau de satisfação relativamente à unidade a que pertence, no que respeita ao relacionamento com os utentes, famílias e comunidade, à percentagem de profissionais satisfeitos (63,6%) somam-se 22,1% de muito satisfeitos, mantendo-se a exceção já referida anteriormente para o grupo dos outros profissionais (ver Apêndice II – Tabela de Frequências 72 e Tabela de Frequências 73).

Os resultados relativos à satisfação com a gestão e sistemas de gestão, quanto ao nível de envolvimento dos profissionais na organização apresenta maior leque de respostas. A maioria dos profissionais (59,7%) responde que se encontra satisfeito mas salienta-se insatisfação nos médicos (18,8%), nos enfermeiros (17,9%) e no grupo dos outros profissionais (50,0%), não sendo uniforme o grau de satisfação (ver Apêndice II – Tabela de Frequências 74 e Tabela de Frequências 75).

Quanto ao envolvimento dos profissionais nos processos de tomada de decisões na sua unidade, 57,1% dos profissionais encontra-se satisfeito mas ressaltam 19,5% de profissionais insatisfeitos, sobretudo médicos (37,5%), seguidos de enfermeiros (17,9%) e técnicos administrativos (15,8%) (ver Apêndice II – Tabela de Frequências 76 e Tabela de Frequências 77).

Situação comparável se verifica no grau de satisfação dos profissionais face a mecanismos de consulta e diálogo nas equipas. Desta vez os profissionais dividem-se entre satisfeitos (46,8%) e insatisfeitos (29,3%). Os médicos dividem-se entre 50% satisfeitos e 37,5% insatisfeitos. Com o grupo de enfermeiros, 39,3% encontra-se satisfeito e 35,7% insatisfeito. Os técnicos administrativos também se dividem, 52,6% satisfeitos e 21,1% insatisfeitos, verificando-se situação análoga nos restantes grupos (ver Apêndice II – Tabela de Frequências 78 e Tabela de Frequências 79).

A forma como são recompensados os esforços individuais encontra maior insatisfação (33,8%) nos profissionais que satisfação (31,2%). Acresce a percentagem de profissionais muito insatisfeitos (11,7%) e de respostas de não sabe ou não responde (15,6%). Os grupos que manifestam maior insatisfação são os outros profissionais de saúde (100%), seguidos dos enfermeiros (46,4%), os técnicos administrativos (31,6%), os médicos

(25,0%) e por último os assistentes operacionais (8,3%) (ver Apêndice II – Tabela de Frequências 80 e Tabela de Frequências 81).

Panorama muito semelhante se extrai do grau de satisfação face à forma como são recompensados os esforços do grupo / equipa na unidade. Mais uma vez os profissionais revelam maior insatisfação (39,0%) que satisfação (36,4%), verificando-se também 15,6% de respostas não conclusivas, de “não sei / não respondo” (ver Apêndice II – Tabela de Frequências 82 e Tabela de Frequências 83).

A satisfação referente à postura da organização face à inovação apresenta 53,2% de profissionais satisfeitos e 20,8% de insatisfeitos. Sobressai que 18,2% dos profissionais não sabe ou não responde. O grupo dos outros profissionais de saúde apresenta 100% de satisfação, assim como os médicos manifestam maior percentagem de satisfação (68,8%) que de insatisfação (6,3%). Os enfermeiros têm grau de satisfação diferente, dividindo-se entre satisfeitos (42,9%) e insatisfeitos (39,3%). Uma parte significativa de assistentes operacionais (33,3%), de técnicos administrativos (26,3%) e de médicos (18,8%) prefere não ser conclusivo, optando por indicar que não sabe ou não responde (ver Apêndice II – Tabela de Frequências 84 e Tabela de Frequências 85).

Analisados os resultados relativos à satisfação global e à satisfação com os sistemas de gestão, com base na Tabela 4.22 e assumindo um $\alpha=0,05$ (significância de 5%) parece não haver relação entre as variáveis relativas ao grau de satisfação relativamente à unidade / centro de saúde e o grupo profissional, o que conduz à não rejeição da hipótese nula de que as variáveis são independentes.

Tabela 4.22 - Pearson Chi-Square Test entre as variáveis “Grau de satisfação relativamente à Unidade / Centro de Saúde” e o Grupo profissional

Grau de satisfação relativamente à Unidade / Centro de Saúde		VALUE	DF	ASYMP. SIG. (2-SIDED)
Variável	Imagem perante a comunidade	22,550 ^a	20	,311
	Envolvimento dos profissionais nos processos de tomada de decisões	10,190 ^a	16	,856
	Desempenho global	9,660 ^a	16	,884
	Relacionamento com os utentes, famílias e comunidade	18,488 ^a	12	,102
	Nível de envolvimento dos profissionais na organização	17,899 ^a	16	,330
	Mecanismos de consulta e diálogo nas equipas	21,010 ^a	16	,178
	Forma como são recompensados os esforços individuais	15,957 ^a	16	,456
	Forma como são recompensados os esforços do grupo / equipa	14,447 ^a	16	,565
	Postura da organização face à mudança e à inovação	18,041 ^a	16	,321

Fonte: Elaboração própria

4. 7. 2- Satisfação com as condições de trabalho (Subcritério 7.1)

Os resultados relativos à satisfação com as condições de trabalho ajudam a compreender o clima organizacional, o tratamento das questões sociais e a igualdade de oportunidade e sentido de justiça no comportamento da organização.

Inquiridos sobre o grau de satisfação relativamente às condições de trabalho proporcionadas na unidade onde trabalham, no que respeita a limpeza e higiene dos locais de trabalho, os profissionais de saúde revelam-se satisfeitos (74,0%) e até muito satisfeitos (13,0%), indiretamente avaliando o trabalho realizado pelos assistentes operacionais ou pelas empresas contratadas para a limpeza e higiene dos serviços (ver Apêndice II – Tabela de Frequências 86 e Tabela de Frequências 87).

Perscrutados sobre o seu grau de satisfação no que respeita ao conforto e comodidade, incluindo a climatização dos locais de trabalho, os profissionais maioritariamente encontram-se satisfeitos (64,9%) havendo uma proporção que se mostra insatisfeita (18,2%). Nestes últimos encontra-se a totalidade do grupo de outros profissionais de saúde e 25,0% dos médicos (ver Apêndice II – Tabela de Frequências 88 e Tabela de Frequências 89).

O grau de satisfação relativo às condições de trabalho no que respeita a espaço físico, quanto às áreas e gabinetes para o desenvolvimento das diferentes atividades e funções encontra respostas idênticas à questão anterior. Mais uma vez os profissionais maioritariamente se encontram satisfeitos (68,8%), havendo apenas 15,6% de profissionais insatisfeitos, distribuídos por todos os grupos, exceto o grupo dos outros profissionais de saúde que se revela satisfeito (ver Apêndice II – Tabela de Frequências 90 e Tabela de Frequências 91).

As condições de segurança e proteção contra roubos existentes nos serviços parecem transmitir insatisfação à maioria dos profissionais. Destes, 48,1% encontra-se insatisfeito e 13,0% muito insatisfeito. Em todos os grupos profissionais, metade ou mais profissionais se encontra insatisfeito, com a exceção dos médicos (31,3%) (ver Apêndice II – Tabela de Frequências 92 e Tabela de Frequências 93).

O grau de satisfação acerca de serviços de refeitório e bar para os profissionais mostra os profissionais divididos. 48,1% encontra-se satisfeito mas 26,0% encontra-se insatisfeito ou muito insatisfeito (14,3%) (ver Apêndice II – Tabela de Frequências 94 e Tabela de Frequências 95).

A utilização de equipamentos informáticos necessários ao desenvolvimento das atividades é transversal a todos os grupos profissionais, talvez em menor grau para os assistentes técnicos, contudo é fonte de insatisfação em muitos profissionais. Cerca de 20% dos profissionais encontra-se insatisfeito e outros 20% muito insatisfeitos. Salientam-se os enfermeiros e o grupo dos outros profissionais de saúde com maior insatisfação, seguidos dos médicos (ver Apêndice II – Tabela de Frequências 96 e Tabela de Frequências 97).

Os equipamentos de uso clínico necessários ao desenvolvimento das atividades são essenciais sobretudo aos profissionais da área clínica. No grupo dos médicos, 68,8% revela-se satisfeito e os restantes insatisfeitos ou muito insatisfeitos. No grupo dos enfermeiros, 42,9% declara estar satisfeitos e os restantes insatisfeitos ou muito insatisfeitos. O grupo dos outros profissionais de saúde prefere assinalar que não sabe ou não responde, talvez pela não necessidade da utilização do referido equipamento. Da mesma forma se pronuncia 33,3% dos assistentes operacionais e 21,1% dos técnicos administrativos (ver Apêndice II – Tabela de Frequências 98 e Tabela de Frequências 99).

A satisfação dos profissionais face ao ambiente de trabalho traduz-se em 62,3% dos profissionais satisfeitos, havendo 18,2% insatisfeitos. Nestes últimos encontram-se metade do grupo de outros profissionais de saúde, 21,4% dos enfermeiros e 18,8% dos médicos (ver Apêndice II – Tabela de Frequências 100 e Tabela de Frequências 101).

Vinte seis por cento dos profissionais declaram-se insatisfeitos com os recursos humanos disponíveis, havendo 55,8% de profissionais satisfeitos. Os médicos apresentam a maior percentagem de satisfação (75,0%) enquanto o grupo dos outros profissionais de saúde apresenta a maior percentagem de insatisfação (50,0%) (ver Apêndice II – Tabela de Frequências 102 e Tabela de Frequências 103).

Por último, a possibilidade de conciliar o trabalho com a vida familiar e assuntos pessoais encontra a maioria dos profissionais satisfeita (64,9%) ou muito satisfeita (14,3%) o que significa que há satisfação com o modo como a organização faz o tratamento das questões sociais dos colaboradores.

Observados os resultados relativos à satisfação com as condições de trabalho, com base na Tabela 4.23 e assumindo um $\alpha=0,05$ (significância de 5%) parece haver relação entre as variáveis relativas ao grau de satisfação na unidade / centro de saúde e o grupo profissional, no que diz respeito a “conforto e comodidade, incluindo a climatização dos locais de trabalho” (sig.=,011), “espaço físico quanto às áreas e gabinetes para o desenvolvimento das diferentes atividades e funções” (sig.=,026) e “equipamentos de uso

clínico necessários ao desenvolvimento das atividades” (sig.=,012), ou seja, leva-nos a considerar que o grau de satisfação dos profissionais nestes aspetos difere de acordo com o grupo profissional.

Nas restantes e assumindo um $\alpha=0,05$ (significância de 5%), parece não haver relação com o grupo profissional, o que conduz à não rejeição da hipótese nula de que essas variáveis são independentes.

Tabela 4.23 - Pearson Chi-Square Test entre as variáveis “Grau de satisfação relativamente às condições de trabalho proporcionadas na Unidade / Centro de Saúde” e o Grupo profissional

Grau de satisfação relativamente às condições de trabalho proporcionadas na Unidade / Centro de Saúde		VALUE	DF	ASYMP. SIG. (2-SIDED)
Variável	Limpeza e higiene dos locais de trabalho	7,833 ^a	12	,798
	Possibilidade de conciliar o trabalho com a vida familiar e assuntos pessoais	18,635 ^a	16	,288
	Conforto e comodidade, incluindo a climatização dos locais de trabalho	25,870 ^a	12	,011
	Espaço físico, quanto às áreas e gabinetes para o desenvolvimento das diferentes atividades e funções	23,257 ^a	12	,026
	Condições de segurança e proteção contra roubos	17,917 ^a	16	,329
	Serviços de refeitório e bar para os profissionais	12,950 ^a	20	,880
	Equipamentos informáticos necessários ao desenvolvimento das atividades	24,976 ^a	16	,070
	Equipamentos de uso clínico necessários ao desenvolvimento das atividades	31,351 ^a	16	,012
	Ambiente de trabalho no que respeita à satisfação dos profissionais	9,971 ^a	20	,969
	Recursos humanos disponíveis	23,616 ^a	16	,098

Fonte: Elaboração própria

4. 7. 3- Análise de Clusters: “Grupo Profissional” e “Grau de Satisfação” (Subcritério 7.1)

Neste estudo, pretende-se definir segmentos de profissionais, agrupados com características de grau de satisfação (Subcritério 7.1) o mais semelhantes possível. O Apêndice IV apresenta todos os procedimentos detalhadamente.

A medida de distância utilizada é a distância euclidiana: a raiz quadrada da soma dos quadrados das diferenças entre os valores para cada variável.

Neste caso não foram removidos os possíveis casos atípicos (*outliers*) porque não foram identificados.

Dois métodos foram usados em sequência. Primeiro um método hierárquico (Ward, average linkage) para obter o número de *clusters* e centróides. Depois, um método não hierárquico para encontrar os *clusters* ótimos.

Através da observação da tabela “*Agglomeration Schedule*” (ver Apêndice IV – Tabela 1) verifica-se que o respondente nº 76 é aglomerado numa primeira fase (estádio 1) com o respondente nº 77, tendo a distância euclidiana ao quadrado o valor 0,000. De seguida este grupo de 2 respondentes é agregado ao respondente nº 74 no estágio 2, sendo a distância euclidiana ao quadrado 0,000. No estágio 27, é incluído no grupo o respondente nº 50 e neste caso a distância euclidiana ao quadrado assume o valor de 11,869. No estágio 39 é incorporado ao grupo o respondente nº 12 com uma distância euclidiana ao quadrado de 18,226. No estágio 46 junta-se ao grupo o respondente nº 13 e a distância euclidiana ao quadrado aumenta para 20,591. Assim sucessivamente e até que, por fim, no estágio 76 é constituído apenas um grupo com todos os respondentes, sendo que a distância euclidiana ao quadrado é 53,772.

Pela análise do dendograma, é difícil identificar qual o número de clusters que parece ser mais adequado. Não se verifica a existência de *outliers*. Decidiu-se pela formação de três *clusters*. Esta decisão não é totalmente objetiva, contudo o dendograma em estudo aponta para um corte vertical na zona da distância estandardizada 20, o que força a formação de 3 clusters (ver Apêndice IV – Quadro 1).

O “Gráfico do Cotovelo” também não é suficientemente esclarecedor. Não se observa um número ótimo de *clusters* no “cotovelo” do gráfico, pelo que se propõe a formação de 3 clusters (ver Apêndice IV – Gráfico 1).

Com recurso ao SPSS, procedesse ao método não hierárquico *K-Means Cluster*.

A Tabela 4 do Apêndice IV mostra o *cluster* a que pertence cada respondente e a distância a que o seu caso está do centro do *cluster*, ficando o primeiro *cluster* com 17 respondentes, o segundo *cluster*, com 27 e o terceiro *cluster* com 33 respondentes, conforme a Tabela 5 do mesmo Apêndice.

Pode usar-se a análise estatística em “*Crosstabs*” onde em linhas se têm as variáveis “Grupo Profissional” e “Grau de Satisfação” e em coluna *Cluster Membership*, originando as tabelas e gráficos constantes no Apêndice IV.

Os três *clusters* formados permitem definir segmentos de profissionais, agrupados com características de grau de satisfação, nomeadamente, o *Cluster 1* (azul) é constituído por 22,1% dos profissionais, os quais se dividem desde muito insatisfeitos a muito satisfeitos. O *Cluster 2* (verde) tem a característica de ser constituído por 35,1% dos profissionais, os quais se revelam insatisfeitos ou muito insatisfeitos enquanto no *Cluster 3* (amarelo) os restantes profissionais (42,9%) sentem-se satisfeitos ou muito satisfeitos.

O cruzamento dos *clusters* com o grupo profissional não fornece informação relevante dado que cada cluster tem profissionais de todos os grupos. Salienta-se apenas que a maioria dos assistentes profissionais (75,0%) e dos técnicos administrativos (52,6%) se encontra no *Cluster* 3 (amarelo), onde acrescem 43,8% médicos. No *Cluster* 2 verifica-se a maior proporção de enfermeiros (46,4%) e metade do grupo de outros profissionais de saúde. No *Cluster* 1 sobressai apenas a restante metade de outros profissionais de saúde, como apresenta a Tabela 4.24.

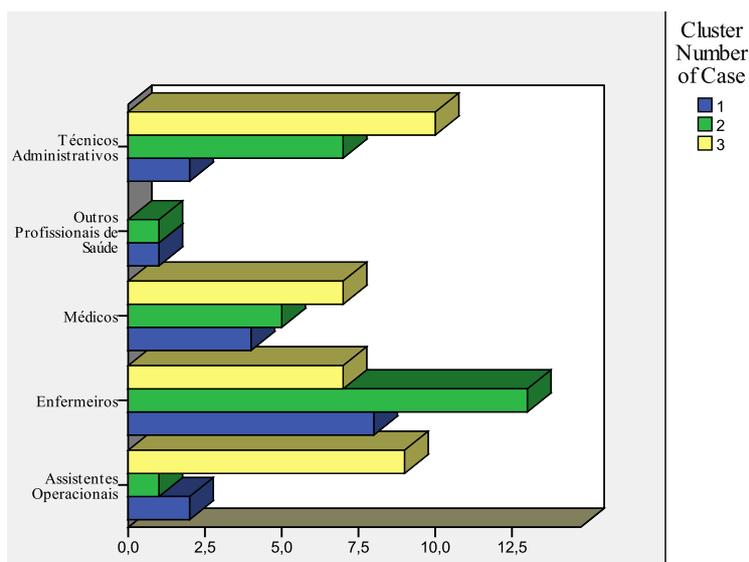
Tabela 4.24 - Grupo profissional * Cluster Number of Case Crosstabulation

Grupo profissional	Cluster Number of Case			Total
	1	2	3	
Assistentes Operacionais	2 16,7%	1 8,3%	9 75,0%	12 100,0%
Enfermeiros	8 28,6%	13 46,4%	7 25,0%	28 100,0%
Médicos	4 25,0%	5 31,3%	7 43,8%	16 100,0%
Outros Profissionais de Saúde	1 50,0%	1 50,0%	0 ,0%	2 100,0%
Técnicos Administrativos	2 10,5%	7 36,8%	10 52,6%	19 100,0%
Total	17 22,1%	27 35,1%	33 42,9%	77 100,0%

Fonte: Elaboração própria (SPSS – Versão 18.0)

O Gráfico 4.13 ilustra a distribuição de profissionais pelos três *clusters*, como referido anteriormente.

Gráfico 4.13 - Grupo profissional * Cluster Number of Case Crosstabulation



Fonte: Elaboração própria (SPSS – Versão 18.0)

4. 8- SUGESTÕES DOS RESPONDENTES

O questionário apresentou duas questões abertas com o objetivo de obter a opinião dos profissionais. Se dependesse de cada um dos profissionais respondentes, e visando a melhoria da qualidade, quais as duas mudanças que operavam na sua Unidade? Por outro lado e para finalizar o questionário, é também solicitada a expressão de comentários ou sugestões para melhorar os cuidados / serviços prestados (ver Apêndice II – Tabela de Frequências 67 e Tabela de Frequências 106).

A informação colhida foi agrupada por grupo profissional, tendo havido vinte e nove participações das quais dezasseis de enfermeiros, quatro de médicos, cinco de técnicos administrativos, duas de assistentes operacionais e duas dos outros profissionais de saúde.

A maior preocupação revelada pelos enfermeiros centra-se nas questões relativas ao equipamento informático e respetivos registos.

“Tal como já foi dito anteriormente o equipamento informático é de extrema importância nos dias que correm para se efetuar um trabalho de qualidade.”

“Ter material informático adequado e formação de acordo com os registos necessários (mesma linguagem, mesmo método de raciocínio).”

“A implementação efetiva de registos informáticos, de forma a todos os profissionais terem acesso à informação clínica do utente.”

A formação aparece também com primazia, alargada a todos os profissionais de saúde, em particular em tecnologias da informação e em Qualidade.

“Formação específica para todos os profissionais.”

“Formação em tecnologias de informação e comunicação.”

“Ações de sensibilização para a Qualidade.”

A avaliação da satisfação quer dos utentes quer dos profissionais é sentida como mais uma necessidade expressa.

“(…) Observarem o nível de satisfação da comunidade e profissionais de saúde de uma forma periódica dando feedback dos resultados e monitorizando a implementação e evolução das alterações implementadas.”

Ainda, a responsabilização e envolvimento dos profissionais, aliada às reuniões multiprofissionais ocorre como essencial.

“Envolvimento de todos os profissionais.”

“Reuniões com todos os profissionais da unidade.”

“Maior responsabilização dos profissionais.”

“Reuniões de grupo interdisciplinares pelo menos uma vez por mês.”

Os médicos apresentam como maior necessidade a realização de reuniões para partilha da informação.

“Discussão por todos os profissionais do plano de ação.”

“Discussão de estratégia para melhorar os indicadores.”

“Feedback regular dos resultados dos indicadores.”

Segue-se a necessidade do acesso à informação, pela formação.

“Ter acesso aos Programas de Saúde é indispensável.”

“Mais e melhor formação.”

“Necessidade de formação.”

Por último, os médicos referem as questões associadas ao equipamento informático, à semelhança dos enfermeiros.

“Para poder prestar bons cuidados de saúde é necessário que o computador tenha rede para se poder trabalhar.”

Quanto aos técnicos administrativos, parece saliente o relacionamento entre todos os profissionais, incluindo a necessidade de reuniões de serviço.

“Maior entrosamento entre todos os grupos profissionais.”

“Reuniões entre os profissionais.”

Da mesma forma os técnicos administrativos realçam as questões ligadas ao equipamento informático.

“(…) equipamento informático adequado ao bom funcionamento da Unidade.”

“Melhoria do equipamento informático”.

Por último este grupo refere a necessidade da formação está também presente.

“Formações para atendimento adequado.”

O grupo dos outros profissionais de saúde sugere a criação de um “observatório local de saúde”, “incentivos profissionais”, “investimento na qualidade de formação dos profissionais” e “maior liberdade hierárquica”.

Os assistentes operacionais referem a “melhoria do equipamento informático” e “maior autonomia da unidade funcional”.

4. 9- MATRIZ DE RESULTADOS E CONCLUSÕES

A interpretação dos dados obtidos permite destacar as características mais relevantes, apresentadas no Quadro 4.1.

Quadro 4.1 – Resultados obtidos e conclusões

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	CONCLUSÕES
	Dimensões da Qualidade em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Valorização das dimensões da equidade e da acessibilidade em saúde seguindo-se a satisfação dos utentes e a satisfação dos profissionais.
Liderança (Critério1)	Missão, visão e valores (Subcritério 1.1)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Missão da organização mal conhecida. ➤ Visão da organização mal conhecida. ➤ Dificuldade em identificar os valores da organização.
	Liderança como modelo (Subcritério 1.3)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Concordância com a forma como a liderança das unidades, na pessoa dos coordenadores, chefes e responsáveis de serviço, motiva e apoia os profissionais, servindo de modelo.
Planeamento e Estratégia (Critério 2)	Necessidades presentes e futuras (Subcritério 2.1)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Não existe uma periodicidade definida para a realização de inquéritos aos profissionais com a finalidade de conhecer as suas necessidades e expectativas.
	Desenvolver, rever e atualizar (Subcritério 2.2)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reduzida participação dos profissionais na elaboração dos planos de ação das unidades. ➤ Existência de assimetrias no envolvimento dos grupos profissionais na elaboração dos planos de ação das unidades. ➤ Os processos de contratualização em curso para as unidades são do conhecimento dos profissionais, o que significa que os indicadores de desempenho são conhecidos.
	Avaliar estratégias (Subcritério 2.3)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Os planos de ação das unidades são divulgados a poucos profissionais.
Pessoas (Critério 3)	Competências face às metas e objetivos (Subcritério 3.2)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Não existem estratégias uniformes para o acolhimento e integração de novos profissionais Acesso facilitado à formação dos profissionais. ➤ Apesar do acesso facilitado à formação, a adesão dos profissionais é baixa ➤ Não existe a prática corrente de partilhar os conhecimentos e experiências obtidas em ações de formação.

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	CONCLUSÕES
	<p align="center">Delegação de Responsabilidades (Subcritério 3.3)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ De um modo geral os profissionais sentem-se com autonomia para o desempenho das suas funções ➤ Desconhecimento da existência de Grupos de Qualidade ou grupos trabalho multiprofissionais para a identificação de problemas e desenvolvimento de soluções. ➤ Existe alguma insatisfação com a gestão e os sistemas de gestão, quanto ao nível de envolvimento dos profissionais na organização, quanto à tomada de decisões nas unidades, quanto aos mecanismos de consulta e diálogo nas equipas e na forma como são recompensados os esforços individuais e das equipas.
<p align="center">Processos (Critério 5)</p>	<p align="center">Identificação e melhoria dos Processos (Subcritério 5.1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Assimetrias na participação ativa dos profissionais em reuniões de trabalho. ➤ A participação dos profissionais nas reuniões de serviço difere de acordo com o grupo profissional, havendo grupos que não reúnem regularmente. ➤ Os profissionais com mais idade têm uma reação pouco favorável à mudança para desenvolver a sua atividade através de novos métodos, como novas aplicações informáticas. ➤ Para aderir à mudança os profissionais sentem necessidade de fazer formação em tecnologias de informação e comunicação, necessitam de ações de sensibilização para a Qualidade e necessitam de aumentar/ melhorar as competências e os conhecimentos específicos.
<p align="center">Resultados relativos às Pessoas (Critério 7)</p>	<p align="center">Satisfação global e com os sistemas de gestão (Subcritério 7.1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Existe satisfação face ao desempenho global das unidades para com a comunidade, utentes e outras partes interessadas. ➤ Dificuldade dos profissionais em definirem o seu grau de satisfação referente à postura da organização face à inovação.
	<p align="center">Satisfação com as Condições de trabalho (Subcritério 7.1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Existe satisfação com as condições de trabalho proporcionadas nas unidades, quanto à higiene, conforto e espaço físico. ➤ Satisfação pelo ambiente de trabalho na maioria dos profissionais. ➤ Insatisfação dos profissionais quanto às condições de segurança e proteção contra roubos proporcionadas nas unidades. ➤ Insatisfação acerca dos serviços de refeitório e bar para os profissionais. ➤ Insatisfação com o equipamento informático e de uso clínico proporcionado nas unidades. ➤ Insatisfação com os recursos humanos disponíveis.

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	CONCLUSÕES
	<p align="center">Caracterização do respondente</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ São maioritariamente do sexo feminino, na sua maioria com idades superiores a 45 anos, com representatividade dos grupos profissionais de médicos, enfermeiros, técnicos administrativos, assistentes operacionais e outros profissionais de saúde de Unidades de Cuidados de Saúde Primários (Centros de Saúde) da Região Alentejo. A maioria dos profissionais tem mais de 16 anos de serviço. ➤ Elevada idade média dos profissionais. ➤ A maioria dos profissionais tem mais de dezasseis anos de serviço. ➤ Grupo de outros profissionais de saúde, técnicos superiores de saúde e técnicos de diagnóstico e terapêutica em número reduzido.

Fonte:Elaboração própria

CAPÍTULO 5 - CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES DO ESTUDO E PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO

Da revisão da literatura realizada pode-se afirmar que os processos de autoavaliação são únicos e específicos de cada organização, dependendo da dimensão da organização, a cultura e a experiência prévia com ferramentas de TQM. A avaliação é a chave do sucesso das organizações. Só através de um processo sistemático e estruturado, de análise contínua, se poderá conhecer a realidade. Conhecendo a realidade torna-se possível intervir ao nível das melhorias. Assim consegue-se o desenvolvimento do colaborador de modo a potenciar o desenvolvimento da organização. A CAF surge como ferramenta acessível para a gestão da qualidade nos serviços públicos.

A partir da análise do modelo CAF procedeu-se à adaptação dos instrumentos do modelo à avaliação de serviços de saúde em cuidados de saúde primários. Ao nível da organização e gestão de serviços, em cuidados de saúde primários, é responsabilidade das unidades funcionais nos centros de saúde promover um bom nível de prestação de cuidados, a humanização dos serviços e a satisfação dos utentes, assegurando a produtividade e a eficiência. Desta forma têm particular relevância alguns aspetos que se procurou ver espelhados no questionário de diagnóstico e satisfação. É o caso do plano de ação da unidade com objetivos realistas e baseados nas necessidades dos utentes ou comunidade, dos processos de contratualização para definição de indicadores de desempenho, da participação de todos os profissionais na elaboração do referido plano de ação, assim como na sua implementação e monitorização, da articulação entre os vários profissionais para se constituírem equipa de trabalho e das iniciativas para promover o espírito de equipa, como a partilha de informação relevante, das reuniões de serviço e da formação contínua em serviço.

Os resultados constantes no Quadro 4.1, apresentado no final do anterior capítulo, permitem realizar o diagnóstico do serviço de saúde em estudo, identificando pontos fortes e pontos fracos, como seguidamente se identificam.

Pontos fortes:

De um modo geral os profissionais sentem-se com autonomia para o desempenho das suas funções.

Valorização das dimensões da equidade e da acessibilidade em saúde seguindo-se a satisfação dos utentes e a satisfação dos profissionais. Este aspecto pode ser facilitador para o envolvimento dos profissionais de saúde no exercício de avaliação, tanto para construir os modelos de avaliação como para discutir os resultados, como referido por Amado e Santos (2009).

Para aderir à mudança os profissionais sentem necessidade de fazer formação em tecnologias de informação e comunicação, necessitam de ações de sensibilização para a Qualidade e necessitam de aumentar/ melhorar as competências e os conhecimentos específicos. Isto é uma prioridade apresentada no Plano Nacional de Saúde 2011-2016 como uma oportunidade do desenvolvimento da qualidade em saúde tendo em vista uma melhor capacidade para incorporar evidência e inovação na prática clínica, e maior facilidade em orientar a formação pós-graduada para o incremento da qualidade da prática clínica.

Pontos fracos:

Elevada idade média dos profissionais, a maioria dos profissionais tem mais de dezasseis anos de serviço.

O grupo de outros profissionais de saúde, técnicos superiores de saúde e técnicos de diagnóstico e terapêutica em número reduzido.

Os profissionais com mais idade têm uma reação pouco favorável à mudança para desenvolver a sua atividade através de novos métodos, como novas aplicações informáticas.

Tais resultados vão ao encontro dos resultados obtidos no estudo da satisfação dos utentes e dos profissionais realizado nos Centros e Saúde em Portugal por Santos, *et al.* (2007).

Missão e Visão da organização mal conhecida e dificuldade em identificar os valores da organização. Resultado semelhante obteve Pereira (2008) no seu estudo, no âmbito de Dissertação de Mestrado, onde foram utilizados apenas os critérios de meios da CAF na avaliação da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Hospital do SAMS. Uma das ameaças do desenvolvimento da qualidade em saúde anunciadas no Plano Nacional de Saúde 2011-2016 é justamente a falta de alinhamento entre os objetivos e prioridades das administrações, dos profissionais e dos cidadãos, resultando em perspetivas fragmentadas da qualidade.

Apesar do acesso facilitado à formação, a adesão dos profissionais é baixa.

Oportunidades:

Os processos de contratualização em curso para as unidades são do conhecimento dos profissionais, o que significa que os indicadores de desempenho são conhecidos.

Acesso facilitado à formação.

Concordância com a forma como a liderança das unidades, na pessoa dos coordenadores, chefes e responsáveis de serviço, motiva e apoia os profissionais, servindo de modelo.

Existe satisfação face ao desempenho global das unidades para com a comunidade, utentes e outras partes interessadas e com as condições de trabalho proporcionadas nas unidades, quanto à higiene, conforto e espaço físico.

Satisfação pelo ambiente de trabalho, segundo a maioria dos profissionais.

Apesar do grau de satisfação em geral ser razoável, existe a possibilidade de incrementar a satisfação dos profissionais através das práticas de gestão da qualidade, Prajogo e Cooper (2010) demonstraram a forte relação entre práticas de TQM e satisfação no trabalho, fornecendo um forte argumento para a visão holística da TQM.

Com o leque de oportunidades identificado são realizáveis processos de autoavaliação, onde os profissionais de saúde podem encontrar na CAF, a qual é baseada no modelo da EFQM, um modelo genérico que facilmente pode ser adaptado aos cuidados de saúde tal como concluíram Vallejo *et al* (2006).

Ameaças:

Não existe uma periodicidade definida para a realização de inquéritos aos profissionais com a finalidade de conhecer as suas necessidades e expectativas.

Reduzida participação dos profissionais na elaboração dos planos de ação das unidades assim como a existência de assimetrias no envolvimento dos grupos profissionais na elaboração nos referidos planos. Estes, por sua vez, são divulgados a poucos profissionais.

Não existem estratégias uniformes para o acolhimento e integração de novos profissionais.

Não existe a prática corrente de partilhar os conhecimentos e experiências obtidas em ações de formação, havendo a necessidade de acesso facilitado à informação e normas de procedimento.

Desconhecimento da existência de Grupos de Qualidade ou grupos trabalho multiprofissionais para a identificação de problemas e desenvolvimento de soluções.

Assimetrias na participação ativa dos profissionais em reuniões de trabalho, acrescendo que essa participação difere de acordo com o grupo profissional, havendo grupos que não reúnem regularmente.

Existe alguma insatisfação com a gestão e os sistemas de gestão, quanto ao nível de envolvimento dos profissionais na organização, quanto à tomada de decisões nas unidades, quanto aos mecanismos de consulta e diálogo nas equipas e na forma como são recompensados os esforços individuais e das equipas.

Dificuldade dos profissionais em definirem o seu grau de satisfação referente à postura da organização face à inovação.

Insatisfação dos profissionais quanto às condições de segurança e proteção contra roubos proporcionadas nas unidades.

Insatisfação acerca dos serviços de refeitório e bar para os profissionais.

Insatisfação com o equipamento informático e de uso clínico proporcionado nas unidades. Associado à insatisfação com a implementação efetiva de registos informáticos, por razões diversas.

Insatisfação com os recursos humanos disponíveis.

A aplicação do modelo proposto no presente estudo encontra-se agora concluído como ilustra a Figura 5.1, onde se identificam os pontos fortes e oportunidades, constituindo as áreas fortes e os pontos fracos e ameaças, que se constituem as áreas débeis, susceptíveis de melhorar. Todas juntas fornecem uma fotografia do posicionamento dos serviços de saúde estudados, onde se identificam algumas sugestões ou propostas de melhorias.

Com base nas variáveis em estudo, os critérios “liderança”, “planeamento e estratégia”, “pessoas”, “processos” e “resultados relativos às pessoas”, propõem-se as melhorias: divulgação da missão, visão e valores; envolvimento dos profissionais de saúde de todos os grupos profissionais no planeamento e estratégia; clarificação da estratégia para todos os profissionais, através do trabalho em equipa e da implementação efectiva de canais de comunicação, como reuniões de serviço; avaliação sistemática da satisfação dos profissionais; melhoria das condições de segurança (roubos) das instalações; melhoria do equipamento informático e sistema de comunicações; implementação de ferramentas de autoavaliação e formação em Gestão da Qualidade.

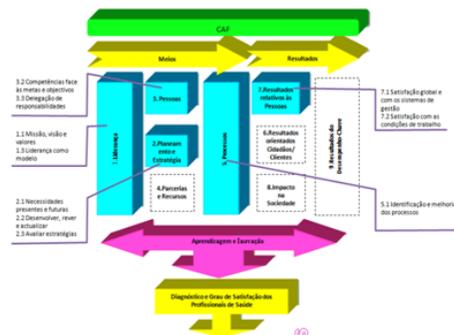
Nas propostas anunciadas encontram-se valorizados aspetos como o envolvimento dos profissionais no planeamento e avaliação das atividades, o trabalho em equipa multiprofissional, a formação contínua multiprofissional tendo em conta as necessidades individuais e do serviço, a satisfação dos profissionais e a gestão cuidada de recursos humanos e materiais. A implementação de ferramentas de Qualidade, são uma oportunidade para construir compromissos em tornos das mudanças para a melhoria. No estudo de Vallejo *et al.* (2007) sobre a implementação do modelo EFQM como estrutura de qualidade para melhorar um serviço de um hospital psiquiátrico, em Espanha, concluíram que é possível implementar o modelo da EFQM nos serviços de saúde o que resulta numa influência positiva sobre a comunicação pessoal e o envolvimento.

A Gestão da Qualidade nos Cuidados de Saúde Primários atualmente encontra-se muito centrada nos resultados, tendo em conta os sistemas de gestão da qualidade implementados. As reformas em curso poderão trazer mais-valias nesta área. Os processos de autodiagnóstico, através da aplicação do modelo CAF, são uma oportunidade acessível para as organizações de saúde se conhecerem e entrarem em processos de melhoria contínua.

A presente proposta é o início de uma “construção”. Deseja-se que traga reais contributos para os serviços em análise. Vivem-se, atualmente, as mudanças da reforma em curso. As mudanças podem trazer inseguranças e incertezas. No caso dos Cuidados de Saúde Primários, este é o momento oportuno para se evidenciarem as necessidades e expectativas dos colaboradores e dos utentes. Da mesma forma, torna-se importante diagnosticar o nível de envolvimento das partes interessadas, neste caso, os colaboradores, como garantia de empenhamento e motivação para prestação de cuidados com qualidade aos cidadãos.

A motivação do colaborador leva a produtos de alta qualidade. Isto depende também da habilidade da gestão para motivar as pessoas, o que pode fazer toda a diferença no sucesso de um programa de qualidade.

Figura 5.1 – Aplicação do Modelo Proposto



Pontos fortes:

- Valorização das dimensões da equidade e da acessibilidade em saúde seguindo-se a satisfação dos utentes e a satisfação dos profissionais.
- Autonomia para o desempenho das suas funções.
- Para aderir à mudança é necessária formação em tecnologias de informação e comunicação acções de sensibilização para a Qualidade e aumento/ melhoria das competências e os conhecimentos específicos.

Oportunidades:

- Indicadores de desempenho conhecidos.
- Acesso facilitado à formação.
- Concordância com a forma como a liderança das unidades, motiva e apoia os profissionais, servindo de modelo.
- Satisfação face ao desempenho global das unidades para com a comunidade, utentes e outras partes interessadas.
- Satisfação com as condições de trabalho proporcionadas nas unidades, quanto à higiene, conforto e espaço físico.
- Satisfação pelo ambiente de trabalho na maioria dos profissionais.

Pontos fracos:

- Elevada idade média dos profissionais.
- Grupo de outros profissionais de saúde em número reduzido.
- Missão da organização mal conhecida.
- Visão da organização mal conhecida.
- Dificuldade em identificar os valores da organização.
- Adesão à formação baixa.
- Reação pouco favorável à mudança nos profissionais mais velhos.

Ameaças:

- Realização de inquéritos aos profissionais sem periodicidade definida.
- Reduzida participação dos profissionais na elaboração dos planos de ação.
- Não envolvimento de todos os grupos profissionais na elaboração dos planos de ação.
- Os planos de ação das unidades com divulgação reduzida.
- Falta de estratégias uniformes para o acolhimento e integração de novos profissionais.
- Reduzida partilha de conhecimentos e experiências obtidas em acções de formação.
- Desconhecimento da existência de Grupos de Qualidade.
- Assimetrias na participação ativa dos profissionais em reuniões de trabalho.
- Não participação de todos os grupos profissionais em reuniões de serviço.
- Não concordância quanto ao nível de envolvimento dos profissionais na organização, quanto à tomada de decisões nas unidades, quanto aos mecanismos de consulta e diálogo nas equipas e na forma como são recompensados os esforços individuais e das equipas.
- Dificuldade dos profissionais em definirem o seu grau de satisfação referente à postura da organização face à inovação.
- Insatisfação quanto às condições de segurança e proteção contra roubos.
- Insatisfação acerca dos serviços de refeitório e bar para os profissionais.
- Insatisfação com o equipamento informático, rede de comunicações e material de uso clínico.
- Insatisfação com os recursos humanos disponíveis.

Melhorias:

- Divulgação da missão, visão e valores;
- Envolvimento dos profissionais de saúde de todos os grupos profissionais no planeamento e estratégia;
- Clarificação da estratégia para todos os profissionais, através de:
 - Trabalho em equipa
 - Implementação efetiva de canais de comunicação, como reuniões de serviço;
 - Avaliação sistemática da satisfação dos profissionais;
 - Melhoria das condições de segurança (roubos) das instalações.
 - Melhoria do equipamento informático e sistema de comunicações;
 - Implementação de ferramentas de autoavaliação;
 - Formação em Gestão da Qualidade.

Fonte: Elaboração própria

5. 1- LIMITAÇÕES AO ESTUDO

Aparecem como limitações ao presente estudo a limitação temporal e a escassez de recursos humanos, o que permitiu, por um lado, apenas a aplicação de parte da CAF e não da sua totalidade, e por outro lado, não serem incluídos todos os membros da população no estudo, mas apenas os profissionais selecionados no decurso da aplicação da técnica de amostragem probabilística em cachos ou em feixes, conforme definida por Fortin (2009).

5. 2- PROPOSTAS FUTURAS DE INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL

Apresentam-se algumas sugestões para a realização de trabalhos futuros, como a aplicação da totalidade do modelo CAF, em todos os nove critérios, dando a primazia aos processos de auto-avaliação, estimulando os profissionais a reflectirem sobre o que fazem, como demonstram o que fazem, que resultados obtêm e como melhorar, tendo em vista a aprendizagem organizativa e colaborando na gestão do conhecimento, através da disponibilização dos questionários disponibilizados pelo modelo aos profissionais e respectiva formação, sem esquecer o papel da gestão de topo.

A aplicação da CAF a todas as unidades funcionais do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) selecionado, além da Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), incluir as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), as Unidades de Saúde Familiares (USF), a Unidade de Saúde Pública (USP) e a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) com o objetivo de comparar o diagnóstico e grau de satisfação entre profissionais das diferentes unidades funcionais no mesmo ACES;

A aplicação da CAF aos seis ACES da Região Alentejo, também com o objetivo de comparar o diagnóstico e grau de satisfação entre profissionais dos diferentes ACES;

Elaboração de plano/propostas fundamentadas de melhorias para as unidades do ACES da amostra, dando cumprimento ao ciclo PDCA.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Regional de Saúde do Alentejo. (2010). *Instrumentos de Gestão, pdf*. Obtido em 11 de junho de 2010, de <http://www.arsalentejo.min-saude.pt>.
- Almeida, L. e Freire, T. (1997). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Coimbra: APPORT - Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Alto Comissariado da Saúde - Ministério da Saúde. (2008). *Relatório Mundial de Saúde 2008 - Cuidados de Saúde Primários : Agora mais que nunca*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- Alves, S. (2006). A Experiência da Câmara Municipal do Porto. *Cadernos INA - Boas Práticas na Administração Pública*, 25 (*Práticas de aplicação da CAF na Administração Pública Portuguesa*), 35-53. Oeiras: Instituto Nacional de Administração.
- Amado, C. e Santos, S. (2009). Challenges for performance assessment and improvement in primary health care: The case of the Portuguese health centres. *Health Policy*, 91, pp. 43-56.
- António, N. e Teixeira, A. (2009). *Gestão da Qualidade, de Deming ao modelo de excelencia da EFQM* (1ª Edição ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Cunha, M., Rego, A., Cunha, R. e Cabral-Cardoso, C. (2007). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão* (6ª ed.). Lisboa: Editora RH.
- Decreto - Lei nº 222. (29 de maio de 2007). Define o modelo orgânico das administrações regionais de saúde. *Diário da República - 1ª Série*, 103, pp. 3519-3523.
- Deming, W. (1986). *Out of the Crisis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- DGAEP (Direção Geral da Administração e do Emprego Público). (2007). *Publicações e Artigos*. Obtido em 20 de setembro de 2010, de <http://www.caf.dgaep.gov.pt/>.
- DGAEP (Direção Geral da Administração e do Emprego Público). (2007b). *Guião de Auto-Avaliação: 10 Passos para Aplicar a CAF*. Obtido em 15 de abril de 2010, de <http://www.caf.dgaep.gov.pt>.
- DGAEP (Direção-Geral da Administração e do Emprego Público). (2007a). *Estrutura Comum de Avaliação, melhorar as organizações públicas através da auto-avaliação - CAF 2006*. Lisboa: DGAEP.
- Direção-Geral da Saúde - Departamento da Qualidade na Saúde. (2009). *Programa Nacional de Acreditação em Saúde*. Lisboa.
- Donabedian, A. (2002). *An introduction to quality assurance in health care*. New York: Oxford University Press.
- EFQM (European Foundation for Quality Management). (s.d.). *The EFQM Excellence Model*. Obtido em 12 de outubro de 2010, de <http://www.efqm.org/>.

- Ehrlich, C. (2006). The EFQM-model and work motivation. *Total Quality Management & Business Excellence* , 17 (2), pp. 131-140.
- Feigenbaum, A. (1951). *Total Quality Control*. New York: McGraw-Hill.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Freyssinet, M. e Bastin, A. (outubro de 2008). *Rétour d`expérience - Lancement d`une démarche CAF à IEFS*. Obtido em 11 de junho de 2011, de <http://www.eipa.eu/>
- Gabinete Técnico do PNS 2011-2016. (2011). *Estratégias para a Saúde III.3) Eixos Estratégicos - Qualidade em Saúde (Versão Discussão)*. Alto Comissariado da Saúde - Ministério da Saúde.
- Gemoets, P. e EFQM. (2009). *The Transition Guide - How to upgrade to the EFQM Excellence Model 2010 (Version:1.01)*. EFQM Publications.
- Giraldes, M. (2008). Eficiência versus Qualidade no Serviço Nacional de Saúde - Metodologias de Avaliação. *Acta Médica Portuguesa* , 21, pp. 397-410.
- González, S. (2006). Modelo de acreditación andaluz. Agencia andaluza de calidad sanitaria. *Revista Administration Sanitaria* , 4 (2), pp. 189-194.
- Grupo de Trabalho para o Desenvolvimento da Contractualização com os Cuidados de Saúde Primários. (2009). *Plano de Desempenho dos ACES 2010, pdf*. Obtido em 08 de junho de 2010, de <http://www.mcsp.min-saude.pt>.
- Heino, J. (julho de 2006). *Benchmarking of customer satisfaction results from different clinics and departments - the quality and performance indicators and their target levels are included in the BSC model*. Obtido em 11 de junho de 2011, de <http://www.eipa.eu/>
- Lei nº 317. (11 de agosto de 1999). Altera a composição das regiões e zonas agrárias previstas no Decreto-Lei n.º 46/89, de 15 de fevereiro. (d. P. Ministério do Equipamento, Ed.) *Diário da República - 1º Série A* , pp. 5238-5239.
- Lourenço, R. (2010). Portugal: Centros de Saúde. Qualidade e Governança Clínica. (C. Silva, M. Saraiva, & A. Teixeira, Edits.) *TMQ Qualidade - A Qualidade numa perspectiva multi e interdisciplinar* , Temático 1 (Qualidade e Saúde: perspectivas e práticas), pp. 33-40.
- Maxwell, R. (1992). Dimensions of quality revisited: from thought to action. *Quality & Safety in Health Care* , pp. 171-177.
- MCSP (Missão para os Cuidados de Saúde Primários). (2008). *ACES*. Obtido em 10 de outubro de 2010, de Fonte: <http://www.mcsp.min-saude.pt/>.
- Nabitz, U., Schramade, M. e Schippers, G. (2006). Evaluating treatment process redesign by applying the EFQM Excellence Model. *International Journal For Quality In Health Care: Journal Of The International Society For Quality In Health Care* , 18 (5), pp. 336-345.

- Nogueiro, T. e Saraiva, M. (2008). Os serviços académicos da Universidade de Évora no caminho da excelência. *2º Encontro Luso-Brasileiro de Estratégia*. Lisboa: ISCTE.
- Nolasco, M. (2006). O Impacto da CAF nas Pessoas: 12 sugestões para a Equipa de Auto-avaliação. *Cadernos INA - Boas Práticas na Administração Pública*, 25 (*Práticas de aplicação da CAF na Administração Pública Portuguesa*), 15-23. Oeiras: Instituto Nacional de Administração.
- OMS. (2009). *PATH*. Obtido em 12 de abril de 2011, de <http://www.pathqualityproject.eu/path-organized,who.html>.
- Pereira, A. (2008). *Guia Prático de Utilização do SPSS - Análise de Dados para Ciências Sociais e Psicologia* (7ª ed.). Lisboa: Sílabo.
- Pereira, C. (2008). *A Qualidade Organizacional na perspectiva dos profissionais de saúde e a satisfação dos utentes: o caso da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP) do Hospital do SAMS*. Dissertação de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, Évora: Escola de Ciências Sociais da Universidade de Évora.
- Perera, R., Dowell, T., Crampton, P. e Kearns, R. (2007). Panning for gold: An evidence-based tool for assessment of performance indicators in primary health care. *Health Policy*, 80, pp. 314-327.
- Pestana, M. e Gageiro, J. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais - A Complementaridade do SPSS* (5ª ed.). Lisboa: Sílabo.
- Pinto, A. e Soares, I. (2009). *Sistemas de Gestão da Qualidade - Guia para a sua implementação*. Lisboa: Sílabo.
- Pires, A. (2007). *Qualidade - Sistemas de Gestão da Qualidade* (3ª ed.). Lisboa: Sílabo.
- Prajogo, D. e Cooper, B. (2010). The effect of people-related TQM practices on job satisfaction: a hierarchical model. *Production Planning & Control*, 21 (1), pp. 26-35.
- Quivy, R. e Campenhoudt, L. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (5ª ed.). Lisboa, Portugal: Gradiva.
- Sánchez, E., Letona, J., González, R., García, M., Darpón, J. e Garay, J. (2006). A descriptive study of the implementation of the EFQM excellence model and underlying tools in the Basque Health Service. *International Journal For Quality In Health Care: Journal Of The International Society For Quality In Health Care*, 18 (1), pp. 58-65.
- Santos, O., Biscaia, A., Antunes, A., Craveiro, I., Júnior, A., et al. (2007). *Os Centros de Saúde em Portugal: A Satisfação dos Utentes e dos Profissionais*. Lisboa: Missão para os Cuidados de Saúde Primários, Ministério da Saúde.
- Sousa, P. (2010). Qualidade em Saúde: da definição de políticas à avaliação de resultados. (C. Silva, M. Saraiva e A. Teixeira, Edits.) *TMQ Qualidade - A Qualidade numa perspectiva multi e interdisciplinar*, Temático 1, pp. 19-31.
- Tutunco, O. e Kucukusta, D. (2009). Canonical correlation between job satisfaction and EFQM business excellence model. *Quality and Quantity Ozkan*.

- Vallejo, P., Ruiz-Sancho, A., Domínguez, M., Ayuso, M. e Romo, J. (2007). Improving quality at the hospital psychiatric ward level through the use of the EFQM model. *International Journal For Quality In Health Care: Journal Of The Internationle Society For Quality In Health Care* , 19 (2), pp. 74-79.
- Vallejo, P., Saura, R., Sunol, R., Kazandjian, V., Ureña, V. e Mauri, J. (2006). A proposed adaptation of the EFQM fundamental concepts of excellence to health care based on the PATH framework. *International Journal For Quality In Heatth Care: Journal Of The International Society For Quality In Heatth Care* , 18 (5), pp. 327-335.

**ApêndiceI - QUESTIONÁRIO DE DIAGNÓSTICO E SATISFAÇÃO PARA PROFISSIONAIS
DE SAÚDE**

QUESTIONÁRIO DE DIAGNÓSTICO E SATISFAÇÃO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Estimado(a) Colaborador(a)

No âmbito do Mestrado em Gestão, na área de especialização em Recursos Humanos, a decorrer na Universidade de Évora, solicita-se a sua colaboração no preenchimento deste questionário, o qual se destina aos profissionais de saúde das Unidades Funcionais, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários.

Este questionário tem por objetivo obter a sua opinião e envolvimento na dinâmica da Qualidade da Organização.

Prevê-se que demore 10 minutos a responder. Não há respostas certas ou erradas relativamente a qualquer dos itens, pretendendo-se a sua opinião pessoal e sincera. Este questionário é de natureza confidencial.

A Equipa de Investigação

Na sua opinião, a Qualidade em Saúde está relacionada com:

(Assinale, por favor, a(s) opção(ões) correspondente(s) à sua resposta.)

- A prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo
- Os recursos disponíveis
- A adesão e satisfação dos utentes
- A satisfação dos profissionais de saúde
- Outra: _____

A Missão é a razão de ser de uma organização. Conhece a Missão da Organização a que pertence?

(Assinale, por favor, apenas uma resposta.)

- Sim
- Não

A Missão da Organização a que pertence é:

(Assinale, por favor, a(s) opção(ões) correspondente(s) à sua resposta.)

- Garantir o acesso a cuidados de saúde de qualidade e em tempo útil
- Prestação de cuidados de saúde integrados
- Adequar os recursos disponíveis às necessidades em saúde
- Cumprir o Plano Nacional de Saúde
- Melhorar o estado de saúde da população, visando ganhos em saúde
- Cooperação interinstitucional
- Outra: _____

A Visão de uma organização é como "uma fotografia do futuro", ou seja, aquilo que a organização pretende fazer e alcançar a médio e a longo prazo. Conhece a Visão da Organização a que pertence?

(Assinale, por favor, apenas uma resposta.)

- Sim
 Não

A Visão da Organização a que pertence é:

(Assinale, por favor, a(s) opção(ões) correspondente(s) à sua resposta.)

- Ter utentes melhor servidos e satisfeitos
 Ter utentes que se sintam cuidados e respeitados
 Equidade e solidariedade
 Proximidade e envolvimento dos profissionais

Outra: _____

Da lista que se segue, selecione alguns dos Valores da Organização a que pertence: O conceito de Valores refere-se aos valores monetários, de bem-estar, culturais, étnicos e/ou morais.

(Assinale, por favor, apenas uma resposta.)

- Potenciar o capital humano e tecnológico
 Eficiência produtiva e eficácia orçamental
 Globalidade de cuidados
 Qualidade
 Garantia da acessibilidade
 Dedicção e empenho, coerência e verticalidade, transparência e alinhamento para objectivos

Outra: _____

Quando iniciou funções na Unidade / Centro de Saúde a que pertence, beneficiou de:

(Assinale, por favor, a(s) opção(ões) correspondente(s) à sua resposta.)

- Manual de Acolhimento
 Estágio de Integração
 Formação
 Tutoria
 Não sei / não respondo

Outra: _____

Quais as iniciativas que foram levadas a cabo para desenvolver as aptidões e novas competências dos profissionais, nos últimos 12 meses?

(Assinale, por favor, a(s) opção(ões) correspondente(s) à sua resposta.)

- Formação interna que englobe todos os sectores profissionais
- Formação externa que englobe todos os sectores profissionais
- Mecanismos de partilha dos conhecimentos e de experiências obtidas em acções de formação
- Apoio de especialistas na área da Qualidade
- Formação de equipas de trabalho em Qualidade
- Existência de um orçamento para a gestão da Qualidade na Unidade
- Feedback a todos os profissionais sobre os resultados alcançados
- Não sei / não respondo
- Outra: _____

Os inquéritos realizados aos profissionais com a finalidade de conhecer as suas necessidades e expectativas têm periodicidade:

(Assinale, por favor, apenas uma resposta.)

- Anual
- Superior a 1 ano e inferior a 3 anos
- Superior a 3 anos
- Não sei / não respondo

Indique a sua opinião, sobre a liderança na Unidade / Centro de Saúde a que pertence, relativamente a:

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente	Não sei / Não respondo
Liderança através do exemplo	<input type="radio"/>				
Demonstração de empenho no processo de mudança	<input type="radio"/>				
Aceitação de sugestões de melhoria	<input type="radio"/>				
Delegação de competências e responsabilidades	<input type="radio"/>				
Promoção de acções de formação	<input type="radio"/>				
Reconhecimento e atribuição de prémios aos esforços individuais e das equipas	<input type="radio"/>				

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente	Não sei / Não respondo
Adequação do tratamento dado às pessoas, às necessidades e situações em causa	<input type="radio"/>				
Partilha de informação relevante com os profissionais	<input type="radio"/>				

Na elaboração do Plano de Ação da Unidade / Centro de Saúde a que pertence, no último ano:

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente	Não sei / Não respondo
Houve a participação de representantes dos diferentes grupos profissionais	<input type="radio"/>				
Foram ouvidas e tomadas em consideração as opiniões dos profissionais	<input type="radio"/>				

Que estratégias foram utilizadas para divulgar o conteúdo dos Planos de Ação nas Unidades /Centros de Saúde, nos últimos 12 meses?

(Assinale, por favor, a(s) opção(ões) correspondente(s) à sua resposta.)

- Reuniões de serviço
- Circulares internas
- Painel de divulgação
- Distribuição de exemplares do Plano de Ação
- Correio eletrónico / intranet
- Não sei / não respondo
- Outra: _____

Considera que tem autonomia para o desempenho das suas funções?

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	Sempre				

Considera que existem os seguintes mecanismos numa Unidade / Centro de Saúde a que pertence?

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente	Não sei / Não respondo
Negociação com os profissionais sobre os objetivos da Unidade	<input type="radio"/>				
Sistemas de sugestões ou de participação para recolha de contributos para os processos de melhoria	<input type="radio"/>				
Grupos de Qualidade / grupos de trabalho multidisciplinares para a identificação de problemas e desenvolvimento de soluções	<input type="radio"/>				
Participação ativa dos profissionais através de instrumentos de comunicação interna, como reuniões, para partilha de informação relevante	<input type="radio"/>				
Envolvimento dos profissionais na identificação e implementação dos processos de melhoria	<input type="radio"/>				

Nos últimos 3 meses, participou em reuniões com os seus responsáveis e colegas com o objetivo de:

(Assinale, por favor, a(s) opção(ões) correspondente(s) à sua resposta.)

- Discutir questões clínicas ou organizativas
- Encontrar novos métodos de trabalho para ultrapassar problemas identificados
- Programar atividades de melhoria da qualidade
- Fornecer informação de retorno, ou feedback, sobre o trabalho realizado
- Avaliar e debater com os profissionais o trabalho realizado
- Não sei / não respondo
- Outra: _____

Se lhe pedissem para, a partir de amanhã, desenvolver a sua atividade através de novos métodos, como novas aplicações informáticas, qual seria a sua reação?

	1	2	3	4	5	
Nada favorável	<input type="radio"/>	Muito favorável				

Para aderir a um projeto de mudança que vise a Qualidade do serviço prestado, considera que:

(Assinale, por favor, a(s) opção(ões) correspondente(s) à sua resposta.)

- Precisa de formação em tecnologias de informação e comunicação
- Precisa de ações de sensibilização para a Qualidade
- Precisa de aumentar/ melhorar as competências e os conhecimentos específicos
- Já possui as competências e os conhecimentos necessários
- Não sei / não respondo
-

Outra: _____

Se dependesse de si, e visando a Melhoria da Qualidade, quais as 2 mudanças que operava na sua Unidade?

Indique, por favor, o seu grau de satisfação relativamente à Unidade / Centro de Saúde a que pertence, no que respeita a:

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Não sei / não respondo
Imagem perante a comunidade	<input type="radio"/>				
Desempenho global	<input type="radio"/>				
Relacionamento com os utentes, famílias e comunidade	<input type="radio"/>				
Nível de envolvimento dos profissionais na organização	<input type="radio"/>				
Envolvimento dos profissionais nos processos de tomada de decisões	<input type="radio"/>				
Mecanismos de consulta e diálogo nas equipas	<input type="radio"/>				
Forma como são recompensados os esforços individuais	<input type="radio"/>				
Forma como são recompensados os esforços do	<input type="radio"/>				

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Não sei / não respondo
grupo / equipa					
Postura da organização face à mudança e à inovação	<input type="radio"/>				

Indique o seu grau de satisfação relativamente às condições de trabalho proporcionadas na Unidade / Centro de Saúde onde trabalha, no que respeita a :

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Não sei / não respondo
Limpeza e higiene dos locais de trabalho	<input type="radio"/>				
Conforto e comodidade, incluindo a climatização dos locais de trabalho	<input type="radio"/>				
Espaço físico, quanto às áreas e gabinetes para o desenvolvimento das diferentes atividades e funções	<input type="radio"/>				
Condições de segurança e proteção contra roubos	<input type="radio"/>				
Serviços de refeitório e bar para os profissionais	<input type="radio"/>				
Equipamentos informáticos necessários ao desenvolvimento das atividades	<input type="radio"/>				
Equipamentos de uso clínico necessários ao desenvolvimento das atividades	<input type="radio"/>				
Ambiente de trabalho no que respeita à satisfação dos profissionais	<input type="radio"/>				
Recursos humanos disponíveis	<input type="radio"/>				
Possibilidade de conciliar o trabalho com a vida familiar e assuntos pessoais	<input type="radio"/>				

Caracterização do Respondente

Sexo:

(Facultativo)

Masculino

Feminino

Idade:

(Facultativo)

Menos de 35 anos

Entre 35 e menos de 45 anos

Entre 45 e menos 55 anos

55 ou mais anos

Grupo profissional:

(Facultativo)

Médicos

Enfermeiros

Outros Profissionais de Saúde

Assistentes Técnicos

Assistentes Operacionais

Outra: _____

Tempo de experiência profissional, em anos completos:

(Facultativo)

Menos de 5 anos

Entre 5 e 15 anos

Entre 16 e 25 anos

Mais de 25 anos

O questionário termina aqui. Por favor, use o espaço que se segue para expressar algum comentário ou sugestão para melhorarmos os cuidados / serviços prestados.

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.

ApêndiceII - ESTATÍSTICA DESCRITIVA



ApêndiceIII - TESTES DE INDEPENDÊNCIA – PEARSON CHI-SQUARE TEST

ApêndiceIV - ANÁLISE DE CLUSTERS

ApêndiceV - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO